

MANEJO DE LA AOS EN LA CONSULTA

DEFINICIÓN:

Inicialmente conocido como Síndrome de Apnea- Hipopnea del Sueño (SAHS). En 2022 se propone, en el Documento Internacional de Consenso, simplificar esta nomenclatura. Se decide eliminar el término de síndrome y de hipopneas; y reintroducir el de obstructiva para recibir el nombre de Apnea Obstructiva del Sueño (AOS).

Para hablar de AOS se debe cumplir uno de estos dos criterios:

- Un índice de apneas-hipopneas (IAH) ≥ 15 episodios/hora.
- Un IAH ≥ 5 /hora acompañado de uno o más de estos factores: excesiva somnolencia por el día (ESD), sueño no reparador, cansancio excesivo y/o deterioro de la calidad de vida.

PREVALENCIA:

El AOS es una enfermedad muy prevalente. Afectando a personas de mediana edad: 4-6% en hombres y 2-4% en mujeres. Ha habido un aumento de esta en las últimas dos décadas.

SÍNTOMAS:

La triada clínica está compuesta por 3 síntomas:

- Roncopatía crónica. Síntoma con mayor sensibilidad ya que su ausencia hace poco probable su diagnóstico. Pero no todos los roncadores tienen AOS.

Quando un paciente presenta ronquidos debemos diferenciar si es debido a un ronquido simple o AOS. Las principales causas de ronquido simple son la congestión nasal, hiperplasia adenotonsilar, obesidad, anomalías craneofaciales, alcohol, tabaco, benzodiazepinas e hipotiroidismo.

- Apneas presenciadas. Síntoma con mayor especificidad.
- Excesiva somnolencia diurna (ESD). Poco específico y poco sensible, pero marca la intensidad de la clínica de la AOS. Su presencia, que no sea explicada por otras causas, ya es motivo para hacer un estudio del sueño para diagnosticarla. Puede ser medida con el cuestionario Epworth.

El AOS representa la causa primaria más frecuente de somnolencia diurna excesiva.

Aunque siempre hay que sospechar y descartar otras posibles causas de somnolencia diurna como el sueño insuficiente, trabajo por turnos, fármacos, depresión, síndrome de piernas inquietas, trastornos centrales del sueño y enfermedades crónicas.

DIAGNÓSTICO:

ANAMNESIS:

- Antecedentes personales.
- Clínica relacionada con el AOS: cefalea, nicturia.
- Hábitos de sueño: horario, siestas, higiene de sueño.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Variables antropométricas: IMC, perímetro de cuello.
- Cuello corto: distancia hioides- mandíbula.
- Exploración ORL: obstrucción nasal, hipertrofia de amígdalas o úvula, paladar blando largo, micrognatia, retrognatia, calidad de mordida, grados de Mallampati y Friedman.
- Auscultación cardiopulmonar.
- Medición de la presión arterial.

CUESTIONARIOS VALIDADOS:

OSA50

Punto de corte ≥ 5 puntos.

Obesidad. Medición de cintura abdominal. ≥ 102 cm hombres y ≥ 88 cm mujeres.	3 puntos
Ronquido que molesta a los demás.	3 puntos
Apnea (alguien de alrededor le dice que hace pausas al dormir).	2 puntos
Si tiene 50 o más años.	2 puntos

CUESTIONARIO DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Permite identificar a los pacientes con somnolencia diurna excesiva.

Las preguntas son sobre lo ocurrido el último mes.

Cada respuesta se puntúa en 0 si la probabilidad de tener sueño es baja, 1 si es ligera, 2 moderada y 3 alta.

Se considera:

1-6 puntos: sueño normal

7-8 puntos: somnolencia media

9-24 puntos: somnolencia anómala (probablemente patológica).

La combinación de OSA50 ≥ 5 y Epworth ≥ 8 optimiza la sensibilidad y especificidad del SAOS clínicamente relevante (pacientes que se beneficiaran del tratamiento).

¿Puede Ud. sentir somnolencia, adormecerse, no solo sentirse fatigado, en las siguientes situaciones?

