

Alteración en la calidad de vida en pacientes de ortodoncia con desordenes de sueño en comparación a una población control sin tratamiento de ortodoncia

Pedro Apuy Tacsan

Resumen

Existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona. En el presente artículo se revisan algunas de las principales líneas de investigación que aborda las relaciones entre los desordenes de sueño y la calidad de vida. Se analiza la escala de somnolencia de Epworth, de hábitos sociales, insomnio y calidad de vida fatiga. Se examinan las consecuencias sobre la salud de ciertos cambios en el sueño que son muy frecuentes en nuestro actual estilo de vida, tales como la falta de horas de sueño, y de algunos de los trastornos del sueño más importantes como el insomnio o la apnea. El sueño es sin duda un excelente indicador del estado de salud de las personas tanto en muestras clínicas como en grupos de control. El desarrollo de estrategias preventivas y de intervención que reduzcan las alteraciones del sueño redundará en una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Cantidad de sueño, calidad de sueño, trastornos del sueño, calidad de vida

Abstract

There is a close interrelationship between the processes of sleep and overall physical and psychological health of a person. This article reviews some of the main lines of research that addresses the relationship between sleep disorders and quality of life. We analyze the Epworth sleepiness scale, social habits, insomnia, fatigue and quality of life. It examines the health consequences of certain changes in sleep that are very common in our current lifestyle, such as lack of sleep, and some of the major sleep disorders such as insomnia or apnea. Sleep is definitely an excellent indicator of the health status of people both in clinical samples and in control groups. The development of preventive and intervention strategies to reduce sleep disturbances result in a better quality of life.

Keywords: Sleep quantity, sleep quality, sleep disorders, quality of life

Introducción

La mayoría de nosotros hemos experimentado problemas para dormir en un momento u otro. Esto es normal y por lo general temporal, debido al estrés u otros factores externos. Pero si los problemas del sueño son una ocurrencia regular e interfieren con su vida diaria, usted puede estar sufriendo de un trastorno del sueño. Los trastornos del sueño causan más que la somnolencia. La falta de sueño de calidad puede tener un impacto negativo en su energía, el equilibrio emocional y la salud.

Aunque existen muchas causas para los trastornos del sueño, las más comunes son los ronquidos y la apnea del sueño, los que tienden a empeorar con el tiempo. Sobre todo la apnea obstructiva del sueño (SAOS) presentan como dicen Gay, Colorado, Delgado y Berini (2005), hacen que se presente ausencia o disminución del flujo de aire a los pulmones.

Estos autores señalan que los episodios de 10 a 30 segundos ocasionando ronquidos, causan saturación de oxígeno, somnolencia diurna y fatiga crónica. El SAOS se asocia además con distintas patologías sistémicas: hipertensión arterial y pulmonar, insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas nocturnas, infarto de miocardio (p.260).

Riguey (2009), expresa que el odontólogo debe ser capaz por sí solo de detectar los trastornos respiratorios que afectan el sueño y elaborar un plan para ayudar al paciente dentro de su campo. Existe, según este autor, un reconocimiento reciente de la importancia del profesional en los trastornos del sueño, lo que indica que a futuro habrá una creciente especialización en esta área.

Como objetivos generales queremos determinar la incidencia de DS en pacientes que reciben tratamiento de ortodoncia respecto a una población control; Identificar las características en la calidad de vida que se ven alteradas en los pacientes de Ortodoncia con desordenes de sueño en comparación a una población control sin tratamiento de orto.

Entre los objetivos específicos vamos a identificar el tipo de desordenes de sueño que se presentan con mayor incidencia tanto en jóvenes como en adultos, determinar cuales son las características que más afectan la calidad de vida en pacientes con desordenes de sueño e identificar en que edad son más frecuentes los desórdenes de sueño en los pacientes de UDENTAL.

Materiales y Métodos

Pacientes

Se realizó un estudio descriptivo, donde se utilizó una muestra que incluye a 38 individuos (15 hombres y 23 mujeres), edad media 23,3 años (rango 13 y 48 años)¹. Esta población fue distribuida en dos grupos pacientes, grupo de estudio y grupo control. Con respecto a la edad de los pacientes el grupo control presentó 21 pacientes en total, la edad media es de 32 años, el mínimo es de 17 años, el máximo es de 48 años. En casos de DS hay 17 pacientes en total, la media es de 22 años, el mínimo es de 13 años y el máximo es de 37 años, los cuáles fueron elegidos por ser los acompañantes de los pacientes que asisten a la Clínica UDental.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, se pudo observar en la siguiente tabla los correspondientes al grupo de pacientes y al grupo control.

Grupo de inclusión:

Se definieron diferentes criterios de inclusión los cuales tenemos, tratamiento de ortodoncia, presencia de 1.6 molar, que tuvieran radiografía cefalométrica y panorámica, edad de 12 a 60 años.

