

APNEA HIPOPNEA DEL SUEÑO

¿Qué es? Se define como “la aparición de episodios recurrentes de limitación del paso del aire durante el sueño como consecuencia de una alteración anatómico funcional de la vía aérea superior que conduce a su colapso, provocando descensos de la saturación de oxihemoglobina y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva y trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos”

Apnea: falta completa de flujo aéreo a través de la vía aérea de al menos 10 segundos de duración.

Hipopnea: disminución del flujo >30% con caída de saturación de oxígeno >3% o con un despertar electroencefalográfico

Un Índice Apnea-Hipopnea (IAH) > 5-10 asociado a síntomas relacionados con la enfermedad y no explicados por otras causas, confirma el diagnóstico.

Factores de riesgo: Predisponen a la aparición de SAHS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Sexo masculino• Edad aumentada• Mujer posmenopáusica• Obesidad o sobrepeso• Circunferencia de cuello aumentada (mujer > 38 cm; hombre > 40 cm)• Alteraciones craneofaciales (micro o retrognatia, prognatismo) | <ul style="list-style-type: none">• Paladar hendido y dientes apiñados• Hipertensión arterial• Enfermedad cerebrovascular• Enfermedad arterial coronaria• Fibrilación auricular• Tabaquismo• Uso de alcohol• Uso de sedantes |
|---|---|

La clínica es consecuencia de 2 hechos fisiopatológicos: la hipoxia producida por las apneas-hipopneas y la desestructuración del sueño.

Síntomas frecuentes en el SAHS

La triada clínica principal está compuesta por: **apneas presenciadas, roncopatía crónica y somnolencia diurna excesiva**, aunque ningún síntoma o combinación de ellos ha demostrado suficiente valor en el diagnóstico del SAHS.

NOCTUNOS	DIURNOS
Ronquidos	Somnolencia excesiva diurna
Apneas observadas	Cefaleas matinales
Asfixia/jadeo	Cansancio crónico
Movimientos anormales	Cambios de estado de ánimo
Despertares frecuentes	Depresión
Nicturia	Falta de concentración
Pesadillas	Disfunción sexual
Sueño agitado	Falta de coordinación motora
Insomnio	Pérdida de memoria
Reflujo gastroesofágico	Disminución de calidad de vida

Exploración del paciente con sospecha de SAHS

Anamnesis general y exploración general: peso, talla, IMC y TA

Anamnesis de hábitos de sueño: horario de acostarse y levantarse, tiempo de sueño, siestas...

Exploración de vía aérea superior:

- Exploración nasal: obstrucción nasal, rinorrea, crisis funcionales...
- Orofaringoscopia: Hipertrofia de paladar blando y/o amígdalas
- Exploración de grados de Mallanpati
- Evaluación de retro-micrognatia
- Calidad de la mordida
- Distancia del hioides-mandíbula (valorar cuello corto)

Estudio complementario: perfil metabólico (hemograma, bioquímica y perfil lipídico)

La escala de Epworth:

La escala de somnolencia de Epworth proporciona una estimación subjetiva del grado de somnolencia

¿Con qué frecuencia se queda Vd. dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

