

Definición y concepto, fisiopatología, clínica y exploración del SAHS

Definición y concepto

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) consiste en la aparición de episodios recurrentes de limitación del paso del aire durante el sueño como consecuencia de una alteración anatómico-funcional de la Vía aérea superior (VAS) que conduce a su colapso, provocando descensos de la saturación de oxihemoglobina (SaO_2) y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva, trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos¹. Las principales definiciones del SAHS se presentan en la tabla I.

El SAHS se ha llamado síndrome de hipersomnìa y respiración periódica (SHRP), maldición de Ondina, y síndrome de Pickwick asociándolo a la obesidad. Actualmente se denomina OSAS (*obstructive sleep apnea syndrome*) en la bibliografía anglosajona o SAOS (síndrome de apneas obstrutivas del sueño) o, simplemente SAS (síndrome de apnea del sueño), que incluye todas las otras enfermedades. No obstante, *este documento de consenso recomienda usar el concepto de síndrome de apneas-hipopneas del sueño y sus siglas “SAHS”* debido

do a que: incluye una referencia específica a las hipopneas, las cuales se consideran de importancia creciente, tanto en adultos como en niños; evita el término “obstructiva”, lo que permite incluir no sólo éstas, sino también las mixtas y las centrales (muchas de las cuales son realmente obstrutivas en origen y por eso desaparecen con presión positiva continua por vía nasal [CPAP]) y, finalmente, estas siglas definen tanto la traducción española de “síndrome de apneas-hipopneas del sueño” como a la anglosajona de “*sleep apnea-hipopnea y síndrome*”, lo que facilita su uso.

Guilleminault et al² introdujeron en 1976 el término de síndrome de apnea del sueño para definir a los sujetos con apneas obstrutivas y excesiva somnolencia durante el día. Una apnea se definió como el cese completo de la señal respiratoria de al menos 10 s de duración. Hay que decir que el criterio de los 10 s fue adoptado por consenso y basado en un grupo de sujetos normales. Sin embargo, tiene algunas limitaciones: no contempla la presencia o ausencia de desaturaciones asociadas y/o arousal electroencefalográficos (microdespertares), por lo que no evalúa el “daño” en términos de intercambio

TABLA I
Definiciones más comúnmente aceptadas del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño

Origen	Definición	Limitaciones
American Sleep Disorders Association 1990	Apneas e hipopneas recurrentes que se asocian con deterioro clínico manifestado por un aumento de la somnolencia o alteración de la función respiratoria y cardíaca	No especifica cuántas apneas o hipopneas son necesarias para causar SAHS
Sociedad Española de Patología Respiratoria ^a	Cuadro de somnolencia, trastornos neuropsiquiátricos y respiratorios y cardíacos secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía respiratoria superior que provocan repetidas desaturaciones de la oxihemoglobina y despertares transitorios que dan lugar a un sueño no reparador	Pondera las manifestaciones clínicas y no especifica el número de eventos necesario para constituir el síndrome
Academia Americana de Sueño ^b	1. Un IAR ≥ 5 incluida la presencia de ERAM más uno de los siguientes, los cuales no pueden ser explicados por otras causas: 2. ESD 3. Dos o más de los siguientes: – Asfixias durante el sueño – Despertares recurrentes – Torpeza al despertar – Fatiga durante el día – Dificultades de concentración	Pondera en conjunto el IAH y las manifestaciones. Algunos consideran que el punto de corte de IAH ≥ 5 es excesivamente bajo, en especial en los ancianos, y más si se incluye a los ERAM

SAHS = 1 + (2 o 3)

SAHS: síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño; IAR: índice de alteración respiratoria; ESD: excesiva somnolencia diurna; ERAM: esfuerzos respiratorios asociados a microdespertares.

^aSegún Montserrat JM, et al¹.

^bSegún la American Academy of Sleep Medicine Task Force⁶.

gaseoso o fragmentación del sueño. Por otra parte, es muy posible que mantener una pausa de 10 s no sea lo mismo a los 30 años que a los 80, e incluso podría ser diferente en varones y mujeres. Además, no tiene en cuenta la comorbilidad asociada, como las enfermedades cardíacas y/o respiratorias que reduzcan la reserva de oxígeno o aumenten su consumo, lo que podría condicionar que pausas < 10 s pudieran tener significación patológica. A pesar de estas potenciales limitaciones, el concepto de apnea se ha mantenido hasta la actualidad con la única salvedad que un cese total (línea plana) no suele observarse con los modernos equipos con señales de alta sensibilidad y, en general, se acepta que hay apnea cuando el cese de la señal respiratoria es $> 90\%$.

