

documento de consenso

Consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño

Coordinador: J. Durán-Cantolla

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

Comité de redacción: F. J. Puertas-Cuesta, G. Pin-Arboledas y J. Santa María-Cano

Sociedades, entidades y profesionales que han participado en la elaboración del Documento de Consenso: Grupo Español de Sueño (GES)*

*Grupo Español de Sueño (GES) formado por orden alfabético:

Asociación Española de Pediatría (AEP): Gonzalo Pin-Arboledas

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP): J. E. Blanco-González y R. Ugarte-Libano

Asociación de Estudios de Prevención y Salud Laboral (AEPSAL): J. M. Molina

Asociación Ibérica de Patología del Sueño (AIPS): P. Cuartero-Ríos y F. J. Puertas

Dirección General de Tráfico (DGT): E. Valdés

Organización Médica Colegial (OMC): F. Toquero de la Torre

Sociedad Española de Cardiología (SEC): J. Martínez-Ferrer

Sociedad Española de Medicina General (SEMG): J. A. Trigueros

Sociedad Española de Medicina de Tráfico (SEMT): E. Valdés-Rodríguez

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC): J. Molina-París y A. López-Santiago

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN): J. A. Quintano-Jiménez

Sociedad Española de Neurofisiología Clínica (SENFC): I. Picornell-Darder y G. de Blas-Beorlegui

Sociedad Española de Neurología (SEN): J. Santa María

Sociedad Española de Ortodoncia (SEO): J. Cobo Plana y F. de Carlos Villafranca

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR): J. Durán-Cantolla y N. González-Mangado

Sociedad Española de Otorrinolaringología (SEORL): E. Esteller y E. Perello

Sociedad Española de Prótesis Estomatológica (SEPES): C. Alustiza

Y con la colaboración de:

Un epidemiólogo clínico: F. Aizpuru Barandiarán. Un especialista en bioética: F. Carballo. Un magistrado: P. Martorell. Un paciente: J. Polo Fernández de Arroyabe. La Organización de Consumidores y Usuarios (OCU): J.M. González. Un representante de proveedores de Servicios: M. Franco-Gay. Un representante de los fabricantes de equipos: A. Orteu.

INTRODUCCIÓN

El presente documento es el esfuerzo coordinado realizado por quince asociaciones y agrupaciones científicas, así como las aportaciones provenientes de epidemiólogos, especialistas en bioética, magistrados, representantes de la industria y fabricantes, así como la organización de consumidores y usuarios y una representación de los pacientes afectados de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS). Por lo tanto, el trabajo mostrado aquí representa el consenso y el acuerdo de muchos interlocutores y constituye un esfuerzo sin precedentes en nuestra historia reciente. Nuestro objetivo ha sido revisar las evidencias científicas de la enfermedad, desde todos los ámbitos, con la finalidad de aportar respuestas y soluciones que favorezcan la identificación de la sospecha clínica del SAHS por la sociedad en su conjunto y los médicos de asistencia primaria, así como facilitar sistemas diagnósticos eficaces a los especialistas y promover los mejores tratamientos y su control.

DEFINICIÓN, CONCEPTO Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

El SAHS se caracteriza por la presencia de episodios repetidos de obstrucción completa (apneas) o parcial (hipopneas) de la vía aérea superior debido a que las partes blandas de la garganta se colapsan y ocluyen durante el sueño. Los pacientes con SAHS suelen dejar de respirar por espacio de diez segundos hasta más de un minuto, con frecuencia hasta cientos de veces en una noche. Estas obstrucciones provocan una reducción importante de la cantidad de oxígeno disponible en la sangre y múltiples despertares no conscientes, que dan lugar a un sueño no reparador que es el causante de la excesiva somnolencia durante el día y el cansancio que padecen estos enfermos.

Aunque la presencia de un cierto número de apneas e hipopneas durante el sueño puede verse hasta en la cuarta parte de la población, nos referimos al SAHS cuando su número es elevado y causa problemas de salud. El SAHS es una enfermedad muy frecuente que afecta al 4-6% de los hombres y al 2-4% de las mujeres en las edades medias de la vida y su frecuencia aumenta con la edad. De igual forma, el SAHS también ocurre entre el 1-3% de los niños. Se ha demostrado que el SAHS reduce la calidad de vida, puede causar hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, aumentando el riesgo de muerte y favoreciendo la aparición de accidentes de tráfico, laborales y domésticos. En la población infantil se ha

Correspondencia: J.A. Quintano Jiménez.
Pza. de España, 10, 2.º A. 14900 Lucena. Córdoba. España.

