

Protocolo Clínico e de Regulação para Apnéia no Adulto

*Fabiana C P Valera, Alan Eckeli, Heidi H Sander,
Daniel S Kupper, Geruza A Silva, Regina M F Fernandes*

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) é caracterizada por obstrução recorrente das vias aéreas superiores durante o sono. A prevalência da SAOS varia de 0,8 a 24%¹⁻⁵ na população geral, sendo comparável a outras doenças crônicas como hipertensão arterial⁶, epilepsia⁷ e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)⁸. Esta doença tem merecido cada vez mais a atenção do sistema de saúde em virtude da sua morbidez e do crescente conhecimento das doenças associadas a ela.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

As repetidas obstruções de vias aéreas superiores durante o sono levam à queda na oxigenação sanguínea e a frequentes despertares⁹. Essas alterações durante o sono podem produzir sintomas diurnos, como hipersonolência e diminuição na concentração e a conseqüências, em especial, as cardiovasculares.

São sintomas frequentes, durante o sono: roncos, apnéia presenciada pelo companheiro de quarto, boca seca, obstrução nasal noturna, engasgos, nictúria e sudorese aumentada. A história de apnéia presenciada pelo familiar é altamente sugestiva de SAOS.

A fragmentação do sono decorrente da SAOS produzir sintomas diurnos, como hipersonolência, alterações do humor (em especial irritabilidade), cefaléia matinal, alterações cognitivas e diminuição na concentração.

A SAOS tem sido associada a várias conseqüências:

- Aumento o risco de morte¹⁰ e de morte súbita;¹¹
- Hipertensão arterial sistêmica^{12,13}, aumento do risco de arritmias cardíacas;¹⁴
- Aumento do risco de doenças isquêmicas: coronariana¹⁵ e cerebral;¹⁵
- Aumento do risco de acidentes automobilísticos;¹⁶
- Associação com síndrome metabólica.¹⁷

Devido a essas associações, além das próprias conseqüências per se, a SAOS reduz a qualidade do sono¹⁸, a qualidade de vida¹⁹ e aumenta os custos em saúde²⁰.

O tratamento da SAOS deve ser feito por uma equipe multidisciplinar, na qual se faz uma avaliação completa do paciente e define-se o melhor tratamento a ser proposto.

No processo desta avaliação, fazem parte da equipe o neurologista, o pneumologista e o otorrinolaringologista. A depender da gravidade da apnéia e das alterações faríngeas, pulmonares e sistêmicas associadas, propõe-se tratamento um específico para o paciente.

Para a confirmação da presença de apnéia e estratificação da sua gravidade, é essencial a realização da polissonografia noturna. Esse exame é elementar para o diagnóstico da SAOS e também para avaliação da gravidade, bem como de possíveis condições associadas (piora dos episódios de apnéias durante a posição supina, ou durante o sono mais profundo).

Por necessitar de vários especialistas e de exames complexos, a avaliação do paciente da SAOS concentra-se em Serviços de Atenção Terciária. No entanto, a suspeita clínica é essencial para o diagnóstico precoce da SAOS, uma vez que garante ao paciente uma qualidade de vida melhor, e menor morbidade. A suspeita clínica e encaminhamento do paciente ao Serviço de Atenção Terciária são iniciativas primordiais para os Serviços de Atenção Básica.

ABORDAGEM DA APNÉIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Dentre os sintomas sugestivos de SAOS, os mais relevantes são os roncos e apnéias, presenciados pelo companheiro de quarto, e a hipersonolência diurna.

Para avaliação de hipersonolência diurna, existe uma escala de sonolência mundialmente reconhecida: é a escala de Epworth (quadro 1). Valores acima de 10 são sugestivos de hipersonolência.

Quadro 1: escala de Epworth: freqüência em que a pessoa sente sono nas determinadas situações do dia:									
	Sentado Após almoço	Deitado a tarde	Assistindo TV	Lendo livro	Parado no trânsito	Passageiro por 1 hr	Sentado local público	Sentado conversando	Total
SDE									

Nunca = 0 Raro = 1 Freqüente = 2 Quase sempre = 3

Apesar de muito utilizada, reconhece-se que esta escala tem uma baixa sensibilidade, e alguns pacientes, mesmo que portadores de SAOS grave podem apresentar baixa sonolência durante o dia.

Além desses sintomas, alguns sinais clínicos são altamente sugestivos de SAOS, desde que associados à história clínica. São eles:

