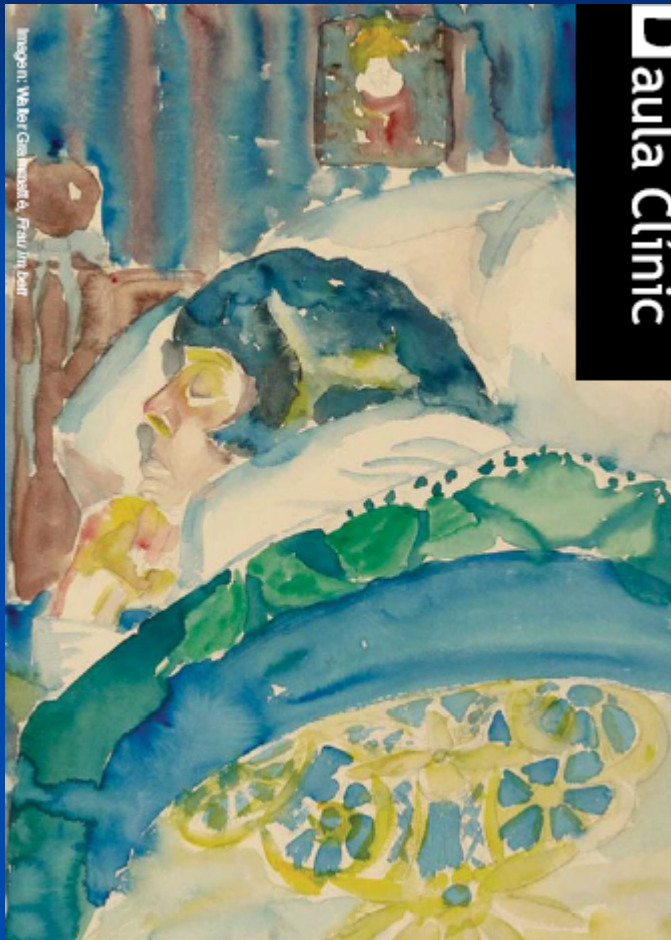


IV Jornadas de Atención Compartida en Neumología. Trastornos del Sueño

4 de mayo de 2012

¿Cuándo está indicada la polisomnografía?



Actuación desde atención primaria

Dra. Núria Sánchez Ruano
CAP Borrell
CAPSE. Barcelona



¿De qué hablamos? (SAHS)

- El Síndrome de Apneas-Hipopneas durante el Sueño (SAHS) se define como un cuadro de somnolencia excesiva, trastornos cognitivo-conductuales, respiratorios, cardíacos, metabólicos o inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior (VAS) durante el sueño.

(SEPAR, 2010)

Esta **obstrucción** se produce por el colapso de las partes blandas de la garganta, lo que determina:



- Hipoxemia
- Interrupciones del sueño no conscientes
- Somnolencia y cansancio diurnos

- El SAHS produce grados variables de hipoxemia e hipercapnia que determina una activación simpática que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.





¿De qué hablamos? (SAHS)

- El termino **hipopnea** se refiere a una reducción parcial de la señal respiratoria que cursa con desaturación y/o un despertar transitorio en el electroencefalograma, con repercusiones clínicas.
- Una **apnea** se define como el cese completo de la señal respiratoria de al menos 10 segundos de duración.
- Estos episodios se cuantifican mediante el **Índice de Apneas-Hipopneas (IAH)** expresado como número de episodios por hora de sueño.



Definición

- Los recientes consensos definen el SAHS por la combinación de la clínica y el índice IAH.

(SEPAR, 2010)

- Hablamos de SAHS cuando existe un IAH >5 junto con Excesiva Somnolencia Diurna (ESD) no explicada por otras causas o bien dos o más síntomas de los siguientes...

Síntomas

- Asfixias repetidas durante el sueño.
- Despertares recurrentes durante el sueño.
- Percepción del sueño como no reparador.
- Cansancio y/o fatiga durante el día.
- Dificultades de concentración.