Recibido el 29-07-06; aceptado para su publicación el 29-07-06.

relacionado con dificultades de aprendizaje y trastornos de conducta. Por todo ello el SAHS se considera un problema de salud pública de primera magnitud que obliga al médico a identificar a los pacientes subsidiarios de tratamiento. Sin embargo, y a pesar de disponer de tratamientos muy eficaces, tan sólo se ha diagnosticado y tratado entre el 5-9% de los 1.200.000 a 2.150.000 de sujetos afectados de un SAHS que se calcula existen en España.

PAPEL DE LA MEDICINA PRIMARIA

El papel de los profesionales de Atención Primaria, de la medicina del trabajo y los centros de reconocimiento de conductores es clave en la identificación de los sujetos con sospecha clínica de SAHS. Ellos suelen ser los que primero ven a los pacientes y deciden si derivarlos o no al especialista. Por lo tanto, su colaboración en este aspecto es fundamental.

Los síntomas guía para sospechar un SAHS son: a) ronquidos entrecortados; b) episodios de ahogo y paradas respiratorias durante el sueño observadas por quienes conviven con el paciente, y c) somnolencia excesiva durante el día. El paciente típico suele ser un varón de unos 45-55 años, obeso, que hace años que le han dicho que “ronca y que para de respirar durante el sueño” y durante el día se queja de somnolencia. El paciente suele referirse a su sueño como no reparador: “me levanto más cansado que cuando me acosté”, “en cuanto me siento me duermo”. Dado que la somnolencia es un síntoma muy común, que puede ocurrir debido a otros problemas aparte del SAHS, es importante descartar otras causas que la puedan producir, siendo la más frecuente el no dormir las horas necesarias.

El SAHS es 2-3 veces más frecuente en hombres que en mujeres (a partir de la menopausia el riesgo tiende a igualarse) y en personas obesas, aunque también se puede presentar en sujetos delgados.

Todo paciente roncador con pausas respiratorias o con somnolencia durante el día debe ser remitido a una unidad de sueño y/o especialista para su evaluación, especialmente cuando la somnolencia dificulta la actividad laboral o social, o si hay enfermedades asociadas. En función de la gravedad los pacientes deberán ser atendidos con la prioridad que sea necesaria (normal, preferente o urgente). La presencia de ronquidos, hipertensión arterial u obesidad de forma aislada no es suficiente para remitir al paciente a una unidad de sueño; sin embargo, obligan a evaluarlo con más atención y a considerar un posible SAHS. Lo mismo ocurre en pacientes con arritmias nocturnas, enfermedad cardiovascular o cerebrovascular.

SAHS Y ACCIDENTALIDAD

Los pacientes con SAHS tienen entre 7 y 10 veces más riesgo de sufrir un accidente de tráfico que la población general y están más expuestos a sufrir accidentes laborales y domésticos.

El anexo IV del R. D. 772/1997 establece que los conductores que padeczan síndrome de apnea obstructiva del

sueño, trastornos relacionados con el mismo, u otras causas de somnolencia diurna y que deseen obtener o renovar el permiso de conducir deberán aportar, al Centro de Reconocimiento de Conductores, un informe favorable de una unidad de sueño en el que conste que están siendo sometidos a tratamiento y control de la sintomatología diurna. Dichos permisos tienen un período máximo de vigencia inferior al ordinario (dos años para los conductores no profesionales y de un año para los profesionales).

Es obligación de todos, médicos, autoridades y pacientes, favorecer el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, en especial en los pacientes en situaciones de riesgo, de tal forma que se eviten accidentes a ellos mismos o a terceros.

DIAGNÓSTICO

El SAHS se diagnóstica y se trata en las unidades de sueño donde se realizarán una historia clínica dirigida a los trastornos del sueño y exploración de la vía aérea superior. Deberá hacerse un diagnóstico diferencial adecuado, ya que hay más de ochenta trastornos del sueño, muchos de los cuales cursan con somnolencia diurna.

La prueba de referencia para establecer el diagnóstico del SAHS es la polisomnografía nocturna (PSG). Se trata del registro de una serie de variables neurofisiológicas, respiratorias y cardíacas que nos permiten conocer la cantidad y la calidad del sueño, así como la repercusión de las apneas e hipopneas en el sueño. La realización de estudios simplificados que evalúan las variables respiratorias y cardíacas se denomina poligrafía respiratoria (PR) y constituye una alternativa a la PSG en muchos pacientes. Ambas pruebas son complementarias y pueden realizarse tanto en el hospital como en el domicilio de los pacientes.

