

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1Supl.59727>

Tratamiento médico del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS)

Medical treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS)

Recibido: 23/08/2016. Aceptado: 15/05/2017.

Karem Parejo-Gallardo¹ • Claudia Mariana Saltos-Cristiano²¹ Fundación Clínica Shaio - Bogotá D.C. - Colombia.² Hospital Santa Clara - Bogotá D.C. - Colombia.

Correspondencia: Karem Parejo-Gallardo. Fundación Clínica Shaio, Asociación Colombiana de Medicina del Sueño (ACMES). Diagonal 115a No. 70c-75, casa 12. Teléfono: +57 1 2533606. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: karemparejo@gmail.com.

| Resumen |

El tratamiento de síndrome de apnea obstructiva del sueño busca solucionar los signos y síntomas relacionados con la enfermedad, así como la reducción del índice de apnea-hipopnea y las desaturaciones, para así disminuir los riesgos y comorbilidades vinculados a este trastorno. Sin embargo, esta enfermedad requiere tratamiento a largo plazo, con terapias combinadas y desarrolladas por un equipo multidisciplinario. El tratamiento médico se debe realizar en todos los pacientes, aun si se requieren terapias adicionales. Asimismo, este síndrome se puede asociar a otras enfermedades que necesitan tratamiento específico.

Palabras clave: Apnea del sueño obstructiva; Síndromes de la apnea del sueño; Terapia combinada (DeCS).

Parejo-Gallardo K, Saltos-Cristiano CM. Tratamiento médico del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). Rev. Fac. Med. 2017;65:S101-3. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1Supl.59727>.

| Abstract |

The treatment of the obstructive sleep apnea syndrome (OSAHS) seeks to solve the signs and symptoms related to the disease, as well as to reduce the apnea-hypopnea index (AHI) and the desaturations, to achieve a decrease of associated risks and comorbidities. However, this disease requires long-term treatment, with combined therapies developed by a multidisciplinary team. Medical treatment should be performed on all patients, even if additional therapies are necessary. In addition, this syndrome may be associated with other diseases that need specific treatment.

Keywords: Sleep Apnea, Obstructive; Sleep Apnea Syndromes; Combined Modality Therapy (MeSH).

Parejo-Gallardo K, Saltos-Cristiano CM. [Medical treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome]. Rev. Fac. Med. 2017;65:S101-3. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1Supl.59727>.

Introducción

El tratamiento de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAHOS) tiene como objetivo resolver los signos y síntomas de la enfermedad y normalizar la calidad del sueño, el índice de apnea-hipopnea (IAH) y la desaturación de oxígeno, lo cual reduce el riesgo de complicaciones sistémicas. Esta debe abordarse como una enfermedad crónica que requiere, a largo plazo, tratamiento y equipo multidisciplinario (1,2).

Desde su introducción en 1981 (3), la presión positiva de la vía aérea (PAP) ha sido la terapia más eficaz y la primera opción para los pacientes con SAHOS, aunque algunos con diagnóstico leve a moderado también se benefician de los dispositivos orales (4) e, incluso, se opta por la cirugía correctiva de la vía aérea (5).

Sin embargo, como no todos los pacientes se adaptan o responden de manera adecuada a estas terapias, son necesarias otras alternativas de tratamiento. Así, el propósito de esta revisión es determinar cuáles son las recomendaciones para el manejo médico del SAHOS, según la literatura actual.

Desarrollo

Medidas generales

El objetivo de las medidas generales es reducir los factores de riesgo que favorecen o agravan el SAHOS (2,6,7), los cuales pueden ser: eliminar el consumo de cigarrillo; evitar el consumo de alcohol, sedantes y nicotina; tener un tratamiento de la obstrucción nasal en interconsulta con un otorrinolaringólogo; perder peso; recibir terapia posicional; tener consejería sobre la higiene del sueño; evitar la privación de sueño; entre otras (6).

Higiene de sueño

En el tratamiento de SAHOS es imprescindible conseguir una adecuada higiene de sueño, pues una de las causas más frecuentes de somnolencia diurna excesiva (SDE) son los malos hábitos al dormir, condicionados por horarios de sueño no regulares o inadecuadas rutinas de este. Además, la privación del sueño reduce el tono muscular e incrementa las posibilidades de colapso de la vía aérea superior, lo que puede agravar un SAHOS preexistente (1,6,8,9).

Asimismo, la posición en la que se duerme puede afectar el tamaño y la permeabilidad de la vía aérea superior, de modo que, en algunos casos, puede ser útil la terapia posicional, la cual usa un método para mantener al paciente en posición no supina y que, además, es muy eficaz y puede ser complemento de los tratamientos primarios en pacientes seleccionados, teniendo en cuenta que la corrección del SAHOS por posición debe ser la terapia primaria (1,6,8,10).

