

Síndrome de Apnea e Hipoapnea del Sueño: ¿Qué se puede hacer en la primera consulta?

Autor: Dr. Renato Ramírez Armijo, Residente de Medicina Familiar PUC.

Tutor: Dr. Tomás Pantoja, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Editora: Dra. Isabel Mora, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

RESUMEN PORTADA

El Síndrome de Apnea e Hipoapnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) es una enfermedad que generalmente se asocia a un diagnóstico y tratamiento de alto costo: Polisomnografía y Presión Positiva de Aire Continúa (CPAP), respectivamente. En este artículo se ofrece alternativas para el acercamiento diagnóstico y tratamiento del SAHOS diferentes de las típicamente conocidas.

Palabras Clave: SAHOS, Diagnóstico, STOP-BANG, Tratamiento, Terapia Posicional, Actividad física, Cambio de Hábitos, Dispositivos orales.

Síndrome de Apnea e Hipoapnea del Sueño: ¿Qué se puede hacer en la primera consulta?

Autor: Dr. Renato Ramírez Armijo, Residente de Medicina Familiar PUC.

Tutor: Dr. Tomás Pantoja, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Editora: Dra. Isabel Mora, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

04 junio 2019

Introducción

El Síndrome de Apnea e Hipoapnea del Sueño (SAHOS) se define como el colapso de la vía aérea alta durante el sueño, lo que lleva a un cese o disminución del flujo de aire a pesar de la presencia de esfuerzo respiratorio. Estos episodios se acompañan de desaturación y microdespertares en los que el flujo respiratorio se recupera. El paciente presenta hipoxia e hipercapnia durante el episodio, seguida de hiperventilación compensatoria. Esto finalmente conlleva a una fragmentación del sueño.^{1,2}

La severidad del SAHOS se define por el Índice de Apneas/Hipoapneas: ¹

SAHOS Leve : IAH mayor o igual a 5 y menor a 15.

SAHOS Moderado : IAH entre 15 y 30.

SAHOS Severo : IAH mayor a 30.

Una apnea se define como un colapso de la vía aérea alta de al menos un 90% con al menos 10 segundos de duración. Una hipoapnea, por su parte, corresponde a un colapso mayor al 30% asociado a una desaturación de oxígeno del 3-4%. ^{1,2}

El SAHOS es el trastorno respiratorio del sueño más común en la población, afectando al 5% de las mujeres y al 14% de los hombres. La enfermedad está asociada en gran proporción con obesidad, estimándose que el 60-90% de los casos de SAHOS presentan dicha comorbilidad. Esta asociación ha significado que con el aumento de las tasas de obesidad en los últimos años se ha presentado también un aumento en los casos de SAHOS. Otros factores de riesgo asociados al SAHOS son: edad avanzada, sexo masculino, postmenopausia, circunferencia cervical mayor, anomalías craneofaciales (retrognatia, micrognatia), anomalías de la vía aérea (macroglosia, amígdalas obstructivas), uso de alcohol o hipnóticos. ¹

Entre las consecuencias del SAHOS podemos encontrar su asociación con hipertensión arterial (HTA) e HTA resistente, diabetes mellitus II, infarto al miocardio, arritmias, insuficiencia cardíaca, accidentes laborales y de tránsito, disminución del rendimiento laboral, complicaciones postoperatorias y complicaciones materno-fetales, entre otras. A pesar de esto, se estima que cerca del 80% de los casos no es diagnosticado. ^{1,2,3}

Clínica

Los síntomas del SAHOS incluyen somnolencia diurna, fatiga, sueño no reparador, despertares nocturnos, cefalea matinal, disminución de concentración, irritabilidad, ronquidos y apneas reportados por tercero. Junto con estos síntomas hay algunos signos al examen físico que pueden guiarnos y que se mencionaron anteriormente, como la circunferencia cervical mayor a 40 cm, presencia de anomalías craneofaciales como retrognatia o micrognatia, y anomalías de la vía aérea como magroglosia o amígdalas obstructivas. Lamentablemente, los síntomas y signos clínicos no son suficientes para realizar el diagnóstico de SAHOS, siendo los síntomas más útiles el ahogo nocturno (gasping) con un LR (+) de 3.3 y la ausencia de apnea reportada con un LR (-) de 0.47. ^{1,2}

Las tablas clínicas para el diagnóstico de SAHOS (Cuestionario de Berlín, Tabla de Somnolencia de Epworth, Cuestionario STOP, Cuestionario STOP-BANG) se han utilizado para el acercamiento diagnóstico de SAHOS, pero tampoco representan un diagnóstico definitivo de la enfermedad. Aun así, se pueden utilizar para separar a los pacientes en un grupo de “alto riesgo” de padecer SAHOS y un grupo de “bajo riesgo” de padecerlo. De estos cuestionarios el más recomendado es el STOP-BANG por presentar la más alta sensibilidad en todos los grados de SAHOS y por ser simple de usar en el box de la consulta.⁴