Grupo de exclusión:

Paciente que rechazaron estar en el estudio y pacientes que no terminaron tratamiento.

Estudio

Los datos en el estudio se recolectaron mediante un cuestionario clínico, en el cual se incluían preguntas sobre la epicrisis, la calidad de vida, los hábitos sociales, la historia clínica del sueño. Además del cuestionario, a todos los pacientes se les realizó un examen físico de las principales características en ortodoncia relacionadas con los trastornos del sueño. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado previo al estudio. Para describir los diferentes tipos de trastornos de sueño, como apnea, utilizamos síntomas que pudiesen sugerir la presencia de este trastorno en los pacientes. Cabe destacar que el diagnóstico de la apnea obstructiva del sueño requiere un estudio a fondo como el la determinación de el tamaño de la vía aérea faríngea y la estabilidad de la faringe por medio del "faringómetro acústico" (Clark W. J.2002), el cual permite determinar rápida y fácilmente. o el Polisomnógrafo (ref) que graba todos los episodios de apnea, hipoapnea, desaturación de oxígeno, y esfuerzos torácicos y abdominales que se presentan durante el sueño del paciente, para determinar el grado de apnea y si es candidato a un aparato intraoral.

La totalidad de los procedimientos se realizaron en la Clínica UDental de la Facultad de Ciencias de la Salud de dicha universidad en el transcurso de los meses de abril a junio del 2013.

Método estadístico

Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante la tabulación de los cuestionarios en Microsoft Excel, se utilizó el programa SPSS v18.0 (SPSS Inc., Chicago, EEUU) para analizar los datos.

Resultados

Los pacientes control presentan mayoría de alteración en la calidad de vida relacionadas con el sueño que los casos clínicos al analizarlo con la escala de somnolencia de Epworth (figura 1). Sin embargo los porcentajes eran similares en los 2 grupos cuando los pacientes se les preguntaba sobre algunos aspectos cotidianos de fatiga como presencia de angustia o depresión, dificultad para concentrarse, repercusión en el trabajo, entre otros (Figura 2)

Con respecto a las características del sueño grupo control hay 21 pacientes los cuales la media de numero de veces que se despierta en la noches es de 1,57 ; con respecto al total de horas de sueño es de 6,71 hrs, el mínimo de horas es 4 y el máximo de horas es de 8. Con respecto a los minutos en que duran en dormir la media es de 22,86min. Con los casos clínicos hay 17 pacientes, la media de número de veces que se despierta en la noches es de 1,65; Con respecto a los minutos en que duran en dormir la media es de 28,24min

Se determinó la presencia de hábitos sociales que pueden influenciar en el la presencia de alguna alteración de sueño entre los dos grupos (Tabla 2). Se observó que los porcentajes eran similares tanto en el grupo control como en los casos clínicos.

Desordenes del sueño

En este estudio se observó que un 47,1% (n=8) de los casos presentaba alguna característica que pudiese relacionarse con alguna alteración en el sueño, este % era similar al del grupo de los controles (n=11; 52,4%). La figura 3a,b y figura 4 muestran los datos clínicos que relacionan ronquido, insomnio y apnea del sueño.

Para determinar si el paciente tenía síntomas clínicos de apnea del sueño, se clasificaron las 7 preguntas del cuestionario. los pacientes que tenían mas de 3 características de fatiga se tomaron como que eran sugestivos de poder presentar apnea del sueño. El grupo de pacientes de casos presentaba mas características que sugerían la presencia de esta patología respecto a los controles (figura 3a), sin embargo esta diferencia no era estadísticamente significativa ($p>0,05$). Por el contrario, los pacientes del grupo de controles referían una mayor frecuencia de ronquido (Figura 3b), aún así esta diferencia no era estadísticamente significativa ($p=0,136$).

Los porcentajes con pacientes con insomnio eran similares en grupo casos y controles (figura 4).

Discusión

El concepto de calidad de vida alude a una amplia variedad de situaciones valoradas muy positivamente o consideradas deseables para las personas o para las comunidades. Existen ciertos factores que obviamente influyen en la calidad de vida como la edad, la salud, el estatus social, etc., pero en última instancia la percepción de calidad de vida depende de la estimación del propio individuo (Cano, 2003)

Realizando una comparación entre pacientes que requieren tratamiento de ortodoncia respecto a una población que no requiere tratamiento, encontramos que esta última presenta mayor alteración en la calidad de vida relacionadas con la interrupción de sueño al analizarlo con la escala de somnolencia de Epworth. Esto ya que refieren falta de horas de sueño muchas veces por hábitos incorrectos como tabaquismo, alcohol y bebidas estimulantes. (Medicine, 2005)