El índice de IAH determina la gravedad del SAHS:

- Leve: IAH= 5-14,9
- Moderada: IAH= 15-29,9
- Grave: IAH > 30

Prevalencia SAHS



- 1-3% de la población infantil
- 4-6% de los hombres y entre 0,8-4% de las mujeres de la población general de mediana edad
- Su frecuencia aumenta con la edad.
 - En los mayores de 65 años la prevalencia puede triplicarse y llegar al 20% de >65 años
- En España existen entre 1,2-2,2 millones de individuos con SAHS, de los que tan solo está diagnosticado el 5-10%.
- Más de 7 millones de individuos en nuestro país presentan factores de riesgo claros de desarrollar un SAHS.

- No tratar un SAHS cuesta a la sanidad pública 2-3 veces más que tratarlo, debido a las consecuencias de esta enfermedad referidas fundamentalmente a las esferas cardiovasculares y de la accidentabilidad.



- Los pacientes con SAHS tienen un mayor riesgo de accidentabilidad de tráfico que triplica el de la población general.
- El riesgo es proporcional a la gravedad del SAHS.
- Es la somnolencia al conducir y no la somnolencia diurna la que determina el riesgo de accidentes.
- El tratamiento con CPAP reduce el riesgo de accidentes.

Se asocian con SAHS

- Edad avanzada.
- Obesidad
(especialmente la mórbida y central).
- Sexo (varón). 2-3 :1.
(En menopausia tiende a igualarse)
- Ronquidos nocturnos.
- Diabetes mellitus.
- Dormir en posición de decúbito supino.
- Alteraciones anatómicas de las vías respiratorias superiores:
 - Amígdalas hipertróficas.
 - Poliposis nasal.
 - Malformaciones Maxilofaciales



(SEPAR, 2010; Epstein LJ, 2009)



Diagnóstico del SAHS

¿Cuándo solicitar una polisomnografía?

La clínica con la presencia de la sintomatología característica es la primera aproximación al diagnóstico, por tanto, una buena **historia clínica** es fundamental para estimar el nivel de sospecha diagnóstica, las pruebas a realizar, y la priorización de los estudios y tratamiento.

Historia Clínica

- El MF ante un paciente con sospecha de SAHS tiene que realizar una historia clínica detallada que recoja:
 - Edad
 - Antecedentes Patológicos (especialmente cardipulmonares)
 - Hábitos de sueño (horarios, siestas, higiene del sueño)
 - Perfil psicológico
 - Ingesta de alcohol
 - Fármacos
 - Característica de la somnolencia
 - Escala de Epworth
 - Tiempo de evolución
 - Características del cuadro clínico, y sus repercusiones sociales y laborales.
 - Interrogatorio sobre síntomas siguientes





Síntomas más frecuentes en el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS)

Nocturnos

Ronquidos
Apneas observadas
Episodios asfícticos
Movimientos anormales
Diaforesis
Despertares frecuentes
Nicturia (adultos) y enuresis (niños)
Pesadillas
Sueño agitado
Insomnio
Reflujo Gastroesofágico

Diurnos

Excesiva Somnolencia diurna
Sensación de sueño no reparador
Cansancio crónico
Cefalea matutina
Irritabilidad
Apatía
Depresión
Dificultades de concentración
Pérdida de memoria
Disminución de la libido

Tomado del Documento Nacional de Consenso sobre SAHS⁶.



Exploración de vía aérea superior a realizar por el médico de Atención Primaria ante un paciente con sospecha de SAHS

Peso y talla, IMC.

Distancia hioides mandíbula (para valorar cuello corto).

Constitución facial: discordancias maxilomandibulares, calidad de la mordida y alteraciones mandibulares.

Evaluación de retro-micrognatia.

Orofaringoscopia: valorando hipertrofia de paladar blando y/o amígdalas.

Exploración de grados de mallanpati.

Exploración nasal : rinoscopia para detectar desviaciones del tabique o pólipos.

Auscultación cardiopulmonar y medida de tensión arterial.

Escala de Mallanpati

Análisis de la anatomía de la cavidad oral basada en la visibilidad de la base de la úvula, istmo de las fauces (los arcos delante y detrás de las amígdalas) y el paladar blando.