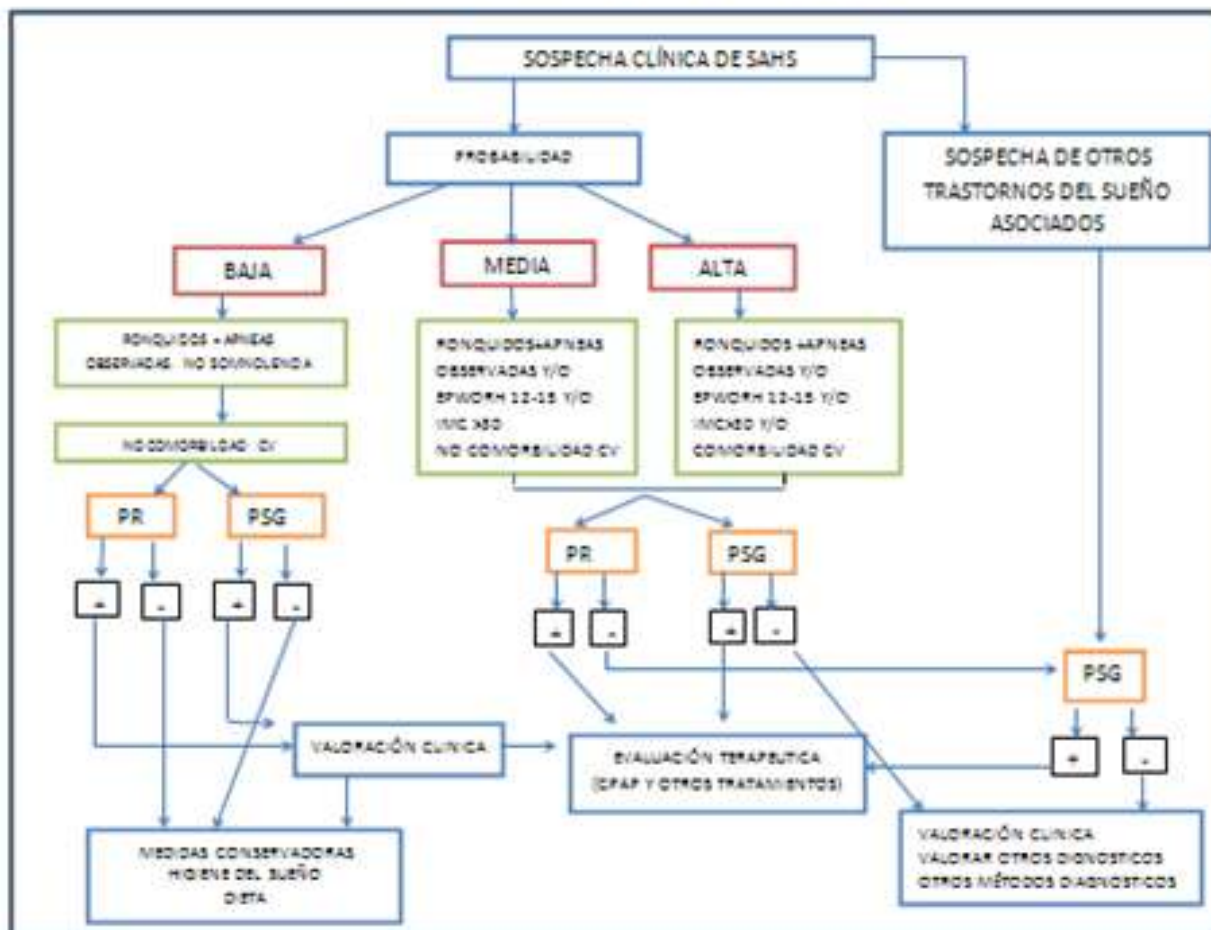
Situación	Puntuación	
• Sentado y leyendo	0-1-2-3	Entre 0 y 6: no tiene somnolencia diurna Entre 7 y 13: tiene ligera somnolencia diurna. Entre 14 y 19: tiene moderada somnolencia diurna. Entre 20 y 24: somnolencia diurna es grave
• Viendo la T.V.	0-1-2-3	
• Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	0-1-2-3	
• En coche, como copiloto de un viaje de una hora	0-1-2-3	
• Tumbado a media tarde	0-1-2-3	
• Sentado y charlando con alguien	0-1-2-3	0= nunca se ha dormido 1= escasa posibilidad de dormirse 2= moderada posibilidad de dormirse 3 = elevada posibilidad de dormirse
• Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	0-1-2-3	
• En su coche, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	0-1-2-3	
Puntuación total (máx. 24)		

El **diagnóstico** definitivo debe llevarse a cabo en una unidad específica. La confirmación diagnóstica obliga a realizar diversas pruebas complementarias para valorar su gravedad, completar el diagnóstico diferencial e indicar el tratamiento más adecuado a cada paciente.

La **polisomnografía (PSG)** nocturna es una técnica de monitorización del sueño en la que se analizan simultáneamente variables neurofisiológicas, respiratorias y cardíacas. Es el método diagnóstico más preciso para el SAHS, aunque también el más laborioso, complejo y caro.

La **poligrafía respiratoria (PR)** evalúa las variables respiratorias y cardíacas pero al no registrar las variables neurofisiológicas no estudia la arquitectura del sueño, la duración de cada fase ni el tiempo en el que el paciente está dormido. Es un método más simple y barato.

Algoritmo de actuación ante la sospecha de SAHS



Algoritmo diagnóstico de SAHS. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño. Arch Bronconeumol. 2011

Tratamiento

- Medidas generales: Higiene del sueño, pérdida de peso, ingesta de alcohol, consumo de tabaco, consumo de fármacos, consejo postural
- Tratamiento farmacológico: no eficaz
- Dispositivos intraorales de avance mandibular
- Tratamiento quirúrgico
- Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP): Es el tratamiento de elección de SAHS basado en la aplicación durante el sueño, a través de una mascarilla nasal, de una presión positiva continua en la vía aérea. Actúa como una válvula neumática que evita el colapso de la vía aérea durante el sueño y normalizando la arquitectura del sueño. Las causas más frecuentes de fracaso terapéutico es la intolerancia individual (congestión/obstrucción nasal, irritación cutánea, sequedad faríngea, ruido, conjuntivitis, cefalea, claustrofobia...)