Kurtz et al³ sugirieron por primera vez el concepto de hipopneas, que posteriormente fue establecido por Block et al⁴ como una reducción parcial de la señal respiratoria que cursaba con desaturación, y comprobaron que sus repercusiones clínicas eran similares a las de las apneas, por lo que acuñaron el término "síndrome de hipopneas durante el sueño"⁵. Sin embargo, el consenso en la definición de hipopnea es mucho menos claro que en las apneas y suscita más controversias. La Academia Americana de la Medicina del Sueño⁶ define una *hipopnea* como una reducción claramente discernible de la señal respiratoria que cursa con una disminución de la saturación de al menos un 3% y/o un despertar transitorio (*arousal*) en el electroencefalograma⁷. Sin embargo, no hay un criterio unánime en su definición y los descensos de la señal del flujo varían del 30 al 90% o cualquier reducción que el observador considere "significativa" o "discernible". Por otra parte, los descensos de la SaO₂ oscilan entre el 2 y el 4% según distintos laboratorios. Incluso la definición de microdespertar no es homogénea en muchas unidades de sueño y, lo que es peor, hay una importante variabilidad tanto interobservador como intraobservador a la hora de identificarlos (tabla I).

Otro aspecto muy importante en la caracterización de las hipopneas es el modo en que medimos la ventilación. Así, el neumotacógrafo y la plethysmografía corporal (que puede usarse con la cabeza fuera para dejar libre la cavidad oronasal) pueden considerarse los patrones de referencia. Sin embargo, el método más utilizado es el termistor, que registra diferencias de temperatura (aire caliente = espiración, aire frío = inspiración) y, por tanto, no es una medida cuantitativa sino cualitativa. Así, Berg et al⁸ encontraron una preocupante falta de sensibilidad de los diferentes termistores probados. En el mejor de los casos, mediante la combinación de la plethysmografía inductiva y la sonda de presión nasal este autor obtuvo una sensibilidad de 0,86 con una especificidad similar. Otros autores también han encontrado resultados semejantes⁹. Por supuesto, la inclusión o no de otros parámetros (desaturación o microdespertar) modifica el número total de eventos respiratorios detectados, aunque las diferencias son menores si se usan sistemas fiables para medir la ventilación y umbrales bajos de hipopnea (descensos del 30%), tal como comprobaron Tsai et al¹⁰, que encontraron diferencias del 15-32% en el número de sujetos diagnosticados de SAHS depen-

diendo del punto de corte diagnóstico elegido. En nuestro país se han encontrado resultados similares al comparar el termistor con un neumotacógrafo y, mediante la utilización diferentes definiciones de hipopnea y desaturación, junto con la inclusión o no del microdespertar, se han observado importantes diferencias en el número de sujetos diagnosticados y, sobre todo, en la severidad de su afección^{11,12}. El empleo de un neumotacógrafo clásico, las gafas o la sonda nasales, o los equipos sensibles para detectar la limitación del flujo aéreo, pueden ser elementos útiles para detectar síndromes de hipopneas no diagnosticados.

A pesar de estas limitaciones, *este documento de consenso recomienda, como definición más aceptada de hipopnea, la objetivación de una reducción claramente discernible de la señal respiratoria $> 30\%$ y $< 90\%$ que cursa con una disminución de la saturación $\geq 3\%$ y/o un microdespertar en el electroencefalograma.*

En la tabla II se presenta un resumen de las diferentes definiciones de los eventos respiratorios. Tanto las apneas como las hipopneas pueden ser: obstructivas cuando se acompañan de un aumento del esfuerzo toracoabdominal, centrales si este esfuerzo está ausente o mixtas cuando se produce una combinación de ambos; es frecuente que comiencen por un componente central y terminen con un componente obstructivo. El número de apneas más hipopneas dividido por las horas de sueño es el índice de apnea-hipopnea (IAH). Un IAH $> 5-10$ se considera anormal. Sin embargo, un IAH anormal no define un SAHS por sí mismo. Recientemente, la Academia Americana de la Medicina del Sueño⁶ ha definido el SAHS como la *presencia de un índice de alteración respiratoria (IAR) anormal, considerado como la suma del IAH y los esfuerzos respiratorios asociados a los microdespertares (ERAM)*. Un IAR > 5 asociado con síntomas y signos clínicos relevantes se considera diagnóstico de SAHS (tabla I).

Cada una de estas definiciones tiene sus ventajas y sus limitaciones. Los conocimientos actuales sobre esta entidad obligan a referirse a las consecuencias metabólicas e inflamatorias de la enfermedad. Por otra parte, también parece razonable hacer alguna referencia a que el IAH varía con la edad y el sexo, así como definir los límites a partir de los cuales debe considerarse como anormal.

Este documento de consenso define el SAHS como un cuadro de somnolencia excesiva, trastornos cognitivo-conductuales, respiratorios, cardíacos, metabólicos o inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía respiratoria superior durante el sueño. Estos episodios se miden con el IAR. Un IAR ≥ 5 asociaido con síntomas relacionados con la enfermedad y no explicados por otras causas confirma el diagnóstico. El IAR se define por el número de apneas, hipopneas y los ERAM por las horas de sueño (tabla II).

Fisiopatología

La fisiopatología del SAHS es compleja y todavía no se conoce bien. El mejor conocimiento de ésta debería ayudarnos a optimizar las decisiones sobre la estrategia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9383908>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9383908>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)