

Apnea obstructiva del sueño en la mujer

Obstructive sleep apnea in women

NATALIA LONDOÑO-PALACIO • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2025.4951>

Resumen

La apnea obstructiva del sueño (AOS) ha sido tradicionalmente considerada una enfermedad predominantemente masculina. Sin embargo, la creciente evidencia demuestra una alta prevalencia en mujeres, particularmente en el periodo postmenopáusico, con presentaciones clínicas atípicas que dificultan su diagnóstico. Este artículo revisa la fisiopatología, manifestaciones clínicas, evaluación diagnóstica y opciones terapéuticas de la AOS en mujeres, destacando la necesidad de enfoques diferenciales según edad, comorbilidades, factores de riesgo y variables polisomnográficas. (*Acta Med Colomb 2025; 50-4 (Supl). DOI: https://doi.org/10.36104/amc.2025.4951*).

Palabras clave: apnea del sueño, mujer, menopausia, insomnio, carga hipoxica, CPAP.

Abstract

Abstract: Obstructive sleep apnea (OSA) has traditionally been viewed as a predominantly male disorder. However, recent evidence reveals a high prevalence in women, especially in the postmenopausal period, with clinical manifestations that often deviate from the classic male phenotype. This article reviews the pathophysiology, clinical presentation, diagnostic approach, and therapeutic strategies for OSA in women. It emphasizes the importance of recognizing sex-specific symptoms, the influence of hormonal changes, and comorbidities such as cardiovascular disease, mood disorders, and metabolic dysfunction. (*Acta Med Colomb 2025; 50-4 (Supl). DOI: https://doi.org/10.36104/amc.2025.4951*).

Keywords: sleep apnea, woman, menopause, insomnia, hypoxic burden, CPAP.

Dra. Natalia Londoño-Palacio: Especialista en Medicina Interna, Neumología y Bioética. Médico adscrito a la Clínica del Country. Bogotá, D.C. (Colombia).

Correspondencia: Dra. Natalia Londoño-Palacio. Bogotá, D.C. (Colombia).

E-Mail: nalonpa39@yahoo.com

Introducción

[Afirma Sancho Panza:]

“...sólo entiendo que en tanto que duermo,
ni tengo temor, ni esperanza, ni trabajo ni gloria;
y bien haya el que inventó el sueño,
capa que cubre todos los humanos pensamientos,
manjar que quita el hambre, agua que ahuyenta la sed,
fuego que calienta el frío,
frío que templá el ardor, y, finalmente,
moneda general con que todas las cosas se compran,
balanza y peso que iguala al pastor con el rey y al simple con el
discreto.

Solo una cosa tiene mala el sueño, según he oído decir,
y es que se parece a la muerte,
pues de un dormido a un muerto hay muy poca diferencia”.

Cervantes, 2004. Parte II. Cap. LXVIII p.1065 (1)

El sueño es una función biológica esencial que impacta directamente la salud cardiovascular, endocrina, inmunológica y mental. Las mujeres presentan patrones específicos de trastornos del sueño, influenciados por factores hormonales, metabólicos y psicosociales. Entre ellos, la AOS destaca por

su subregistro clínico en mujeres, a pesar de su creciente prevalencia y asociación con importantes comorbilidades.

Algunos datos estadísticos del DANE en Colombia reportan para 2024 una población total de 52'695 952 habitantes, de los cuales 52.2% corresponde a población femenina (2). La prevalencia de apnea en Colombia en 2024 es 21.67 por cada 1000 habitantes. El 50.5% de las mujeres mayores de 50 años tienen apnea del sueño (3).

A pesar de esta alta prevalencia, las mujeres suelen ser paucisintomáticas, y su cuadro clínico se manifiesta más con insomnio, fatiga diurna, cefalea matutina, alteraciones del estado de ánimo e irritabilidad, que con los síntomas clásicos masculinos como ronquido o somnolencia. En etapas como el embarazo, la perimenopausia y la menopausia, el riesgo de AOS aumenta, asociado a cambios hormonales, ganancia de peso y alteración en el control ventilatorio.

