

Papel de la atención primaria en el diagnóstico y control del SAHS. Criterios de derivación a las unidades de sueño y/o al especialista

En la actualidad, el síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) se considera como un problema de salud pública por su alta prevalencia y las evidencias de su asociación con problemas cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, incremento de la mortalidad y accidentes de tráfico y laborales.

En el abordaje multidisciplinario del SAHS debe ejercer un papel predominante la atención primaria, tanto en el diagnóstico de sospecha como en su seguimiento, dadas sus características propias de accesibilidad, continuidad de la atención, conocimiento de la comorbilidad y del entorno familiar, social o laboral de los pacientes.

Se debe tener la sospecha clínica de SAHS en las consultas de atención primaria ante un cuadro clínico caracterizado por los tres síntomas clave: la excesiva somnolencia diurna (ESD), los ronquidos y las pausas apnéicas observadas por el compañero/a de dormitorio. Otros síntomas de sospecha por los que los pacientes consultan a su médico se exponen en la tabla I del apartado Manifestaciones clínicas del SAHS en otro capítulo de este documento. Procede realizar una búsqueda activa entre pacientes con comorbilidades como hipertensión arterial (HTA), obesidad (índice de masa corporal > 30), cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y trastornos de la esfera ORL o maxilofacial: obstrucción nasal crónica, hipertrofia adenoamigdalares, retrognatia o micrognatia u otras causas de estrechamiento de la vía respiratoria superior¹.

Ante un paciente con sospecha de SAHS hay que realizar una historia clínica detallada, con la presencia del compañero/a, en la que se especifiquen la edad, los antecedentes personales y familiares, los hábitos de sueño, el perfil psicológico, la ingesta de alcohol o fármacos, las características de la somnolencia, la puntuación en la escala de Epworth, el tiempo de evolución, un interrogatorio sobre los síntomas de la tabla I y, sobre todo, el tipo y la intensidad del cuadro clínico, con las repercusiones en su vida social y laboral. En la exploración de un paciente con sospecha de SAHS debe hacerse una valoración del morfotipo, la constitución facial, la boca y la orofaringe, y una evaluación básica cardiopulmonar. La exploración física básica que realizará el médico de atención primaria debe incluir los siguientes apartados (véase Exploración del área ORL en el apartado Clínica y exploración de este documento):

– Datos antropométricos (talla, peso, índice de masa corporal, perímetro del cuello).

– Valor de la presión arterial y la auscultación cardiopulmonar.

– Distancia hioides-mandíbula: es una sencilla maniobra que permite observar si hay un cuello corto. Consiste en colocar los últimos 4 dedos de la mano del explorador (siempre que sea proporcional al paciente explorado) con la palma hacia abajo desde la zona de hioides hasta mentón; si estos 4 dedos sobresalen en relación con el mentón del paciente de forma evidente, podemos sospechar una distancia hioides-mentón corta y, por tanto, un cuello corto (véase foto en el capítulo dedicado a la exploración).

– Calidad de la mordida: visualizar la boca cerrada en posición de mordida y con separación de los labios que permita ver claramente la posición de ambas arcadas dentarias en contacto (véase foto en el capítulo dedicado a la exploración).

– Evaluación de la retrognatia-micrognatia: se valora observando la facies del paciente y evaluando la arcada mandibular en relación con el volumen facial. Se sitúa al paciente de perfil y se valora de forma aproximada la posición del mentón en relación con la línea vertical del maxilar (véase foto en el capítulo dedicado a la exploración).

– Orofaringoscopia: la exploración oral y orofaríngea debe buscar el volumen lingual en relación con la cavidad, la posible presencia de hipertrofia amigdalares y, finalmente, el aumento de volumen del paladar blando, su posición en relación con la pared posterior o la presencia de membranas que incrementen su superficie. Para dicha exploración se debe utilizar una luz directa sobre la región, mantener al paciente en la situación más basal posible con respiración pausada por boca, con la lengua dentro de la cavidad y realizando una presión suave con un depresor en la mitad anterior de la lengua (véase foto en el capítulo dedicado a la exploración).