Pérdida de peso

La obesidad se asocia a un mayor colapso de la vía aérea superior. Además, es evidente que un porcentaje relevante de pacientes con SAHOS son obesos y que su reducción de peso implica mejora de la enfermedad, debido a la disminución del número de apneas y a una buena oxigenación nocturna (1,6,8). Así, no se recomienda que la reducción de peso sea la única medida, debido a que solo un pequeño porcentaje de pacientes puede mantener una pérdida sostenida de peso y porque, en algunos otros, el diagnóstico no se relaciona con el exceso de peso (6,11).

Aquellos pacientes con obesidad mórbida, medida por índice de masa corporal (IMC > 40) y fracaso del tratamiento convencional (dieta y ejercicio), pueden ser candidatos a tratamiento mediante cirugía bariátrica, cuya eficacia a corto plazo, aunque cuestionable a largo plazo, es evidente en el tratamiento de SAHOS. De igual forma, debe tenerse en cuenta que la mayoría de las técnicas utilizadas en las cirugías bariátricas están sujetas a riesgos, son mayores en pacientes con SAHOS y tienen importantes efectos secundarios. Por esto, su indicación en este tipo de pacientes debe estar bien argumentada.

De los diferentes tipos de cirugías bariátricas, el *bypass* gástrico es el más eficaz para mejorar o resolver la enfermedad, mientras que la banda gástrica es el menos eficaz. No obstante, en la mayoría de los pacientes (62%) la media del IAH residual, después de la cirugía, fue más de 15/h, lo cual indica una enfermedad residual persistente, por lo que se recomienda que todos los pacientes sean sometidos a un nuevo polisomnograma después de la pérdida de peso quirúrgico (6,12).

Ingesta alcohólica

El alcohol produce un efecto relajante a nivel muscular y depresor del sistema nervioso central (SNC), lo que favorece el desequilibrio entre las fuerzas dilatadoras y constrictoras de la vía aérea superior, de modo que ocasionen episodios de apneas más frecuentes y de mayor duración, junto con desaturaciones más severas. Por esto se recomienda abstinencia de alcohol, en especial durante las horas previas al sueño (1,3).

Consumo de cigarrillo

Los fumadores tienen un mayor riesgo de desarrollar roncopatía, la cual puede disminuir si se reduce el consumo de cigarrillo. Además, ellos tienden a incrementar la resistencia de la vía aérea superior (VAS), debido a la irritación e inflamación de la misma. Dado lo anterior, se debe tener en cuenta el abandono del tabaco como medida general en este tipo de pacientes con roncopatía y SAHOS (1,3,13).

Terapia farmacológica

La terapia farmacológica se ha planteado como una alternativa de manejo para los pacientes con SAHOS leve a moderado y puede evaluarse con pacientes intolerantes al PAP. Sin embargo, hasta la fecha no se han hallado medicamentos capaces de modificar la VAS o controlar la aparición de eventos obstructivos durante el sueño (1,3,14).

Ahora bien, los agentes promotores del despertar, como el modafinil y el armodafinil, son los únicos medicamentos aprobados para la SDE, además de una terapia de presión positiva, adecuada en pacientes con SAHOS (1,3,8,15,16). No se recomienda el tratamiento con oxígeno como único método terapéutico para dichos pacientes, pues constituye un método complementario en los casos en que la hipoxemia no asociada a hipercapnia persista (1).

Manejo de enfermedades asociadas

El SAHOS se puede asociar a varias enfermedades que deben recibir tratamiento específico. De los trastornos de la VAS que requieren tratamiento médico específico, cabe resaltar la patología alérgica nasal, como una de las principales entidades predisponentes del SAHOS (17-19,20).

La principal causa del aumento de la resistencia nasal es el edema e hipertrofia de cornetes para el caso de pacientes con obstrucción nasal secundaria a rinitis. Estos hallazgos sugieren que dicha obstrucción, independiente a que la rinitis alérgica la cause, empeora el SAHOS e infiere en que el tratamiento con corticosteroides tópicos sea beneficioso en casos de SAHOS leve a moderado (19,21).

Respecto a los descongestionantes nasales, tales como oximetazolina, los resultados de los estudios fueron limitados y no concluyentes, lo cual demuestra que estos, asociados o no a dilatadores nasales, no son eficaces en el tratamiento del SAHOS, pues no presentan ninguna mejora en el grado de la SDE o en el IAH (19). Por su parte, los dilatadores nasales, en general, no se recomiendan en dichos pacientes, pero pueden beneficiar a las personas con ronquido simple, asociado a rinitis o estenosis de la válvula nasal (19).

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

A la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI® - Médicos para adultos), la Asociación Colombiana de Neurología (ACN) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC) por permitir a los autores usar sus instalaciones como lugar de reunión de trabajo.

