

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Detección, Diagnóstico y Tratamiento del **SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO** en el Adulto en los Tres Niveles de Atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SS-572-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



CLASIFICACIÓN DEL PADECIMIENTO

GPC: DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL
SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO
EN EL ADULTO EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

CIE 10 G 47.3 APNEA DEL SUEÑO
CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO 327.23
CIE-9 POLISOMNOGRAFÍA 89.17, PRESIÓN POSITIVA CPAP 93.90, UVULOPALATOFARINGOPLASTIA 27.69,
TONSILECTOMÍA 28.2, GLOSECTOMÍA PARCIAL 25.2

DEFINICIÓN

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) se caracteriza por episodios repetidos de oclusión completa (apnea) o parcial (hipopnea) de la vía aérea superior durante el dormir. Comúnmente se acompañan de una reducción en la saturación de oxígeno o un breve alertamiento (*arousals*) electroencefalográfico. Los episodios de obstrucción de la vía aérea superior inducen síntomas diurnos, como la somnolencia excesiva diurna y deterioro cognitivo, aunado con alteraciones respiratorias, cardíacas, metabólicas e inflamatorias.

Nombres alternativos: apnea del sueño, síndrome de apnea del sueño, apnea obstructiva, apnea del sueño mixta, trastorno respiratorio del dormir, síndrome de hipopnea del sueño, obstrucción respiratoria de la vía aérea superior. El SAOS no debe ser confundido con el síndrome de Pickwick, debido a que se trata de un padecimiento diferente; el término correcto es síndrome de hipoventilación obesidad, en el cual un grupo de pacientes muestra apneas del sueño (*American Academy of Sleep Medicine, 2005*).

CONTEXTO

La Organización Mundial de la Salud, a través de la Alianza Contra las Enfermedades Respiratorias (GARD), reconoce que el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es una de las enfermedades respiratorias crónicas más comunes en los adultos, afectando a alrededor de cien millones de personas en el mundo. Representa un problema de salud pública, ya que se estima que lo padecen 24% de los hombres y 9% de las mujeres. Cuando el SAOS se asocia a somnolencia diurna excesiva, la prevalencia poblacional es de 3.2% en la Ciudad de México (4.4% en hombres y 2.4% en mujeres), datos que son similares a los reportados por países desarrollados. Además, ocasionan un enorme gasto a los sistemas de salud, pues cuando no se diagnostican consumen el doble de recursos, en comparación con los sujetos que reciben tratamiento.

En la actualidad, en nuestro país, se cuenta con medidas preventivas útiles, diferentes métodos diagnósticos confiables y relativamente accesibles, así como diversos tratamientos efectivos para disminuir significativamente la morbilidad y mortalidad secundaria a esta enfermedad. A pesar de los datos expuestos, se calcula que 90% de los enfermos no está diagnosticado, por lo que esta guía de práctica clínica sentará los lineamientos nacionales respecto al manejo de estos pacientes.

HISTORIA NATURAL DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN EL ADULTO

PROMOCIÓN

El SAOS del adulto puede ser identificado en el primer nivel de atención, diagnosticado con estudio de sueño, tratado y seguido en el segundo y tercer nivel de atención. Los casos de difíciles deberán enviarse al tercer nivel de atención.

PREVENCIÓN

Las medidas generales de tratamiento, principalmente el control del sobrepeso y obesidad tienen un efecto favorable sobre la enfermedad. Otras medidas de prevención, como el abandono del tabaquismo, no consumir bebidas alcohólicas por la noche, evitar los medicamentos hipnóticos o sedantes y los horarios regulares y hacer ejercicio aeróbico de manera regular disminuyen el riesgo de la aparición y progresión de la enfermedad.

La detección y tratamiento de los pacientes con alto riesgo de accidentes vehiculares reduce drásticamente los costos directos e indirectos, que incluyen los años perdidos en la vida productiva de las personas fallecidas y en sus familias.

DIAGNÓSTICO

Las características clínicas que orientan al diagnóstico clínico son los síntomas diurnos y nocturnos que produce; no todos los pacientes los muestran por completo. Los predictores clínicos y factores de riesgo más importantes son: el ronquido habitual, las apneas observadas, la somnolencia excesiva diurna (SED), y en el examen físico, la circunferencia del cuello, el sobrepeso y obesidad, la relación de la lengua con el paladar (clase de Mallampati) y las malformaciones craneofaciales.