La presencia de un número anormal de apneas/hipopneas durante el sueño asociado a síntomas relacionados con la enfermedad, establece el diagnóstico de SAHS y permite cuantificar su gravedad.

TRATAMIENTO DEL SAHS

El primer tratamiento debe ser reducir los factores de riesgo más frecuentes, como la obesidad, y los agravantes, como el alcohol, los fármacos sedantes, la privación de sueño y el tabaco, así como evitar dormir boca arriba.

La presión continua positiva por vía nasal (CPAP), aplicada durante el sueño, es el tratamiento más importante del SAHS. Consiste en una mascarilla nasal unida a una turbina que emite aire a una presión determinada que impide las obstrucciones de la vía aérea superior. El tratamiento se ha demostrado como el más eficaz en suprimir las apneas y las hipopneas, elimina los síntomas de la enfermedad, normaliza la calidad del sueño y evita las potenciales complicaciones. El tratamiento con CPAP suele ser bien tolerado y aceptado y la presión debe ser ajustada para cada paciente. La CPAP está indicada fundamentalmente en los pacientes con SAHS moderado-grave. El

ajuste del nivel de CPAP debe ser individualizado en cada paciente mediante una PSG o mediante un sistema de auto-CPAP validado.

Los dispositivos de avance mandibular (DAM) aumentan el espacio en la vía aérea superior y constituyen una alternativa en el tratamiento del SAHS, generalmente para los casos no graves y también en pacientes que no toleran o rechazan la CPAP. Los mejores resultados se obtienen con DAM que permiten una progresión paulatina del avance. Se considera imprescindible que los DAM sean indicados, proyectados, prescritos y adaptados clínicamente por dentistas con suficiente formación específica y en coordinación con las unidades de sueño.

La cirugía del área de Otorrinolaringología (ORL) y/o maxilofacial está indicada en casos seleccionados de SAHS y en algunos pacientes que no toleran la CPAP. La indicación de la cirugía deberá ser individualizada por la unidad de sueño y/o especialista.

Otras medidas que se comercializan para el tratamiento del ronquido y del SAHS (dilatadores nasales, gotas nasales, etc.) no han demostrado ser eficaces.

SAHS Y RIESGO ANESTÉSICO

Los pacientes con SAHS presentan un mayor riesgo anestésico, por lo que deberán ponerlo en conocimiento del anestesista. Los pacientes usarán la CPAP, de acuerdo con el especialista, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio.

Los pacientes con sospecha clínica de SAHS no diagnosticados deberían ser remitidos al especialista para su evaluación antes de la intervención. Si esto no fuera posible, este documento de consenso recomienda que un paciente con sospecha clínica de SAHS debe manejarse como si fuera un SAHS a todos los niveles.

SAHS PEDIÁTRICO

El SAHS ocurre también en la edad pediátrica y tiene algunas características específicas. Los tres síntomas con mayor poder de predicción de la presencia de SAHS son el ronquido, la dificultad para respirar durante el sueño y las pausas respiratorias (o esfuerzo respiratorio) durante el sueño observadas por los padres, no pudiéndose distinguir el ronquido primario de la apnea del sueño sólo mediante la historia clínica. Durante el día, el SAHS puede llegar a occasionar cambios en la conducta (hiperactividad, falta de atención), problemas en el aprendizaje y en ocasiones se asocia también a escasa ganancia de peso y talla. Otros síntomas que pueden ocurrir durante el sueño son enuresis, posturas raras y sudoración profusa.

El SAHS afecta por igual a ambos sexos. Las edades más frecuentes de presentación son la preescolar y escolar, pero puede manifestarse ya en los primeros meses de vida.

La causa en la mayoría de los casos es el aumento de tamaño de amígdalas y/o vegetaciones. Sin embargo, el riesgo de obstrucción de la vía aérea superior no depende del

tamaño de adenoides y amígdalas *per se*, sino de su relación con el tamaño de la vía aérea. El SAHS puede estar asociado también a obesidad, alteraciones anatómicas, neurológicas, metabólicas o musculares.