De acuerdo con las recomendaciones de la Academia Americana del Sueño (AHA), el adulto debe dormir entre siete y nueve horas cada noche para mantener una salud general óptima. Dormir más de nueve horas de las 24h del día, puede ser apropiado para adultos con deuda de sueño o cursando alguna enfermedad aguda o crónica o adultos con

deuda de sueño. No hay claridad si dormir más de nueve horas/noche se asocia con riesgo en salud (4). En 2022, la Asociación Americana del Corazón incluyó al sueño como el octavo factor esencial para la salud general de toda la población (5).

Importancia del sueño

El sueño tiene algunas funciones, a saber: inmunológica, endocrina, metabólica, reparadora, restauradora, de consolidación de la memoria y mejoría del rendimiento cognitivo, ayuda en el ahorro energético, favorece el crecimiento, participa en el desarrollo físico, psicológico (conductas, emociones), y en la fertilidad. Además, tiene algunos beneficios como salud cardiovascular, metabólica, endocrinológica, mental, inmunológica, sobre la calidad de vida y mejoría en el rendimiento y desarrollo (6).

Un sueño inadecuado aumenta diversos riesgos cardiovasculares, fibrosis pulmonar, demencia (Alzheimer), enfermedad de Parkinson, infecciones, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino irritable, dolor por artritis, enfermedad renal crónica, depresión, ansiedad y estrés, diabetes, cáncer y obesidad (6).

Alteraciones del sueño

Los principales trastornos del sueño que puede presentar la mujer son: Insomnio, apnea del sueño y su concomitancia llamada Comisa. Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) tienen mayor probabilidad de tener apnea del sueño. Síndrome de piernas inquietas y síndrome de movimientos periódicos de piernas. Síndrome de hipoventilación alveolar-obesidad. Síndrome de sueño insuficiente. Narcolepsia. Hipersomnio relacionado con la menstruación. Alteraciones del ritmo circadiano. Alteraciones del comportamiento durante el sueño MOR (movimientos oculares rápidos) (7).

La mujer, de acuerdo con su edad, tiene un ciclo de vida bastante diferente a la del hombre. Durante la infancia, el trastorno del sueño más prevalente es el insomnio. A partir de la menarquia y durante toda la vida reproductiva padece con más frecuencia de síndrome de sueño insuficiente y de síndrome de fase retrasada del sueño. Durante los embarazos, la apnea del sueño puede aparecer poniendo en riesgo la salud y la vida del binomio. En la perimenopausia (unos tres años antes del cese de las menstruaciones) y especialmente en la postmenopausia la apnea del sueño es el trastorno del sueño más frecuente (7).

Apnea del sueño

La apnea obstructiva del sueño es la presencia de episodios recurrentes de colapso parcial (hipopneas) y/o total (apneas) de la vía aérea superior durante el sueño.

La apnea del sueño es una importante causa de inflamación sistémica y está dentro de los factores de riesgo cardiovascular prevenibles. Es bien conocido que dentro de las consecuencias de la apnea tenemos la presencia de

hipertensión arterial y la dificultad en el control de esta, arritmias, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, la mayor probabilidad de accidentes cerebrovasculares, demencia, diabetes, dislipidemia, la mayor mortalidad por cáncer, aumento de la accidentalidad, la reducción de la calidad de vida (8).

Fisiopatología de la AOS en la mujer

La AOS se caracteriza por episodios repetidos de colapso de la vía aérea superior durante el sueño, lo cual induce hipoxia intermitente, fragmentación del sueño y activación del sistema simpático. En mujeres, estos procesos se ven modulados por factores hormonales (estrógenos y progesterona), con impacto en la musculatura dilatadora faríngea, control ventilatorio e inflamación sistémica (8).

Entre los mecanismos fisiopatológicos relevantes están: disminución del tono muscular, especialmente del músculo geniogloso; inestabilidad ventilatoria (elevado loop gain) y aumento del umbral de despertar, este último cobra mayor importancia en las mujeres (8).