1. Síntomas nocturnos y diurnos característicos del SAOS

SÍNTOMAS NOCTURNOS	SÍNTOMAS DIURNOS
Ronquido habitual	Cefalea matutina
Latencia disminuida para dormir	Lento despertar
Apneas observadas	Cansancio
Ahogos	Somnolencia excesiva diurna
Nicturia	Irritabilidad emocional
Insomnio o mala calidad de sueño	Ansiedad o depresión
Diaforesis o hiperhidrosis	Deterioro de la memoria de trabajo
Reflujo gastroesofágico	Baja concentración
	Disminución de la libido

2. Factores de riesgo

MODIFICABLES	NO MODIFICABLES
Obesidad	Edad
Circunferencia del cuello	Género
Alcohol	Raza
Tabaquismo	Herencia
Hipnóticos	Alteraciones craneofaciales
Posición supina al dormir	Hipotiroidismo
	Acromegalia
	Diabetes mellitus tipo 2

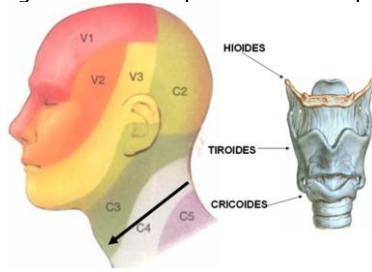
DIAGNÓSTICO

Una forma clínica de utilidad que nos permite obtener la probabilidad (baja, intermedia y alta) de tener la enfermedad es el uso de la escala de la circunferencia del cuello ajustada, que nos ayuda a seguir las recomendaciones para estudiar y seguir a los pacientes.

3. Escala para establecer el riesgo clínico de SAOS

(Circunferencia de cuello ajustada)

Mida la circunferencia del cuello con una cinta métrica y anote la dimensión en centímetros. Considere hacer la medición siguiendo la línea que muestra el esquema a nivel del cartílago cricoides.



Sume lo siguiente:

1. Si el paciente tiene ronquido habitual sume 3 centímetros
2. Si al paciente le han observado apneas o pausas respiratorias al dormir agregue 3 centímetros
3. Si el paciente tiene hipertensión arterial sistémica diagnosticada o recientemente medida agregue 4 centímetros

Establezca la probabilidad de SAOS

1. <43 cm Baja probabilidad
2. ≥43 cm hasta <48 cm Moderada probabilidad
3. ≥48 cm Alta probabilidad

DIAGNÓSTICO

El estudio de polisomnografía (PSG) es el estándar de referencia para el diagnóstico y estratificación de la gravedad, que nos permitirá la prescripción del tratamiento y el pronóstico. Los estudios simplificados (monitores simplificados o poligrafía respiratoria) son aceptados como un estándar en los pacientes con moderada y alta probabilidad.

4. Diagnóstico y gravedad del SAOS por polisomnografía

GRADOS	CATEGORÍAS
I	Sin SAOS = IAH <5
II	SAOS leve = IAH ≥5 hasta 14
III	SAOS moderado = IAH ≥15 hasta <30
IV	SAOS grave = IAH ≥30

TRATAMIENTO

El tratamiento dependerá de la gravedad del SAOS. En todos los casos se deberán implementar las **medidas generales** (higiene para dormir, modificaciones en el estilo de vida, ejercicio aeróbico, seguir la NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad; evitar el uso de sedantes para dormir y el reflujo gastroesofágico).

Tratamiento con CPAP: pacientes con $IAH \geq 15$, todos aquellos con $IAH \geq 30$, aun en ausencia de síntomas. En principio la duración del tratamiento será por tiempo indefinido. El equipo debe usarse todos los días durante todo el tiempo que dure el dormir. Se puede aceptar que el mínimo de cumplimiento de uso sea de >4 horas al menos cinco noches por semana. Los predictores de mal cumplimiento son la obstrucción nasal importante, la ansiedad o claustrofobia, la incompreensión de la enfermedad y la percepción de no estar enfermo.

Tratamiento con cirugía: las cirugías de la vía aérea superior son diversas, para lo cual deberán estar sustentadas y realizadas por el especialista otorrinolaringólogo en un ambiente hospitalario. Los pacientes con obstrucción fija y SAOS de leve a moderado, sin comorbilidades, y bajo riesgo operatorio, son buenos candidatos.

