

Introducción al problema

En los últimos años, los trastornos respiratorios del sueño, y especialmente el síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS), han ido generando un interés creciente en la comunidad médica. Así, todos los libros de medicina interna y las revistas especializadas dedican un espacio importante al SAHS. De hecho, una búsqueda en Medline (PubMed) con la palabra “*sleep apnea*” proporcionó 13.039 entradas, de las que 1.144 correspondieron al año 2004. Toda esta información ha facilitado el conocimiento de esta entidad entre los médicos y también entre la sociedad en su conjunto, la cual reclama su derecho a ser atendida con rapidez, obtener un diagnóstico preciso y recibir un tratamiento adecuado.

Diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo en Estados Unidos y en Europa han evidenciado que el SAHS es una enfermedad muy prevalente que afecta al 4-6% de los varones y al 2-4% de las mujeres en la población general adulta de edades medias^{1,2}. Además, la prevalencia del SAHS aumenta claramente con la edad³. Por otra parte, se ha mostrado que el SAHS está asociado al deterioro de la calidad de vida⁴, la presencia de hipertensión arterial^{2,5,6}, el desarrollo de enfermedades cardiovasculares⁷ y cerebrovasculares⁸, y está relacionado con la aparición de accidentes de tráfico^{9,10}. Asimismo, se acepta un exceso de mortalidad asociada con el SAHS^{11,12}. Por otra parte, se dispone de tratamientos eficaces. Por ello y considerando las complicaciones médicas del SAHS, así como las repercusiones sociolaborales y su negativo impacto en la calidad de vida y la supervivencia, se afirma que esta enfermedad es un problema de salud pública que obliga al médico a identificar a los pacientes subsidiarios de tratamiento¹⁴. Incluso en recientes estudios se ha demostrado que no diagnosticar y, por ende, no tratar a los pacientes con SAHS supone un consumo de recursos 2-3 veces mayor que el de la población sin SAHS^{15,16}.

A pesar de todos estos datos sobre la relevancia del SAHS, los estudios realizados en los diferentes sectores de edad ponen de manifiesto que en España hay entre 1.200.000 y 2.150.000 sujetos con un SAHS relevante y, por tanto, subsidiarios de ser tratados¹⁷. No obstante, tan sólo se ha diagnosticado y tratado al 5-9% de esta población¹⁷. Por ello, estamos muy lejos de haber alcanzado una situación óptima. En cuanto a las unidades de sueño disponibles en España, aunque su número se ha triplicado en los últimos 9 años¹⁷⁻¹⁹, son insuficientes y no están adecuadamente dotadas para atender esta demanda creciente, con lo que se originan excesivas listas de espera que a veces llegan a 1 año o más antes de materializarse en la realización de una prueba de sueño²⁰.

Este problema no afecta sólo a España. Así, el hecho de haber diagnosticado a menos del 10% de la población con SAHS también se ha comprobado en otros estudios americanos²¹ y, además, se ha reconocido que el problema de la accesibilidad diagnóstica es la clave para la solución de este proceso²². Por ello, en todo el mundo se han buscado alternativas diagnósticas diferentes de la polisomnografía convencional nocturna (PSG) que, aunque se la considera como la prueba de elección y de referencia, no está exenta de problemas, además de ser costosa, consumidora de elevados recursos y estar al alcance de pocos centros. Las principales alternativas a la PSG completa han sido los estudios polisomnográficos en noches partidas, los estudios de siestas para el diagnóstico e incluso las polisomnografías implementadas en el domicilio del paciente. Asimismo, la introducción de sistemas simplificados, como la poligrafía respiratoria (PR), tanto llevada a cabo en el hospital como en el domicilio de los pacientes, ha supuesto un abaratamiento de las pruebas pero, sobre todo, ha permitido descentralizar el diagnóstico de las unidades de referencia, habitualmente saturadas, y ha facilitado el acceso diagnóstico a centros más pequeños que utilizan sobre todo la PR. De esta manera, en “coordinación” con las unidades de referencia para los casos más difíciles o dudosos, se intenta crear una red de diagnóstico para el SAHS. Por otra parte, la aplicación de estudios de PR en el domicilio ha supuesto un indudable cambio en nuestra forma de diagnosticar, ya que ha logrado acercar el hospital al hogar del paciente y ha abaratado los costes del proceso. Sin embargo, es necesario insistir que la introducción de cualquier sistema diagnóstico debe ser validada adecuadamente, lo que no ha ocurrido en la mayoría de las ocasiones. Por otra parte, la descentralización del proceso diagnóstico no sirve si no va acompañada de una apropiada formación del personal y una suficiente coordinación con las unidades de sueño. De no plantearse en estos términos, los efectos serían impredecibles y causarían más daño que el beneficio que se pretende conseguir.