Síntomas de apnea obstructiva del sueño

- **Nocturnos:** ronquidos estruendosos, apneas presenciadas, jadeo nocturno, despertares con ahogo, frecuentes despertares intranoche, diaforesis, sed, nicturia, enuresis, sueño agitado, insomnio, congestión nasal, excesiva salivación. El ronquido es el fenómeno sonoro del paso del aire a través de una vía aérea que opone una resistencia al paso del aire debido a su colapso total o parcial.
- **Diurnos:** somnolencia excesiva, sueño no reparador, cefalea matutina, fatiga, cansancio, baja capacidad de concentración, reducción de la memoria, irritabilidad, apatía, tendencia a la depresión, ansiedad, boca seca.

Diferencias en el sueño de mujeres y hombres

La anatomía, fisiología y comportamiento de hombres y mujeres son diferentes y complementarios, al igual que su arquitectura.

En general, las mujeres en la infancia tienen tiempo total de sueño más prolongado y menor número de microdespertares que los hombres. En la adolescencia, las mujeres tardan más en dormirse. En la adultez, las mujeres tienen más problemas de insomnio (de conciliación, de mantenimiento y de despertar más temprano) con mejor calidad de sueño que los hombres. El riesgo de desarrollar insomnio es mayor en las mujeres que en los hombres, especialmente después de la menarquia por influjo hormonal. Las mujeres suelen necesitar mayor tiempo de sueño para el descanso.

Se considera que la apnea del sueño está subdiagnosticada en las mujeres debido a que los síntomas son diferentes a los que presentan los hombres. En la mujer no hay tanto ronquido, jadeo nocturno y episodios de apneas presenciadas. (9)

Características de la apnea obstructiva del sueño en la mujer comparada con la del hombre (9)

- Las mujeres tienen menor colapsabilidad de la vía aérea superior, con un bajo umbral del despertar. Por esta razón, tienen menores niveles de índice de apnea/hipopnea (IAH) con mayor número de hipopneas y resistencia aumentada de la vía aérea (RERAS). Las apneas de las mujeres suelen ser más cortas.
- La mujer tiene más síntomas de insomnio, depresión y ansiedad, con menor calidad de vida.
- Posiblemente las mujeres consultan menos por síntomas de sueño.
- La visión tradicional de la AOS ha sido basada en estudios masculinos, en los estudios clínicos controlados hay una baja representación femenina.
- La escala de Epworth no se ha validado en población femenina exclusivamente.
- Hay una inequidad en el abordaje clínico de la apnea del sueño entre hombres y mujeres.
- En las mujeres hay un subdiagnóstico y sesgo de referencia para el diagnóstico de los trastornos del sueño.

Mujeres con dismenorrea suelen tener peor calidad de sueño por dolor nocturno. Mujeres con SOP y obesidad tienen mayor probabilidad de padecer apnea del sueño. En las mujeres con desorden disfórico premenstrual, clasificado como un trastorno depresivo, uno de los síntomas marcadores para el diagnóstico es el disturbio del sueño, por insomnio o por somnolencia (10).

En la mujer embarazada, la presencia de apnea del sueño se ha relacionado con mayores desenlaces adversos como la aparición de hipertensión gestacional, diabetes gestacional, parto por cesárea, retardo en el crecimiento intrauterino, parto pretérmino, alteraciones genéticas como el envejecimiento acelerado de los telómeros, que suelen ser más cortos (11).

En la menopausia la mujer empieza a tener mayores problemas del sueño como insomnio, sueño fragmentado, apnea del sueño, desorden por movimiento periódico de las piernas y síndrome de piernas inquietas. Las mujeres tienen mayor resistencia periférica de la vía aérea con predominancia de las hipopneas, e hipoventilación alveolar. Todo esto está relacionado con sobrepeso, distribución del tejido adiposo, oleadas de calor, cambios de humor y ánimo, depresión, ansiedad, fibromialgia (12).

En mujeres, la prevalencia de AOS se triplica a partir de la menopausia. Durante la postmenopausia (con AOS severa no diagnosticada), se han encontrado niveles elevados de troponina y la AOS se ha postulado como un indicador de isquemia miocárdica silente. En mujeres en postmenopausia con AOS e ICC con BNP elevado, la mortalidad se aumenta en 50% y la calidad de vida se reduce en un 20%.