- Una puntuación alta (clase 4) está asociada con una difícil intubación así como con una alta incidencia de apnea del sueño.
- Puntuación modificada de Mallampati:
 - Clase 1: total visibilidad de las amígdalas, úvula y paladar blando
 - Clase 2: visibilidad del paladar duro y blando, porción superior de las amígdalas y úvula
 - Clase 3: son visibles el paladar duro y blando y la base de la úvula
 - Clase 4: sólo es visible el paladar duro



Síntomas guía

- Excesiva somnolencia diurna (ESD)
- Ronquidos
- Pausas respiratorias repetidas durante el sueño, observados por el compañero/a de dormitorio

La ESD es el síntoma diurno más característico de la enfermedad, una forma sencilla de medirla es mediante la escala de Epworth.

Escala de Epworth

- Es una escala universalmente aceptada que consta de 8 preguntas que se **puntúa de 0 a 24**, estando los límites de la **normalidad en 12** para la población española.
- Tiene una gran utilidad pues ayuda en el diagnóstico de sospecha inicial, y en el seguimiento del paciente.
- Es conveniente disponer de ella en la consulta del MF para que la rellenen los pacientes en menos de 5 minutos.

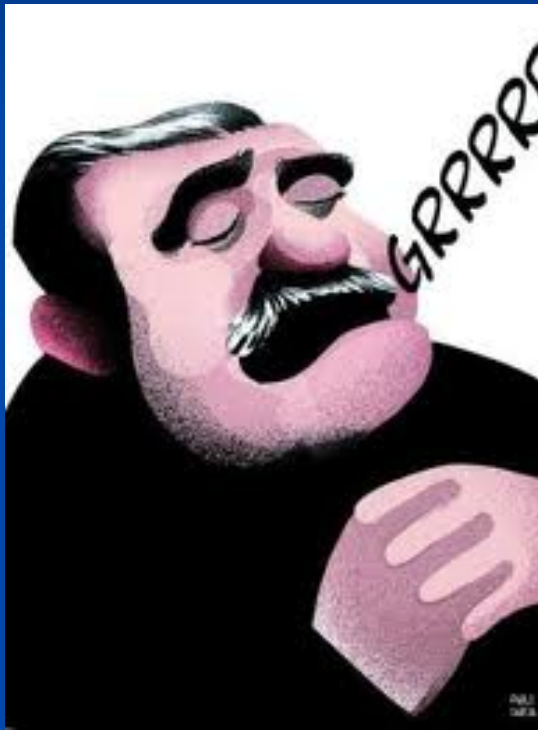
Escala de somnolencia de Epworth

Señale la respuesta que se asemeja más a su situación actual

	Nunca se adormilaría	Pocas posibilidades de que se adormilase	Es posible que se adormilase	Grandes posibilidades de que se adormilase
Sentado leyendo	0	1	2	3
Viendo la televisión	0	1	2	3
Sentado, inactivo, en un lugar público (Por ejemplo en un teatro o un acto público o una reunión)	0	1	2	3
Como pasajero en un coche una hora seguida	0	1	2	3
Descansando echado por la tarde cuando las circunstancias lo permiten	0	1	2	3
Sentado charlando con alguien	0	1	2	3
Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol	0	1	2	3
En un coche, al pararse unos minutos en el tráfico	0	1	2	3
Suma total de puntos:				

Caso clínico

Manel, 59 años. Conductor de autobús



- Consulta al MF por cansancio, somnolencia diurna, cefalea matutina, disminución del rendimiento laboral en los últimos meses sin causa aparente y sensación disnéica a moderados esfuerzos.

Historia clínica

- AP: Fumador (40 paquetes/año), obesidad.
HTA en tratamiento losartan 50 mg/día.
- Refiere que toma 4-5 tazas de café/día porque habitualmente tiene somnolencia diurna.
- Duerme mal, levantándose con la sensación de no haber descansado y según le cuenta su esposa ronca mucho por las noches.
- Cada día tiene menos apetencia sexual.

Exploración Física

- Peso: 98 kg, talla: 162 cm., IMC 37 Kg/m², perímetro abdominal: 118 cm.
- Cavidad oral/orofaringe: Escala Mallanpati 3.
- Rinoscopia no se aprecia desviación de tabique, ni hipertrofia de cornetes o pólipos.
- El cuello es corto sin adenopatías.
- AR: MVC, no ruidos sobreañadidos
- AC: Rítmico, no soplos. no se escuchan ruidos anormales, los tonos. TA: 142/88 mmHg.
- Abdomen es globuloso sin visceromegalias.