COMPLICACIONES	SOLUCIÓN
Irritación cutánea	Protección local, cambio de mascarilla
Congestión nasal	Instilaciones nasales con solución salina, corticoides. ORL si persiste. Mascarilla nasobucal.
Ruido	Generador en suelo de goma. Revisar fugas
Conjuntivitis	Adecuado ajuste de mascarilla
Cefalea	Analgésicos
Epistaxis	Humidificación, ORL si persiste
Frío, Sequedad faríngea	Humidificador-calentador. Tª ambiente
Insomnio	Adaptación. Rampa de presión, Hipnótico no benzodiacepínico(excepcionalmente)
Aerofagia	Ansiolítico, incorporar cabecera
Claustrofobia	Ansiolíticos. Medidas posturales

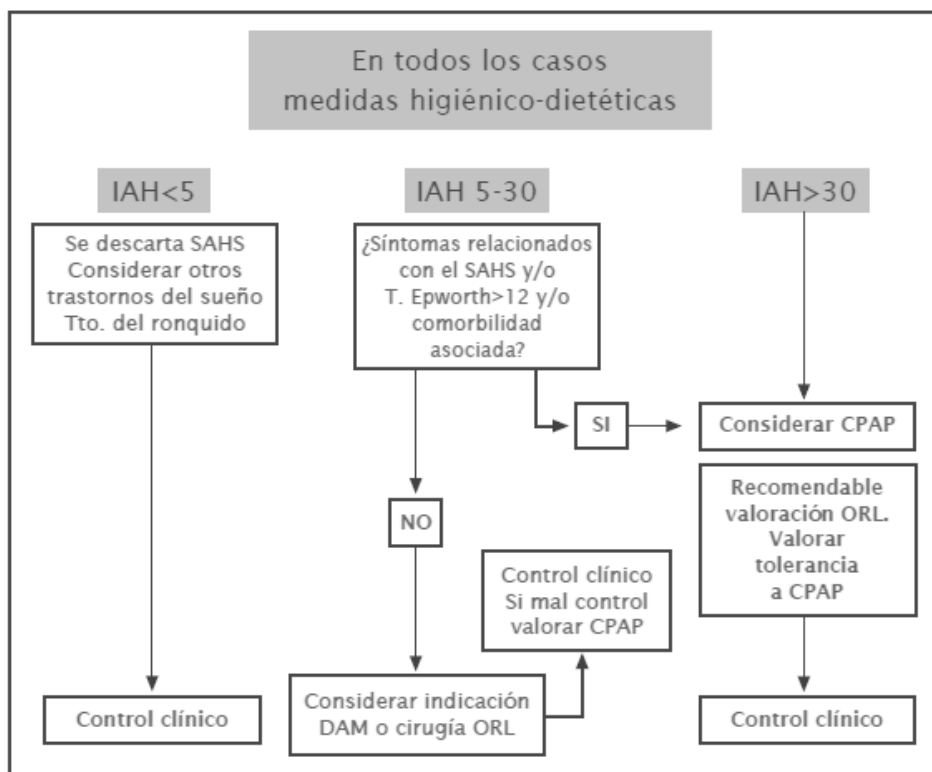
PROBLEMA O QUEJA	SOLUCIÓN
Ronquido	Ajuste de mascarilla
Apertura de boca	Banda mentoniana, mascarilla nasobucal
“No puedo respirar, demasiado aire”	Medidas psicológicas. Rampa de presión
Quitarse la mascarilla	Medidas de sujeción. Alarma
Chorro de aire al acompañante	Mascarilla con fuga controlada

	direccionable
Somnolencia	Método barrera Comprobar higiene sueño
	Reevaluar en Unidad de Sueño
Viajes o Ingresos hospitalarios	Llevar consigo la CPAP SIEMPRE

Papel de la AP en el manejo del SAHS

1. Detección de pacientes: tres preguntas clave → ronquido, apneas presenciadas, hipersomnia
2. Derivación protocolizada: evitaremos errores
3. Priorización de pacientes: Hipersomnias graves, profesiones de riesgo y alto riesgo cardiorrespiratorio
4. Información al paciente y a la población general: de los factores de riesgo, consecuencias y tratamiento de la enfermedad
5. Control de factores de riesgo: consejo dietético y tratamiento general
6. Seguimiento de pacientes con CPAP: efectos adversos, vigilar cumplimiento, nueva derivación a la unidad del sueño

Algoritmo de tratamiento de síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS). Consenso Nacional sobre el SAHS



IAH: Índice de apneas-hipopneas; CPAP: Presión continua positiva en la vía aérea; ORL: otorrinolaringológico; DAM: Dispositivo de adelantamiento mandibular; SAHS: Síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño

Autores:

- Natividad Vázquez Gómez. Residente de 4º año de MFyC. Centro de salud Rafalafena. Castellón
- M^a Dolores Aicart Bort. Médico de MFyC. Centro de salud Rafalafena. Castellón
- M^a Del Mar Briones Urtiaga. Médico de MFyC. Centro de Salud Manises

Bibliografía:

- Lloberes P, et al. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño. ArchBronconeumol. 2011;47(3):143–156
- Egea Santaolalla CG Carrillo Azócar J, Casi Casanellas A. Abordaje de las apneas del sueño en atención primaria. FMC. 2013;20(3):134-43
- Consenso Nacional sobre el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS). Grupo Español del sueño. 2005
- Trastornos respiratorios asociados a la obesidad (SAHS y SHO). II cuaderno. Sociedad Valenciana de Neumología. 2009. ISBN: 25-0000-000-00