La PSG nocturna es el método de referencia para detectar y graduar la gravedad del síndrome de apnea nocturna en los niños. En casos no complicados la pulxiosimetría nocturna y/o la poligrafía respiratoria junto con videogramaciones en el hogar pueden tener una alta correlación con los hallazgos de la PSG.

La extirpación de amígdalas y vegetaciones es habitualmente el tratamiento de elección en los niños con SAHS demostrado. Existe un mayor riesgo postoperatorio en SAHS grave, en niños con enfermedades asociadas o en los menores de 3 años. En los casos en que la intervención no ha sido resolutiva o no está indicada, la CPAP suele ser una medida terapéutica eficaz.

Finalmente, la ortodoncia-ortopedia precoz podría contribuir a la prevención del SAHS.

LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SAHS EN ESPAÑA

Aunque en España se ha hecho un notable esfuerzo y se ha triplicado el número de unidades de sueño en los últimos años, su número resulta todavía claramente insuficiente. Además, muchas no están adecuadamente dotadas para atender esta demanda creciente, originándose inaceptables listas de espera, que a veces llegan a uno o más años. Por ello, estamos muy lejos de haber alcanzado una situación óptima.

Se estima que con la PR se pueden manejar alrededor del 50-75% de los pacientes con sospecha clínica de SAHS por lo que serían necesarios para abordar el problema del SAHS en torno a 1 PSG por cada 3 PR. Este documento de consenso considera que las unidades que sólo disponen de PR deben trabajar en coordinación con las unidades de referencia (PSG).

En 2003 en España había instalados 109.000 equipos de CPAP. Estas cifras suponen 269 CPAP por 100.000 habitantes. Teniendo en cuenta que hay entre uno y dos millones de personas afectadas de un SAHS, es evidente que sólo hemos tratado la "punta del iceberg" y apenas hemos llegado al 5-10% de los pacientes.

Actualmente el tratamiento con CPAP está tipificado como una terapia respiratoria suministrada por el Sistema Nacional de Salud a través de empresas concertadas mediante concurso. Este documento de consenso considera que esta modalidad de prestación debería ser revisada debido a que el médico prescriptor del tratamiento no puede elegir el sistema óptimo para cada paciente (aparatos, mascarillas, etc.). Además, el sistema de financiación por alquiler no es coste-efectivo. Deberían estudiarse otras modalidades que garanticen al paciente la prestación más adecuada.

Este documento de consenso considera que la prescripción de CPAP debe realizarse en una unidad de sueño, por los médicos que la integran o por especialistas que trabajen en coordinación con ella, con objeto de asegurar un

diagnóstico correcto y una precisa indicación del tratamiento.

Dado que disponemos de suficiente evidencia científica, el tratamiento con los DAM debería estar incluido en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, la administración está preocupada por el gasto que supone el tratamiento del SAHS. Sin embargo, se ha demostrado que los pacientes con SAHS no tratado consumen el doble de recursos sanitarios que los sujetos que han recibido un tratamiento adecuado porque se evitan además gastos indirectos en términos de absentismo, calidad de vida y accidentes de tráfico, laborales y domésticos, así como el potencial daño cardiovascular y cerebrovascular.

CONCLUSIONES

1. El SAHS es un problema de salud pública que en España afecta a unos dos millones de personas, produce deterioro de la calidad de vida y está relacionado con enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y accidentes.

2. El SAHS puede ser tratado de manera eficaz en la mayoría de los pacientes.

3. La situación actual del SAHS, no es adecuada debido a que: a) la mayoría de los pacientes están sin diagnosticar;

b) las unidades de sueño son insuficientes y muchas de ellas no están bien dotadas, y c) las listas de espera son excesivas.

4. Todos los profesionales sanitarios, y en especial la Atención Primaria, medicina del trabajo y centros de reconocimiento de conductores tienen un papel determinante en la identificación de los pacientes con sospecha clínica (ronquidos, pausas respiratorias y somnolencia).

5. Es imprescindible favorecer el conocimiento de esta entidad entre el personal sanitario y la población general.

6. Las unidades de sueño y/o los especialistas deberían disponer de los recursos adecuados para diagnosticar y tratar el SAHS.

7. Es obligación de las autoridades sanitarias implicarse más activamente por este problema de salud y facilitar los equipamientos y el personal necesario para poder abordarlo con la prontitud adecuada.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento a la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), impulsora inicial y patrocinadora de este documento, así como al Ministerio de Sanidad y Consumo por su colaboración al ceder-nos los locales para su realización.