Exploraciones complementarias

- Se solicita analítica de sangre
 - Hemograma
 - Bioquímica
 - Hormonas tiroideas
- Rx de tórax
- Espirometría
- ECG



A las dos semanas el enfermo vuelve a revisión para resultados acompañado de su esposa.



- Nos comenta que su marido ronca muchísimo, incluso a veces le parece que no respira, que duerme en posición de decúbito supino y no para de moverse toda la noche, con pesadillas frecuentes y por el día está siempre cansado.

Resultados:

- Hemograma Normal. Glucosa 107 mg/dl, Hb Glicosilada: 5,9 por ciento, Colesterol total: 182 mg/dl, HDL-Col: 50 mg/dl, TG:223 mg/dl, AST: 53, ALA: 40, GGT: 32. Función renal normal. TSH: 2,01.
- Rx: Normal. Espirometría: Patrón obstructivo grado leve (FEV1:74 %) BD negativa.
- ECG: RS a 78 x' .

- Ante la sospecha diagnóstica de SAHS se aplica la escala de Epworth en la que obtiene 16 puntos.
- Consta de 8 preguntas que se puntúa de 0 a 24, estando los límites de la normalidad en 12.

Orientación diagnóstica

- Obesidad
- Hipertrigliceridemia.
- HTA
- EPOC
- Alta sospecha de SAHS



Actuación

- En vista de los resultados, además de otros diagnósticos se añade la alta sospecha de SAHS, por lo que se **deriva de forma preferente al neumólogo de referencia** para iniciar el estudio oportuno del síndrome y su tratamiento.
- Se le informa de la probable enfermedad que padece y sus consecuencias, se le recomiendan unas medidas generales sobre hábitos de vida, así mismo se le prescriben medidas higiénico-dietéticas.



Criterios de priorización de un paciente con sospecha clínica de SAHS al especialista de referencia o unidad del sueño

Derivación preferente/urgente

- Excesiva somnolencia diurna incapacitante
 - HTA de difícil control
 - Cardiopatía isquémica
 - Arritmias cardíacas
 - Accidentes cerebrovasculares
 - Insuficiencia respiratoria
 - Profesiones de riesgo: conductores, trabajos con máquinas peligrosas o en alturas, etc.
-

Tomado del Documento de Consenso Nacional sobre SAHS¹⁴.

Tratamiento del SAHS

Medidas generales

- 1.- Una adecuada **higiene de sueño**.
- 2.- Tratamiento de la **obesidad**, ya que la reducción de peso en estos pacientes se traduce con una mejoría del SAHS que puede ser curativa.
- 3.- **Abstención del alcohol** dado que, su consumo empeora el SAHS, por lo que a los pacientes con SAHS se les recomienda su abstinencia, en especial en las horas vespertinas y nocturnas.
- 4.- Abstención del **hábito tabáquico**, al tener los fumadores mayor riesgo de desarrollar un SAHS.
- 5.- Evitar consumo de fármacos como las benzodiazepinas, que disminuyen la respuesta ventilatoria y empeoran el SAHS.

Tratamiento del SAHS

Medidas generales

- 6.- Tratamiento del **hipotiroidismo**. La Prevalencia de SAHS en sujetos con hipotiroidismo es más elevada que en la población general, y se ha observado una mejoría del SAHS tras el tratamiento sustitutivo.
- 7.- Posición corporal. Todos los SAHS se agravan en el **decúbito supino**, por lo que se aconseja evitar dicha postura.
- 8.- Tratamiento de la **obstrucción nasal**, ya que ésta contribuye al desarrollo del SAHS.



Diagnóstico

- Pasados unos meses se confirmó el diagnóstico por la Unidad de Sueño del Hospital Clínico, en el que se encontró un índice de apnea-hipopnea (IAH) de 23 y se prescribió tratamiento con CPAP.

- El consejo médico e información de la enfermedad, efectos sobre la conducción y sus agravantes en el paciente con SAHS que es conductor, es una medida eficaz y preventiva de los accidentes de tráfico.
- Se debe impartir en las Unidades de Sueño y por todos los profesionales que hagan el seguimiento de estos pacientes, en particular por el MF.
- Es también conveniente la concienciación de la población mediante programas de información.





ROOOON

Gracias