Evaluación clínica y diagnóstica

El abordaje clínico debe ser individualizado, considerando el contexto hormonal, comorbilidades, edad e IMC. La

Escala de Somnolencia de Epworth, ampliamente usada, no está validada en población femenina, lo cual limita su sensibilidad diagnóstica. El examen físico debe incluir medición de perímetro cervical, Mallampati, IMC y clase de mordida.

Las mujeres con AOS tienden a presentar mayor proporción de hipopneas y fragmentación del sueño, más que apneas completas. Por tanto, la evaluación de la hipoxemia debe considerar el concepto de carga hipóxica y otros parámetros como ODI y T90% o T85%.

Estudios recientes agrupan a las mujeres con AOS en cuatro fenotipos clínicos distintos según edad, síntomas, comorbilidades cardiovasculares y trastornos del ánimo.

La AOS en mujeres se asocia a diversas condiciones crónicas: hipertensión arterial resistente o nocturna; fibrilación auricular y arritmias ventriculares; diabetes tipo 2 y síndrome metabólico; accidente cerebrovascular; insuficiencia cardiaca y enfermedad cerebrovascular; trastornos afectivos, con mayor prevalencia de depresión y ansiedad. Estas asociaciones refuerzan el carácter multisistémico y subdiagnosticado de la AOS en mujeres, y la necesidad de tamizaje en población de riesgo.

¿Cómo se mide la severidad de la apnea del sueño?

La clasificación entre leve, moderada y severa se describió a partir del valor numérico del índice de apnea-hipopnea (IAH). Posteriormente se han introducido otras variables también importantes como son la distorsión en la arquitectura del sueño, donde la fragmentación del sueño es muy importante, la presencia y gravedad de los síntomas, la presencia o no de comorbilidades y la oxigenación durante el sueño.

La evaluación de la oxigenación durante el sueño ha dado lugar a ciertos parámetros como son el T90% o T85% que es el tiempo durante el cual los pacientes están por debajo de 90-85% durante el sueño. A este concepto últimamente se le ha agregado el de carga hipóxica en el que se relaciona no solo la caída de la oxigenación sino el tiempo de permanencia de ella (área bajo la curva).

Fenotipos en la apnea del sueño

El fenotipo clásico de la apnea obstructiva del sueño es el de hombres obesos con cuello corto y grueso, con ronquidos intensos, apneas presenciadas, sueño fragmentado por despertares con ahogo, cefalea matinal, somnolencia diurna excesiva, pérdida de las capacidades de atención y memoria, en el contexto de enfermedad cardiovascular previa.

Se ha promulgado como el fenotipo típico de la AOS femenina, el de las mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas quienes refieren síntomas de fatiga, cansancio diurno, cefalea, insomnio y depresión. La apnea puede ser leve por IAH bajo, pero con una dependencia de eventos respiratorios obstructivos durante el sueño MOR y a veces con importantes caídas de la oxigenación durante la noche.

En Chile (13) se describieron tres fenotipos de apnea: 1. Fenotipo caracterizado por somnolencia diurna excesiva, altamente relacionado con HTA, trastornos en el metabolismo de la glucosa y mayor mortalidad. 2. Apnea en adultos mayores que se relaciona con insomnio, depresión, disfunción cognitiva y alteraciones en el estado de ánimo. 3. Apnea en mujeres en perimenopausia y sobrepeso, manifestado por fatiga, cansancio, cefalea, insomnio y depresión.

En Islandia (14) describieron tres fenotipos de apnea en la mujer: 1. Con SDE (somnia diurna excesiva). 2. Con sueño alterado e insomnio. 3. Apnea mínimamente sintomática.