STOP-Bang Questionnaire		
<i>Please answer the following questions by checking "yes" or "no" for each one</i>	Yes	No
Snoring (Do you snore loudly?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiredness (Do you often feel tired, fatigued, or sleepy during the daytime?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observed Apnea (Has anyone observed that you stop breathing, or choke or gasp during your sleep?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High Blood Pressure (Do you have or are you being treated for high blood pressure?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI (Is your body mass index more than 35 kg per m ² ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age (Are you older than 50 years?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck Circumference (Is your neck circumference greater than 40 cm [15.75 inches]?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gender (Are you male?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score 1 point for each positive response.

Scoring interpretation: 0 to 2 = low risk, 3 or 4 = intermediate risk, ≥ 5 = high risk.

Imagen tomada el artículo "Diagnosis and Treatment of Obstructive Sleep Apnea in Adults"⁵

El diagnóstico de SAHOS se realiza mediante polisomnografía, un estudio de alto costo (en tiempo, personal y dinero) que realiza múltiples mediciones durante el sueño (electroencefalograma, electrooculograma, electrocardiograma, flujo aéreo, movimiento de piernas, posición corporal, ronquidos/apneas, esfuerzo respiratorio) y puede definir el SAHOS según grado de severidad. Además de ser el estándar de oro, durante el proceso de la polisomnografía se puede realizar titulación con Presión de Aire Positiva Continua (CPAP), uno de los tratamientos clásicos para el SAHOS (también de alto costo).⁴

Si bien la confirmación diagnóstica de SAHOS es mediante polisomnografía y la indicación de CPAP es manejo de especialista, esto no quiere decir que no podamos hacer más en la primera consulta

en APS. Un paciente categorizado como “bajo riesgo” de SAHOS debe ser reevaluado para considerar el diagnóstico diferencial, mientras que a un paciente categorizado como “alto riesgo” se le debe solicitar polisomnografía. Es en esta segunda instancia, además, que podemos realizar indicaciones de tratamiento dirigido a mejorar la sintomatología del SAHOS. Estos tratamientos son distintos del CPAP, sin mayor costo, simples de realizar y se pueden comenzar a hacer desde que el paciente sale de nuestra consulta, cubriendo el espacio de tiempo hasta que pueda realizarse adecuadamente una polisomnografía.

Algunos tratamientos alternativos a CPAP incluyen: actividad física y cambios de hábitos (dieta, ejercicio, higiene del sueño, suspensión de alcohol y tabaco), terapia posicional (“dormir de lado”, apoyado de dispositivos para mantener la posición durante el sueño) y dispositivos orales. Estos tratamientos han demostrado disminuir la somnolencia diurna al compararse contra grupos control en hasta 2 puntos cada una, según la Escala de Somnolencia de Epworth (ESS) que considera un resultado mayor a 10 como somnolencia excesiva.^{6,7,8,9}

Epworth Sleepiness Scale

How likely are you to doze off or fall asleep in the following situations, in contrast to just feeling tired?
 This refers to your usual way of life in recent times.
 Even if you haven't done some of these activities recently, try to work out how they would have affected you.

Use the following scale to choose the most appropriate number for each situation

0	would never doze	2	moderate chance of dozing
1	slight chance of dozing	3	high chance of dozing

It is important that you put a number (0-3) in each of the brackets

SITUATION	CHANCE of DOZING
Sitting and reading	()
Watching TV	()
Sitting inactive in a public place (eg theatre or a meeting)	()
As a passenger in a car for an hour without a break	()
Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	()
Sitting and talking to someone	()
Sitting quietly after lunch without alcohol	()
In a car, while stopped for a few minutes in traffic	()
	<u> </u> /24 TOTAL

Imagen tomada del artículo “Agreement between electronic and paper Epworth Sleepiness Scale responses in obstructive sleep apnoea: secondary analysis of a randomised controlled trial undertaken in a specialised tertiary care clinic”.¹⁰

Al hablar de estos tratamientos debe considerarse su desempeño al compararlas contra CPAP, que también disminuye la somnolencia diurna. Las revisiones sistemáticas que han comparado estos tratamientos han mostrado que no hay diferencias significativas en los resultados beneficiosos sobre somnolencia diurna al comparar algunas de estas intervenciones con CPAP. La terapia posicional incluso tiene mejor adherencia y causa menos molestias a los usuarios que CPAP, lo que lleva a menos abandono de la terapia. Si bien estos tratamientos no disminuirían el riesgo cardiovascular de los pacientes, CPAP tampoco ha demostrado disminuir eventos cardiovasculares (lo que se piensa se debe a la baja adherencia a largo plazo del dispositivo). Además, debe tenerse en mente que estas intervenciones podrían combinarse para obtener mayores beneficios.^{6,7,8,9}