En este documento definiremos el problema y su fisiopatología, describiremos los métodos diagnósticos disponibles, sus ventajas e inconvenientes, y sus posibles alternativas. Asimismo, intentaremos trazar una expectativa de futuro que facilite el diagnóstico del SAHS a la mayoría de los pacientes que lo necesitan. También hablaremos del tratamiento en sus diferentes variantes y posibilidades futuras. Se tratará el tema del SAHS en la población infantil, su diagnóstico y su tratamiento, así como algunos aspectos relevantes, como el SAHS y la siniestralidad laboral, doméstica y de tráfico. Finalmente, se tratará el tema del SAHS y el riesgo anestésico.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

BIBLIOGRAFÍA

1. Young T, Palta M, Dempsey J, et al. The occurrence of Sleep disorders breathing among middle aged adults. *N Engl J Med.* 1993;328:1230-6.
2. Durán J, Esnaola S, Ramón R, Iztueta A. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 years. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:685-9.
3. Durán J, Esnaola S, Rubio R, De la Torre G. Obstructive sleep apnoea-hypopnoea in the elderly. A population-based study in the general population aged 71-100. Annual Meeting of ERS. Madrid. *Eur Respir J.* 2000;16 Suppl 31:S167.
4. Baldwin CM, Griffith KA, Nieto FJ, O'Connor GT, Walsleben JA, Redline S. The association of sleep-disordered breathing and sleep symptoms with quality of life in the Sleep Heart Health Study. *Sleep.* 2001;24:96-105.
5. Nieto FK, Young TB, Lind BK, Sahar E, Samet JM, Redline S, et al. Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study. *JAMA.* 2000;283:1829-36.
6. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med.* 2000;342:1378-84.
7. Newman AB, Nieto J, Guirdry U, Lind BK, Redline S, Sharar E, et al. Relation of sleep-disordered breathing to cardiovascular risk factors. The Sleep Heart Health Study. *Am J Epidemiol.* 2001;154:50-9.
8. Parra O, Arboix A, Bechich S, García-Eroles L, Montserrat JM, López JA, et al. Time course of sleep-related breathing disorders in first-ever stroke or transient ischemic attack. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000;161:375-80.
9. Terán-Santos J, Jiménez-Gómez A, Cordero-Guevara J, and the Cooperative Group Burgos-Santander. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. *N Engl J Med.* 1999;340:847-51.
10. Barbé F, Pericás J, Muñoz A, Findley L, Antó JM, Agustí AGN. Automobile accidents in patients with sleep apnea syndrome. An epidemiological and mechanistic study. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158:18-22.
11. Lavie P, Hever P, Peled R, et al. Mortality in sleep apnoea patients; multivariate analysis of risk factors. *Sleep.* 1995;18:149-57.
12. He J, Kriger MH, Zorick FJ, Conway W. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea. *Chest.* 1988;94:9-14.
13. American Thoracic Society. Indications and standards for use of nasal continuous positive airway pressure (CPAP) in sleep apnea syndromes. *Am J Crit Care Med.* 1994;150:1738-45.
14. Phillipson EA. Sleep apnea. A mayor public health problem. *N Engl J Med.* 1993;328:1271-3.
15. Peker Y, Hedner J, Johanson A, Bende M. Reduced hospitalization with cardiovascular and pulmonary disease in obstructive sleep apnea patients on nasal CPAP treatment. *Sleep.* 1997;20:645-53.
16. Ronald J, Delaive K, Roos L, Manfreda J, Bahammam A, Kryger MH. Health care utilization in the 10 years prior to diagnosis in obstructive sleep apnea patients. *Sleep.* 1999;2:225-9.
17. Durán-Cantolla J, Mar J, De la Torre G, Rubio R, Guerra L. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) en España. Disponibilidad de recursos para su diagnóstico y tratamiento en los hospitales del estado español. *Arch Bronconeumol.* 2004;40:259-67.
18. Durán J, Amilibia J, Barbé F, Capote F, González-Mangado N, Jiménez A, et al. Disponibilidad de recursos técnicos para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño en los hospitales de lared pública del estado. *Arch Bronconeumol.* 1995;31:463-9.
19. Terán J, Fernández-García C, Cordero-Guevara J. Situación en España de los recursos diagnósticos y de los tratamientos con presión positiva continua sobre la vía aérea en el síndrome de apneas-hipopneas obstructivas del sueño. *Arch Bronconeumol.* 2000;36:494-9.
20. Masa JF, Montserrat JM, Durán J, and the Spanish Group of Breathing Sleep Disorders. Diagnostic access for sleep apnea in Spain. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004;170:195.
21. Young T, Evans L, Finn L, Palta M. Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. *Sleep.* 1997;20:705-6.
22. Pack AI. Sleep-disordered breathing: access is the issue. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004;169:666-7.