– Exploración de los grados de Mallampati: se realiza con el paciente en posición sentada, buena iluminación de la cavidad oral y máxima apertura oral con el paciente sin fonar. Evalúa en 4 grados la capacidad de visión que se tiene de la orofaringe y la utilizan los anestesiólogos para prever la dificultad de intubación (clasificación de Mallampati; véanse fotos en el capítulo dedicado a la exploración).

– Exploración nasal: una aproximación útil se basa en el interrogatorio dirigido al paciente en relación con síntomas de dificultad respiratoria (continua, intermi-

TABLA I

Criterios de priorización de un paciente con sospecha clínica de SAHS al especialista de referencia o a la unidad de sueño

Derivación preferente/urgente
Excesiva somnolencia diurna incapacitante
Hipertensión arterial de difícil control
Cardiopatía isquémica
Arritmias cardíacas
Accidentes cerebrovasculares
Insuficiencia respiratoria
Profesiones de riesgo: conductores, trabajos con máquinas peligrosas o en alturas, etc.

Estas enfermedades asociadas o concurrentes con el SAHS funcionan como agravantes en ambos sentidos. Por ello, todo paciente con sospecha clínica de SAHS, si además presenta estas complicaciones, deberá ser derivado a la unidad de sueño o al especialista de referencia con carácter preferente/urgente.

tente, diurna o nocturna) y la presencia de otros síntomas como la rinorrea, la presencia de crisis de estornudos, etc. La realización de una rinoscopia elemental en la consulta del médico de atención primaria puede permitir detectar la presencia de una desviación de tabique nasal o de poliposis, que se verá complementada posteriormente con la realización de la rinoscopia reglada o endoscopia nasal por el especialista ORL.

Los pacientes identificados en atención primaria con sospecha de SAHS deben ser remitidos al especialista de referencia y/o a una unidad del sueño. Se debe derivar de forma preferente a los pacientes con sospecha de SAHS y riesgo de consecuencias graves para su salud, como ESD incapacitante o HTA no controlada, en especial si se asocia con cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular; también se deben remitir preferentemente cuando, además, pueda haber riesgo para otras personas, como en los casos de profesiones de riesgo

con somnolencia (conductores, etc.) (tabla I). En los demás casos, los pacientes identificados con sospecha de SAHS se derivarán con carácter ordinario. No se debe remitir a los pacientes roncoadores simples, obesos o hipertensos sin otros síntomas acompañantes^{1,3}.

Es conveniente que los protocolos de derivación incluyan un resumen de la historia clínica, con los valores de presión arterial, IMC, escala de Epworth y unas pruebas complementarias analíticas, como hematemetría y perfil metabólico, así como electrocardiograma y radiografías posteroanterior y lateral de tórax cuando se sospeche o haya enfermedad cardíaca o pulmonar.

El médico de atención primaria, en su faceta de atención integral, debe también participar activamente en el seguimiento de los pacientes con SAHS, tanto en los que sólo reciben tratamiento higiénico-dietético (deben vigilar su cumplimiento y valorar la evolución de la sintomatología, en especial de la somnolencia) como con CPAP (deben controlar su utilización según la prescripción y evaluar su eficacia sobre los síntomas, así como la aparición y las características de los efectos secundarios). Ante la persistencia de la sintomatología, el incumplimiento o los efectos secundarios no tolerables, se adelantará la revisión en la unidad del sueño¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montserrat JM, Chiner E, León A, Luque R, Maimó A, Maldonado JA. Organización asistencial, coordinación y gestión de las unidades de sueño. Relaciones con primaria y escalones asistenciales. Arch Bronconeumol. 2002;38 Supl 3:46-52.
2. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, Desai SP, Waraksa B, Freiburger D, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. Can Anaesth Soc J. 1985;32:429-34.
3. Durán J, Espinar J, Molero JM, Morón A, Pareja J, Suárez L. Criterios para derivar un paciente con SAS desde atención primaria a atención especializada. Vigilia-Sueño. 1998;10:20-3.