Tratamiento con dispositivos de avance mandibular: se recomienda su uso en pacientes con SAOS de leve a moderado sin comorbilidades. Los predictores de buen resultado son: jóvenes, con buena dentición y sin obesidad. El cumplimiento al tratamiento a 2 años es limitado.

Respecto al seguimiento, el personal de salud capacitado deberá seguir directamente a los pacientes, es deseable contar con una clínica de seguimiento al tratamiento con CPAP, con el objetivo de resolver problemas inherentes al uso del CPAP y capacitación.

PRONÓSTICO

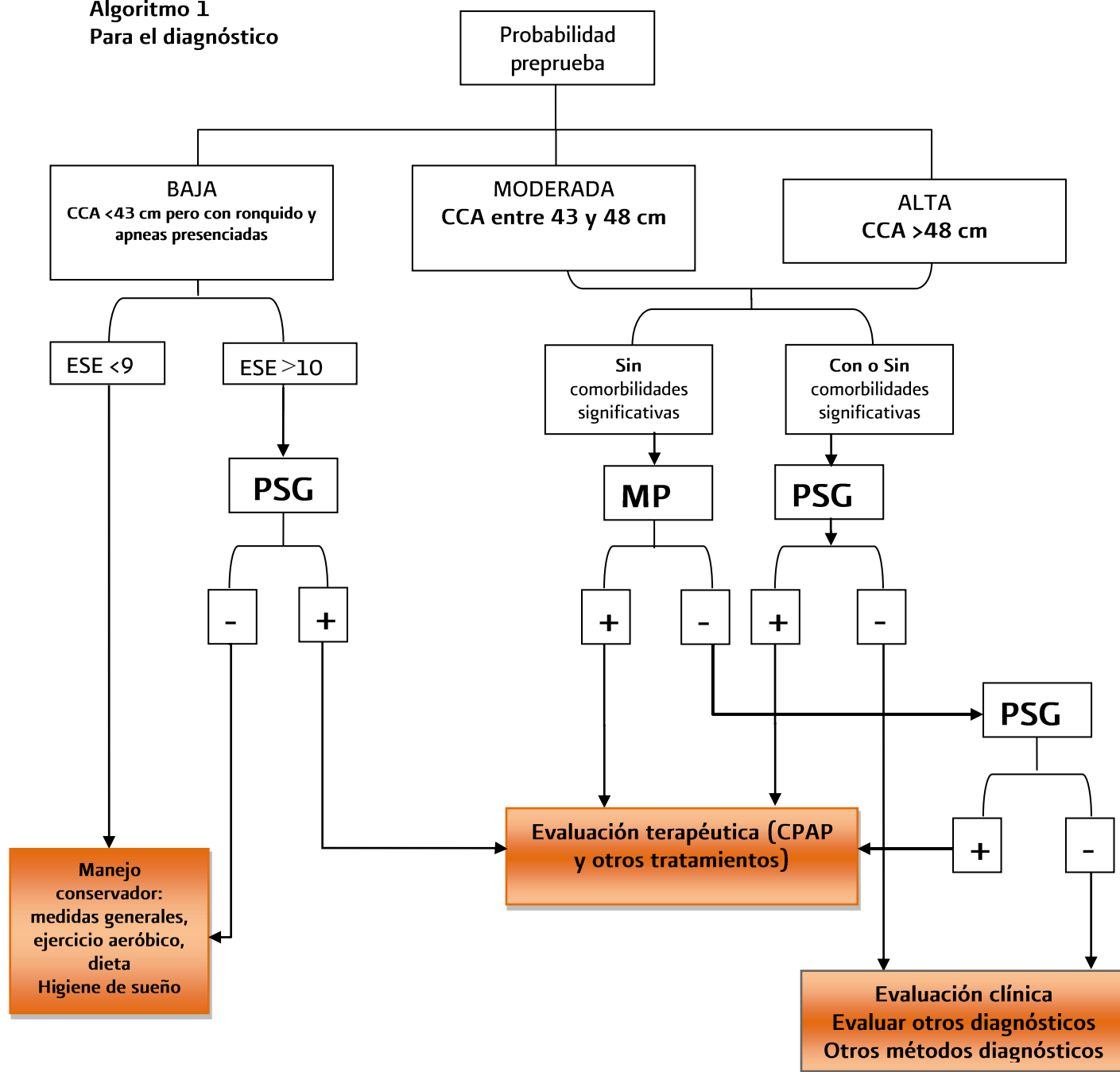
En ausencia de tratamiento no se espera la remisión espontánea; la edad y la ganancia de peso incrementarán la enfermedad. No obstante, especialmente el tratamiento con CPAP disminuirá las muertes prematuras al reducir el riesgo cardiovascular y de los accidentes; también mejorará la calidad del dormir y de vida, entre otros múltiples beneficios.