1. Sentado, mientras lee

- Nunca tengo sueño o bien la probabilidad de tener sueño es baja.
 - Ligera probabilidad de tener sueño.
 - Moderada probabilidad de tener sueño.
 - Alta probabilidad de tener sueño.
-

2. Viendo la televisión

- Nunca tengo sueño o bien la probabilidad de tener sueño es baja.
 - Ligera probabilidad de tener sueño.
 - Moderada probabilidad de tener sueño.
 - Alta probabilidad de tener sueño.
-

3. Sentado, inactivo, en un lugar público (Ej.: cine, teatro, conferencia, etc.)

- Nunca tengo sueño o bien la probabilidad de tener sueño es baja.
 - Ligera probabilidad de tener sueño.
 - Moderada probabilidad de tener sueño.
 - Alta probabilidad de tener sueño.
-

4. Como pasajero de un coche en un viaje de una hora sin paradas

- Nunca tengo sueño o bien la probabilidad de tener sueño es baja.
 - Ligera probabilidad de tener sueño
 - Moderada probabilidad de tener sueño.
 - Alta probabilidad de tener sueño.
-

5. Estirado para descansar 1 mediodía cuando las circunstancias lo permiten

- Nunca tengo sueño o bien la probabilidad de tener sueño es baja.
 - Ligera probabilidad de tener sueño
 - Moderada probabilidad de tener sueño.
 - Alta probabilidad de tener sueño.
-

6. Sentado y hablando con una persona

- Nunca tengo sueño o bien la probabilidad de tener sueño es baja.
 - Ligera probabilidad de tener sueño.
 - Moderada probabilidad de tener sueño.
 - Alta probabilidad de tener sueño.
-

7. Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol

- Nunca tengo sueño o bien la probabilidad de tener sueño es baja.
 - Ligera probabilidad de tener sueño.
 - Moderada probabilidad de tener sueño.
 - Alta probabilidad de tener sueño.
-

8. En un coche, estando parado por el tráfico unos minutos (Ej.: semáforo, retención, etc.)

- Nunca tengo sueño o bien la probabilidad de tener sueño es baja.
 - Ligera probabilidad de tener sueño.
 - Moderada probabilidad de tener sueño.
 - Alta probabilidad de tener sueño.
-

Se considera: **1-6 puntos:** sueño normal; **7-8 puntos:** somnolencia media; **9-24 puntos:** somnolencia anómala (posiblemente patológica).

El diagnóstico de la AOS se lleva a cabo mediante la realización de un estudio de sueño. La polisomnografía (PSG: variables neurofisiológicas y cardiorrespiratorias) es la prueba diagnóstica de elección en los pacientes con sospecha de AOS.

TRATAMIENTO:

Todos los pacientes:

- Medidas higiénico dietéticas del sueño:

Horario regular de sueño, ambiente relajado, control de temperatura y ruidos, evitar dispositivos electrónicos o televisión, teléfono móvil, evitar tumbarse en la cama sin necesidad o en horas previas, el ejercicio físico intenso, comidas copiosas o actividades de alta concentración.

Se deben evitar tóxicos e irritantes, en especial alcohol, tabaco y reflujo gastroesofágico.

Evitar el uso de hipnóticos.

- Corrección de enfermedades asociadas: RGE, obesidad, hipotiroidismo.
- Si IAH <15 y/o Rechazo de la CPAP: Terapia posicional (consiste en evitar dormir en decúbito supino mediante almohadas o elevando el cabecero de la cama), Dispositivos de avance mandibular, cirugía ORL/maxilofacial.
- Si IAH \geq 15 junto a ESD, hipertensión arterial refractaria y/o alteración de la calidad de vida: Valorar CPAP.

Para que esta sea efectiva necesita usarse un mínimo de 4 horas/noche durante el 70% de las noches.

Los efectos secundarios más frecuentes son congestión nasal, sequedad faríngea, irritación cutánea, ruido, conjuntivitis o insomnio.

Tras la adaptación a la CPAP debe titularse para ajustar la presión óptima para el paciente.

Hay que hacer seguimiento en el 1, 3, 6 mes y al año. Para evaluar efectos secundarios, eficacia clínica y cumplimiento. A partir del año control por nosotros y cada 5 años por neumología (si reaparecen síntomas, mala tolerancia, cambio de peso de más del 10%, efectos adversos).

CONCLUSIÓN:

El manejo de la AOS debe ser conjunto entre los médicos de familia y los neumólogos. Desde nuestra consulta se debe favorecer la sospecha clínica para identificar de forma activa a los pacientes, priorizar a aquellos que presenten comorbilidades o profesiones de riesgo y seguir la evolución de aquellos pacientes en tratamiento, manteniendo una comunicación fluida con los neumólogos.

BIBLIOGRAFÍA:

Menárguez Puche JF, Castillo Sánchez M. Apnea del sueño. AMF 2022;18(10);609-610; ISSN (Papel): 1699-9029 | ISSN (Internet): 1885-2521

Cancelo Díaz L, Cabriada Nuño V, Urrutia Gajate A, et al. Apnea obstructiva del sueño. Fistera 2023.