Con respecto a las características de sueño tanto entre pacientes que requieren tratamiento de ortodoncia respecto a una población que no requiere tratamiento, hay una semejanza en los patrones de interrupción del sueño y el número de veces que se despierta en la noche. Los pacientes de ortodoncia refieren más horas de descanso que la población control. Esto se puede deber a que había una diferencia grande de media de edad entre los grupos. En los adolescentes el reloj biológico del sueño funciona de distinta manera que en niños o en adultos. La melatonina, hormona que regula el ritmo del sueño y la vigilia, aparece más tarde por la noche en los adolescentes que en niños y adultos. (Miró, 2005)

Se determinó la presencia de hábitos sociales que pueden influir en la presencia de alguna alteración de sueño entre los dos grupos. Se observó que los porcentajes eran similares tanto en el grupo control como en los casos clínicos. Entre los hábitos se encuentra el consumo de alcohol, tabaco y bebidas estimulantes (Buela-Casal, 2006)

Para determinar si el paciente tenía síntomas clínicos de apnea del sueño, se clasificaron las diferentes preguntas del cuestionario. El grupo de pacientes de casos presentaba mas características que sugerían la presencia de esta patología respecto a los controles, sin embargo esta diferencia no era estadísticamente significativa ($p>0,05$). Por el contrario, los pacientes que requieren tratamiento de ortodoncia

referían una mayor frecuencia de ronquido, aún así esta diferencia no era estadísticamente significativa ($p=0,136$).

Conclusiones

1. Los pacientes de ortodoncia de este estudio presentan menores índices de somnolencia que podrían estar asociados a mayor número de horas de sueño y a una media de edad menor.
2. No hay diferencia en la frecuencia de hábitos sociales entre los grupos de estudio y esto no se ve reflejado en la escala de somnolencia.

Bibliografía

1. Ancoli-Israel S, A. L. (2006). Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *Am Journal of Geriatry Psychiatry* , 14 (2): 95-103.
2. Akashiba, T., Kawahara, S., & Akahoshi, T. (2002). Relationship between quality of life and mood or depression in patients with severe obstructive sleep anea syndrome. *Chest* , 122, 861-865.
3. Buela-Casal. (2006). Diagnostic and Coding Manual. *American Academy of Sleep Medicine* , 98-112.
4. Cano, M. E. (2003). Una revisión de las ateraciones de sueño en la depresión. 36, 366-375.
5. Gay, C., Colorado, L. D., & Berini, M. (2005). El papel del odontólogo en el síndrome de la AOS. *Archivos de odontoestomatología* , 260-275.
6. J., C. W. (2002). Twin Block Functional Therapy. . *Mosby* , 155-185.
7. Medicine, A. A. (2005). International classification of sleep disorders in older adults. *2nd ed. Westchester* , 200-225.
8. Medinice, A. A. (1990). International Clasification of Sleep Disorders. *Diagnostic and Coding Manual* , 2nd edition .
9. Riguey, N. (2003). Odontología y trastornos respiratorios. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* , Vol. 15 N° 1.
10. Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., y Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep*, 34 (5), 601-608.
11. Johns MW (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 14 (6): 540–5.