Conclusiones

Con esto podemos concluir que, una vez que sospechamos la presencia de SAHOS en un paciente, podemos tomar acciones concretas e indicar ciertas opciones de tratamiento más allá de simplemente solicitar una polisomnografía y derivar a especialidad, gracias al hecho de poder identificar al paciente de “alto riesgo”. Yendo más allá y viendo la evidencia de revisiones sistemáticas, hay varias ventajas en los tratamientos mencionados anteriormente, como menor costo y mayor adherencia, sin perder beneficios en la mejora sintomática; además de la consideración de que CPAP no reduce eventos cardiovasculares, por lo que no se pierde un beneficio al no poder indicarlo nosotros o en caso de que el paciente no pueda acceder a dicho tratamiento. Podemos empezar a ayudar al paciente con SAHOS desde la primera consulta en APS con las herramientas entregadas en este artículo.

Bibliografía

1. M. Kamasová et al., Obstructive sleep apnea in outpatient care – What to do with?, Cor et Vasa (2017). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crvasa.2017.09.004>
2. Kathryn A. Myers, MD, EdM, FRCPC; Marko Mrkobrada, MD, FRCPC; David L. Simel, MD. Does This Patient Have Obstructive Sleep Apnea? The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA August 21, 2013 Volume 310, Number 7; 731-741. DOI:10.1001/jama.2013.276185
3. Haifeng Hou, Yange Zhao, Wenqing Yu, Hualei Dong, Xiaotong Xue, Jian Ding, Weijia Xing, Wei Wang. Association of obstructive sleep apnea with hypertension: A systematic review and meta-analysis. Journal of Global Health. June 2018 • Vol. 8 No. 1. DOI: 10.7189/jogh.08.010405
4. Hsiao-Yean Chiu, Pin-Yuan Chen, Li-Pang Chuang, Ning-Hung Chen, Yu-Kang Tu, Yu-Jung Hsieh, Yu-Chi Wang, Christian Guilleminault. Diagnostic accuracy of the Berlin questionnaire, STOP-BANG, STOP, and Epworth sleepiness scale in detecting obstructive sleep apnea: A bivariate meta-analysis. 1087-0792/© 2016 Elsevier Ltd. All rights reserved. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2016.10.004>
5. Michael Semelka, DO; Jonathan Wilson, MD; Ryan Floyd, MD. Diagnosis and Treatment of Obstructive Sleep Apnea in Adults. Am Fam Physician. 2016;94(5):355-360. <https://www.aafp.org/afp/2016/0901/p355.html>
6. Susheel P. Patil, MD, PhD; Indu A. Ayappa, PhD; Sean M. Caples, DO; R. John Kimoff, MD; Sanjay R. Patel, MD; Christopher G. Harrod, MS. Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea With Positive Airway Pressure: An American Academy of Sleep Medicine Systematic Review, Meta-Analysis, and GRADE Assessment. 2019. Journal of Clinical Sleep Medicine, Vol. 15, No. 2. DOI: <https://dx.doi.org/10.5664/jcsm.7638>
7. Almudena Carneiro-Barrera, Amparo Díaz-Román, Alejandro Guillén-Riquelme, Gualberto Buéla-Casal. Weight loss and lifestyle interventions for obstructive sleep apnoea in adults: Systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews. 2019;20:750–762. DOI: 10.1111/obr.12824
8. Srijithesh PR, AghoramR, Goel A, Dhanya J. Positional therapy for obstructive sleep apnoea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 5. Art. No.: CD010990. DOI: 10.1002/14651858.CD010990.pub2.
9. Martha Schwartz & Luis Acosta & Yuan-Lung Hung & Mariela Padilla & Reyes Enciso. Effects of CPAP and mandibular advancement device treatment in obstructive sleep apnea patients: a systematic review and meta-analysis. Sleep Breath (2018) 22:555–568. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11325-017-1590-67>
10. Lily Chen, Julia L Chapman, Brendon J Yee, Keith K H Wong, Ronald R Grunstein, Nathaniel S Marshall, Christopher B Miller. Agreement between electronic and paper Epworth Sleepiness Scale responses in obstructive sleep apnoea: secondary analysis of a

randomised controlled trial undertaken in a specialised tertiary care clinic. *BMJ Open* 2018;8:e019255.
DOI: [10.1136/bmjopen-2017-019255](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019255)