Referencias

1. Nogueira F, Nigro C, Cambursano H, Borsini E, Silio J, Ávila J. Guías prácticas de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño. *Medicina*. 2013;73(4):349-62.
2. Qaseem A, Holty JE, Owens DK, Dallas P, Starkey M, Shekelle P. Management of obstructive sleep apnea in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2013;159(7):471-83. <http://doi.org/bnsh>.
3. Kushida CA, Littner MR, Hirshkowitz M, Morgenthaler TI, Alessi CA, Bailey D, et al. Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders. *Sleep*. 2006;29(3):375-80.
4. Kushida CA, Morgenthaler TI, Littner MR, Alessi CA, Bailey D, Coleman J Jr, et al. Practice parameters for the treatment of snoring and Obstructive Sleep Apnea with oral appliances: an update for 2005. *Sleep*. 2006;29(2):240-3.
5. Thorpy M, Chesson A, Derderian S. Practice parameters for the treatment of obstructive sleep apnea in adults: the efficacy of surgical modi-

- fications of the upper airway. Report of the American Sleep Disorders Association. *Sleep*. 1996;19(2):152-5.
6. **Sharma S, Katosh V, Mohan A, Kadiravan T, Elavarasi A, Ragesh R, et al.** Consensus and evidence-based Indian initiative on obstructive sleep apnea guidelines 2014. *Lung India*. 2015;32(4):422-34. <http://doi.org/bnsj>.
 7. **Qaseem A, Dallas P, Owens DK, Starkey M, Holty JE, Shekell.** Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014;161(3):210-20. <http://doi.org/bnsh>.
 8. **Randerath WJ, Verbraecken J, Andreas S, Bettge G, Boudewyns A, Hamans E, et al.** Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J*. 2011;37(5):1000-28. <http://doi.org/d6q4rv>.
 9. **Morgenthaler TI, Kapen S, Lee-Chiong T, Alessi C, Boehlecke B, Brown T, et al.** Practice parameters for the medical therapy of obstructive sleep apnea. *Sleep*. 2006;29(8):1031-5.
 10. **Ravesloot MJ, van Maanen JP, Dun L, de Vries N.** The undervalued potential of positional therapy in position-dependent snoring and obstructive sleep apnea-a review of the literature. *Sleep Breath*. 2012;17(1):39-49. <http://doi.org/bnsk>.
 11. **Johansson K, Neovius M, Lagerros YT, Harlid R, Rössner S, Granath F, Hemmingsson E.** Effect of a very low energy diet on moderate and severe obstructive sleep apnoea in obese men: A randomised controlled trial. *BMJ*. 2009;339:b4609. <http://doi.org/c8rb29>.
 12. **Dobrosielski DA, Patil S, Schwartz AR, Bandeen-Roche K, Stewart KJ.** Effects of exercise and weight loss in older adults with obstructive sleep apnea. *Med Sci Sports Exerc*. 2015;47(1):20-6. <http://doi.org/bnsm>.
 13. **Lin YN, Li QY, Zhang XJ.** Interaction between smoking and obstructive sleep apnea: Not just participants. *Chin Med J*. 2012;125(17):3150-6.
 14. **Mason M, Welsh EJ, Smith I.** Drug therapy for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;31(5):CD003002. <http://doi.org/bmk5>.
 15. **Inoue Y, Takasaki Y, Yamashiro Y.** Efficacy and safety of adjunctive modafinil treatment on residual excessive daytime sleepiness among nasal continuous positive airway pressure-treated Japanese patients with obstructive sleep apnea syndrome: A double-blind placebo-controlled study. *J Clin Sleep Med*. 2013;9(8):751-7. <http://doi.org/bnsn>.
 16. **Kay GG, Feldman N.** Effects of armodafinil on simulated driving and self-report measures in obstructive sleep apnea patients prior to treatment with continuous positive airway pressure. *J Clin Sleep Med*. 2013;9(5):445-54. <http://doi.org/bnsp>.
 17. **Park, CY, Hong JH, Lee JH, Lee KE, Cho HS, Lim SJ, et al.** Clinical effect of surgical correction for nasal pathology on the treatment of obstructive sleep apnea syndrome. *PLoS ONE*. 2014;9(6):e98765. <http://doi.org/bnsq>.
 18. **Singhal P, Gupta R, Sharma R, Mishra P.** Association of naso-Oro-pharyngeal structures with the sleep architecture in suspected obstructive sleep apnea. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;66(Suppl 1):81-7. <http://doi.org/b6nx4c>.
 19. **Michels Dde S, Rodrigues A, Nakanishi M, Sampaio AL, Venosa AR.** Nasal Involvement in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Int J Otolaryngol*. 2014;2014:717419. <http://doi.org/bnsr>.
 20. **Huseni S, Gutierrez MJ, Rodriguez-Martinez CE, Nino CL, Perez GF, Pancham K, et al.** The link between rhinitis and rapid-eye-movement sleep breathing disturbances in children with obstructive sleep apnea. *Am J Rhinol Allergy*. 2014;28(1):e56-61. <http://doi.org/bnss>.
 21. **Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, Schwartz SR, Baroody FM, Bonner JR, et al.** Clinical practice guideline: allergic rhinitis executive summary. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(2):197-206. <http://doi.org/bnst>.