Gagnaudoux y colaboradores (15) describieron cinco fenotipos en Francia: G1: AOS femenino caracterizado por insomnio, síntomas depresivos, obesidad y comorbilidades asociadas. G2: hombres con síntomas típicos diurnos y nocturnos de AOS con síntomas depresivos y comorbilidades. G3: con síntomas típicos de OAS. G4: con AOS levemente sintomático, poca depresión y pocas comorbilidades. G5: de AOS comórbido, hombres sintomáticos, mayores de 65 años con importantes comorbilidades.

El grupo de Santiago de Chile (16) describe cuatro fenotipos y proponen hacer una “huella digital”. G1 de hombres sintomáticos con comorbilidades. G2, único que incluye mujeres sintomáticas con comorbilidades, donde tanto la edad como la severidad de la hipoxemia se relacionan de forma independiente con la mortalidad cardiovascular. G3 de hombres asintomáticos con comorbilidades. G4 de hombres jóvenes, sintomáticos, sin comorbilidades.

El grupo de la Dra. Carmen Monasterio en Barcelona (17) cuestiona la visión tradicional de la apnea del sueño masculina y destaca la importancia de adaptar los criterios diagnósticos de la apnea obstructiva del sueño en las mujeres, reconociendo tanto los síntomas típicos como los atípicos y dentro de estos especialmente el insomnio y la fatiga emocional. Describe cuatro fenotipos:

1. Mujeres de mediana edad, paucisintomáticas, con escasos factores de riesgo cardiovascular y baja prevalencia de enfermedad cardiovascular establecida. Constituyen el 27% del universo del estudio, con obesidad, con IAH moderado a severo, baja prevalencia de SDE e hipoxemia leve.
2. Mujeres mayores paucisintomáticas, con riesgo cardiovascular significativo y apnea severa. Fue el 12% de la población estudiada, el de mayor edad, las de mayores índices de obesidad, de IAH y más hipoxemia.
3. Mujeres de mediana edad con síntomas clásicos de apnea, importantes factores de riesgo cardiovascular. Este fue el grupo más grande de este estudio, 47% de la población estudiada, en quienes la apnea era severa asociada a obesidad, mucha somnolencia diurna y presentaban comorbilidades asociadas.
4. Mujeres con trastornos del estado de ánimo, depresión y riesgo cardiovascular. El 14% de la población presentaba

cansancio matutino, apnea moderada a severa, poca SDE, baja hipoxemia.

Este es el estudio más grande realizado exclusivamente en mujeres con AOS. Afirma la necesidad de una mayor inclusión femenina en la investigación para mejorar el diagnóstico y tratamiento en las mujeres, evitando que las diferencias de género pasen desapercibidas en el ámbito de la salud.

En palabras de la Dra. Carmen Monasterio Ponsa, “*La comprensión limitada que tenemos de la AOS en mujeres, refleja la falta de estudios específicos en esta población*” (17).

Tratamiento y adherencia en mujeres

El tratamiento estándar incluye el uso de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP o BiPAP). No obstante, la adherencia es menor en mujeres, por razones que incluyen: sensación de claustrofobia, problemas por incomodidad con la máscara, sequedad nasal y bucal, baja percepción del beneficio y escaso apoyo familiar.

Además, no se encontraron estudios de adherencia específicamente en población femenina, lo que limita la personalización de estrategias de intervención.

Entre otras medidas terapéuticas coadyuvantes están: reducción de peso, terapia de remplazo hormonal en mujeres menopáusicas seleccionadas, higiene del sueño y terapia cognitivo-conductual, melatonina, terapia posicional especialmente en los casos de dependencia de los eventos respiratorios obstructivos con la posición supina. La terapia miofuncional que puede acompañar a todas las demás terapias con grandes beneficios.

Discusión y perspectivas de género

La escasa inclusión femenina en estudios de sueño ha invisibilizado el impacto de la AOS en esta población. Se requieren investigaciones con enfoque de género para definir marcadores clínicos, validación de herramientas diagnósticas y abordajes terapéuticos efectivos en mujeres.

El reconocimiento de fenotipos clínicos específicos y la consideración de factores hormonales y psicosociales permitirán mejorar el diagnóstico y el manejo, evitando desenlaces adversos prevenibles.