DESENLACE

Como en todas las enfermedades crónicas la obtención de los beneficios en la salud de los pacientes dependerá del seguimiento a largo plazo, el cual corresponderá directamente al personal de salud.

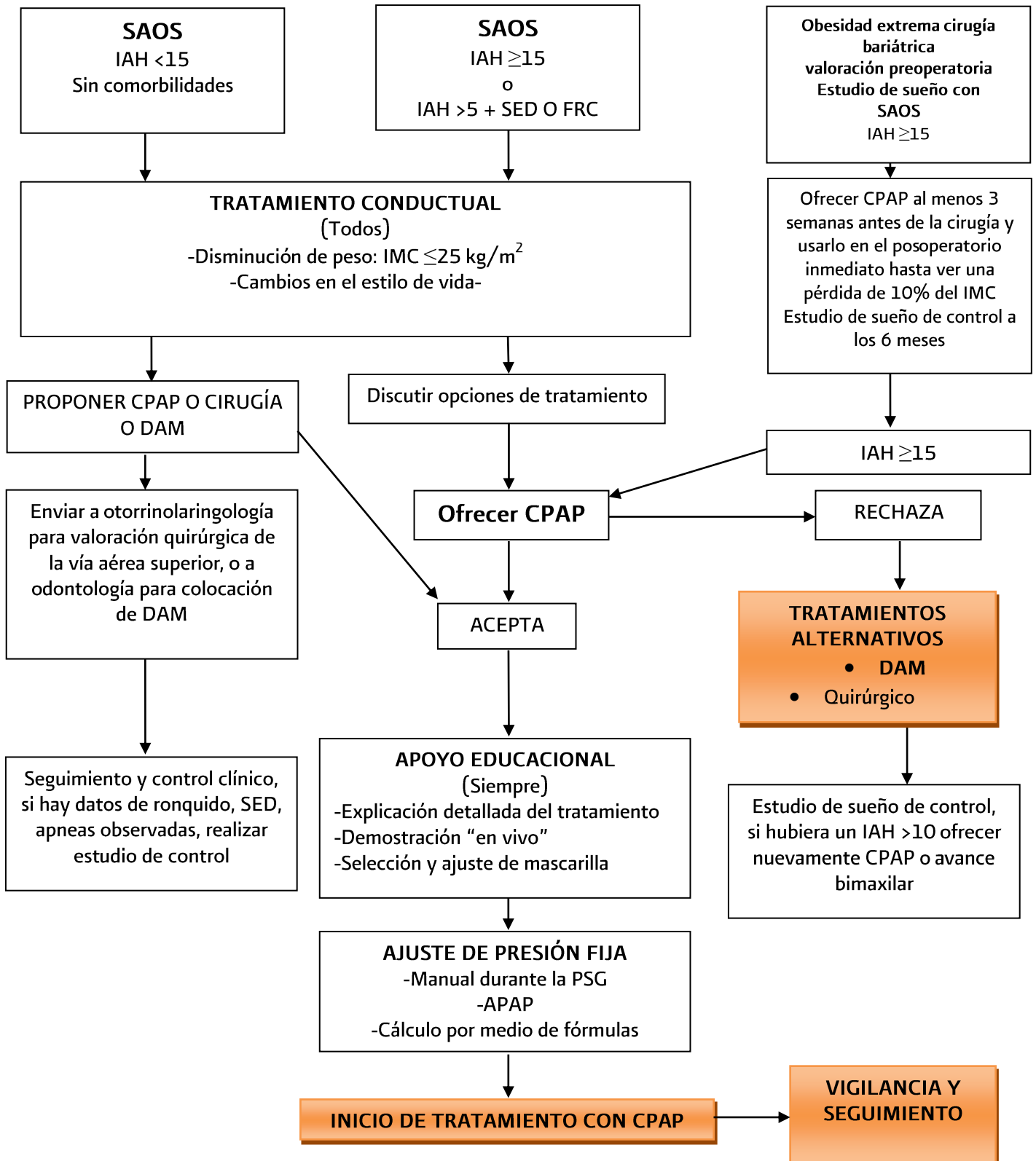
DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1
Para el diagnóstico