Gráficos y tablas

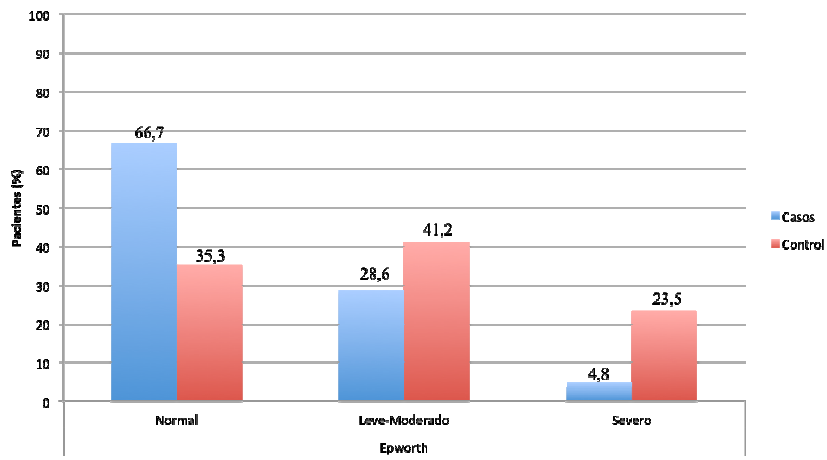


Figura 1. Escala de Epworth según casos y controles

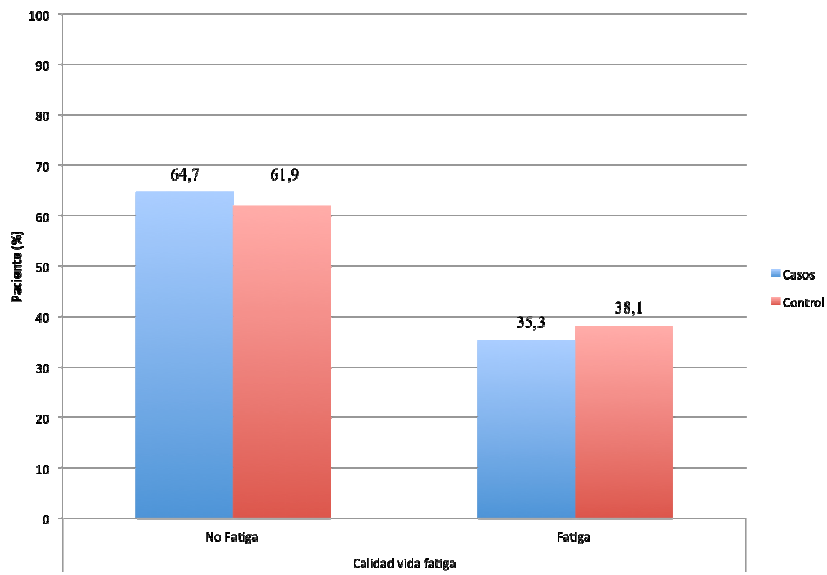


Figura 2. Gráfica calidad vida fatiga

Tabla 1. Características de sueño

Características sueño	Grupo	
	Casos	Control
Número de veces que se despierta en la noche (media)		
Rango (n veces)	1.65	1.57
Total de horas de sueño		
Rango (horas)	7.29	6.71
Minutos que dura en dormir (media)		
Rango (minutos)	28.24	22.86

Tabla 2. Características hábitos sociales

Hábitos	Grupo	
	Casos	Control
Tabaco		
No consume	17(100%)	21 (100%)
Si consume		
Alcohol		
No consume	13(76,5%)	18(85,7%)
Si consume	4 (23,5%)	3(14,3%)
Bebidas		
No consume	8 (47,1%)	10(46,7%)
Si consume	9 (53,0%)	11(52,4%)

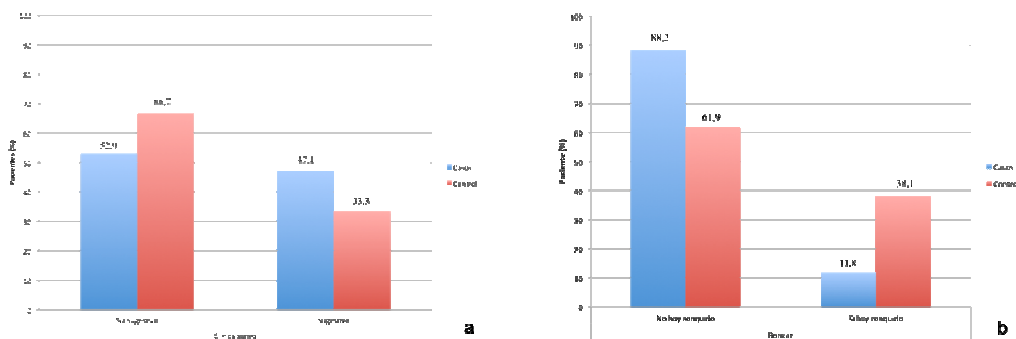


Figura 3. Porcentajes según grupos de apnea (a), ronquido (b)

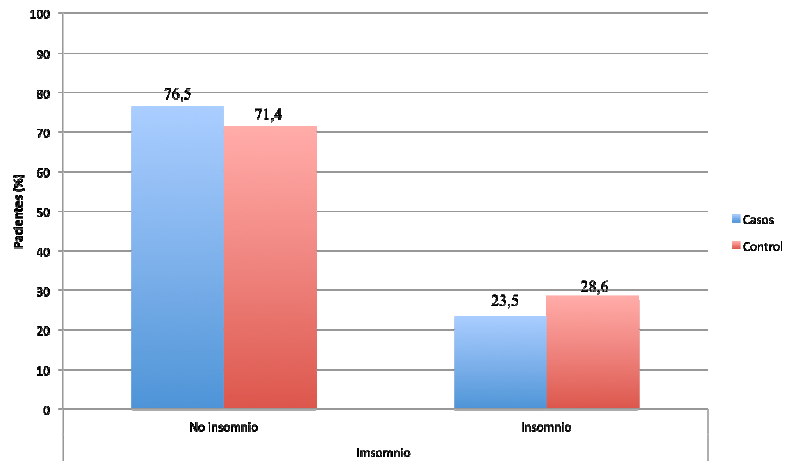


Figura 4. Porcentajes según grupos de insomnio