Así, se concluye que la AOS en mujeres es frecuente pero subdiagnosticada, con presentaciones clínicas menos evidentes. El impacto de la menopausia, las comorbilidades y las diferencias anatómicas y hormonales justifican un enfoque diferenciado. El uso de CPAP debe ir acompañado de estrategias personalizadas para mejorar la adherencia. La carga hipóxica y el enfoque fenotípico permiten una mejor estratificación del riesgo.

Conclusiones

- En este artículo se resalta la importancia de la evaluación de la gravedad de la apnea del sueño, relacionando los síntomas, las comorbilidades, otros factores de riesgo

cardiovascular, el IAH y la hipoxemia durante el sueño (concepto de carga hipoxica).

- La mujer puede tener toda clase de presentaciones de la AOS; hay que sospecharla para diagnosticarla.
- El buen sueño hace parte fundamental en la salud general de todas las personas, tanto en mujeres como en hombres.

Referencias

1. Cervantes, M. Don Quijote de la Mancha. Ed. del IV centenario. Real Academia Española. Asociación de academias de la lengua española. 2004. Segunda parte. Capítulo LXVIII. Pp.1065.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Censo Nacional de población y vivienda. 2024. Consultado 03/04/2025. Disponible en: www.dane.gov.co
3. Bottia-Córdoba S, Barrios-Bermúdez HP, Rosselli-Cock DA. Prevalencia de apnea de sueño en Colombia: un análisis de las bases de datos del Ministerio de Salud. Iatreia [Internet]. 2024 ene-mar;37(1):26-34.
4. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *J Clin Sleep Med* 2015;11(6):591–592
5. 2022 American Heart Association. Heart.org/lifes8, Inc., a 501(c)(3) not-for-profit. All rights reserved. Unauthorized use prohibited. Citations available upon request. 7/22 DS19388
6. Healthy Sleep Every Day Keeps the doctor away. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 10740. <http://doi.org/10.3390/ijerph1910704> <https://www.mdpi.com/journal/ijerph>.
7. Baker FC, O'Brien LM. "Sex differences and menstrual-related changes in sleep and circadian rhythms". En: Principios y prácticas de la medicina del sueño. 6 ed. 2022. Sección 20, Cap 155, 1516-1524.
8. En Primer consenso colombiano de síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). Bourjeily G, Londoño-Palacio N, Rojas-Suárez JA. Síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño y embarazo. *Rev. Fac. Med.* 2017, Vol. 65 S69-76. <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed>
9. Martínez-García MA; Labarca G. Obstructive sleep apnea in women: scientific evidence is urgently needed. *J Clin Sleep Med* 2022; 18 (1): editorial.
10. Obstructive sleep apnea in women, editorial. *JCSM* 2022; 18.
11. Baker FC, Joffe H, Aldrich Lee K. "Sleep and menopause". En: Principios y prácticas de la medicina del sueño. 6 ed. 2022. Cap 159, 1553-1562.
12. Hauer A, Leeners B. Sleep Disturbances Across a Woman's Lifespan: What Is the Role of Reproductive Hormones? *Journal of the endocrine society*, 2023; 7(5):1-14.
13. Jorquera J, Sánchez P. Fenotipos clínicos en el síndrome de apnea obstructiva del sueño. *Rev. Med. Clin. Condes*, 2021; 32(5) 554-560.
14. Ye et al. The different clinical faces of obstructive sleep apnea: a cluster analysis. *Eur Respir J* 2014; 44(6):1600-7.
15. Gagnadoux F. et al. Relationship between OSA clinical phenotypes and C-PAP treatment outcomes. *Chest* 2016;149 (1):288-90.
16. Labarca G, Henríquez-Beltrán M, Jorquera-Díaz J, Dreyse J, Jorquera J. La apnea obstructiva del sueño y la hipoxemia nocturna aumentan el riesgo cardiovascular basal en población chilena. *Sleep Med* 2020; 73:16-22.
17. Fontanilles E, et al. Phenotypes of obstructive sleep apnea in women: A real-life cohort study. *Sleep Medicine* 2024; 121:295-302.