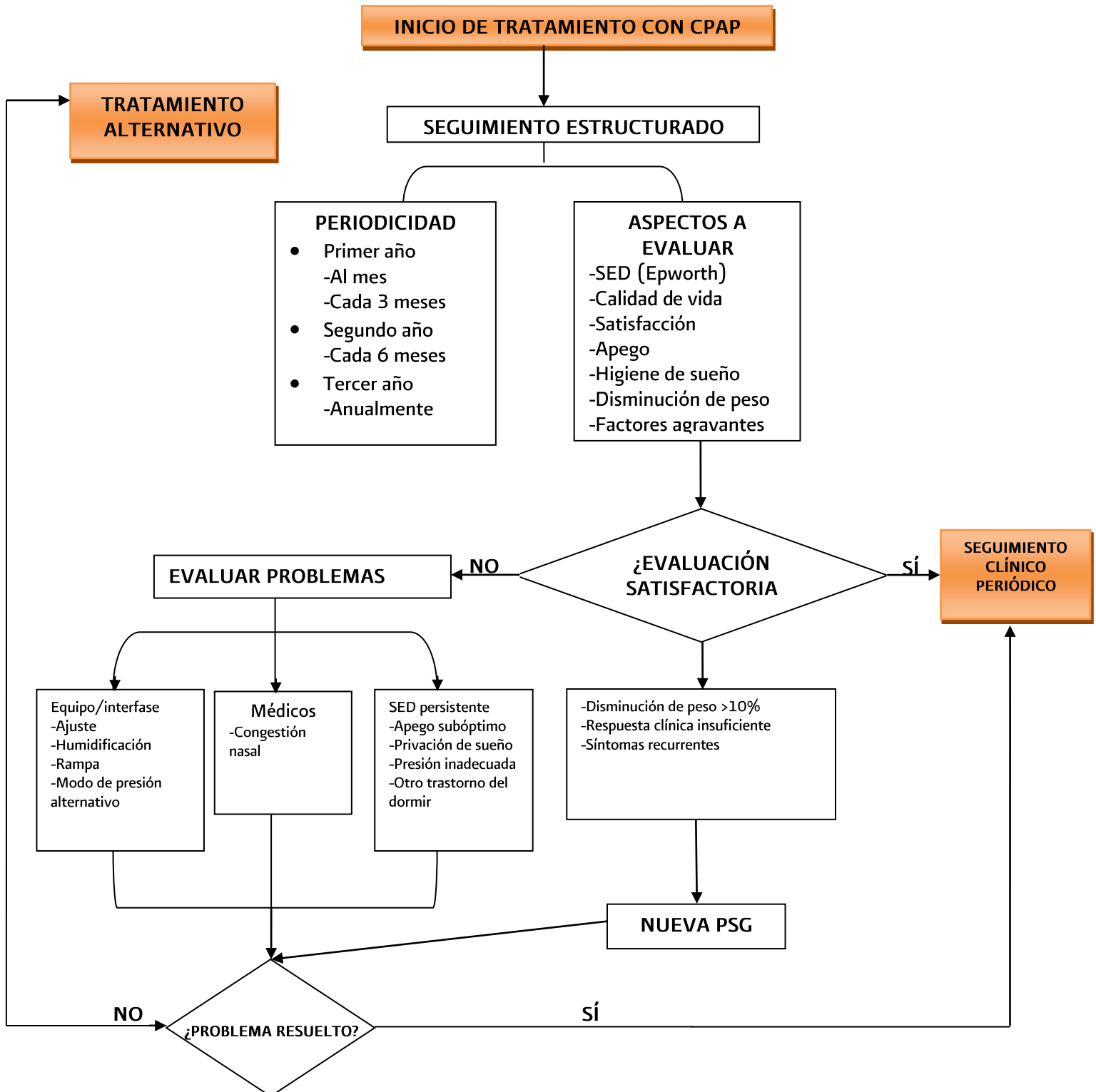


Resumen de las recomendaciones para el uso de métodos alternativos en el diagnóstico del SAOS
CCA: circunferencia de cuello ajustada, ESE: Escala de somnolencia de Epworth, MP: Monitor portátil, PSG: Polisomnografía

Algoritmo 2
Tratamiento



Algoritmo 3
Tratamiento con CPAP



Algoritmo 4
Referencia y contrarreferencia