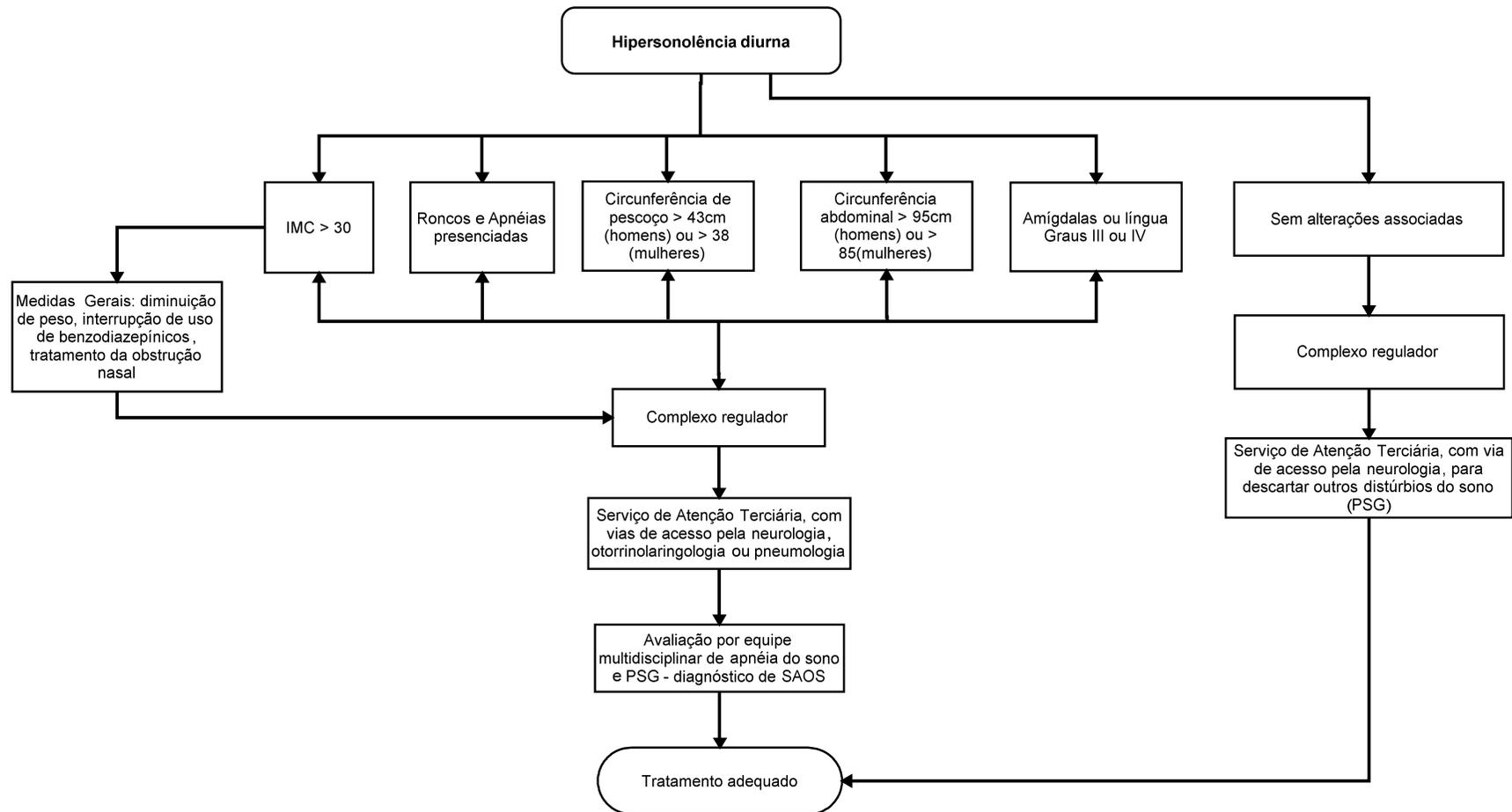
- Índice de massa corpórea (IMC) maior de 30 kg/m^2 (cálculo de IMC: peso / altura²);
- Circunferência do pescoço maior que 43 cm para homens e 38 cm para mulheres;
- Circunferência abdominal maior que 95 cm para homens e 85 cm para mulheres;
- Amígdalas aumentadas, ocupando mais que 50% da área entre as lojas amigdalíanas;
- Língua aumentada.

O médico da Atenção Básica deve reconhecer as condições associadas (a exemplo da obesidade, uso de benzodiazepínicos, dentre outros) e já orientar o paciente em relação às medidas clínicas gerais, enquanto o paciente aguarda a sua avaliação e diagnóstico confirmatório em Serviços de Atenção Terciária. Em linhas gerais o tratamento pode ser iniciado na atenção básica e, na dependência da gravidade e das condições associadas, ser concluído nos serviços especializados:

- MEDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA:
 - Redução de peso;
 - Terapia posicional;
 - Tratamento das afecções do nariz;
 - Medidas anti-refluxo. Eliminar o uso de substâncias com propriedades de relaxantes musculares (álcool e benzodiazepínicos).

- MEDIDAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA:
 - Terapia com pressão positiva;
 - Dispositivo intra-oral;
 - Tratamento cirúrgico.

Fluxograma 1: atendimento ao paciente com suspeita de SAOS



BIBLIOGRAFIA

1. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993;328:1230-1235.
2. Marin JM, Gascon JM, Carrizo S, Gispert J. Prevalence of sleep apnoea syndrome in the Spanish adult population. *Int J Epidemiol* 1997;26:381-386.
3. Bixler EO, Vgontzas AN, Ten Have T, Tyson K, Kales A. Effects of age on sleep apnea in men: I. Prevalence and severity. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:144-148.
4. Duran J, Esnaola S, Rubio R, Iztueta A. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 yr. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:685-689.
5. Reddy EV, Kadiravan T, Mishra HK, et al. Prevalence and risk factors of obstructive sleep apnea among middle-aged urban Indians: A community-based study. *Sleep Med* 2009.
6. Hiatt WR, Hoag S, Hamman RF. Effect of diagnostic criteria on the prevalence of peripheral arterial disease. The San Luis Valley Diabetes Study. *Circulation* 1995;91:1472-1479.
7. Banerjee PN, Filippi D, Allen Hauser W. The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. *Epilepsy Res* 2009;85:31-45.
8. Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet* 2005;366:1875-1881.

9. National Health and Medical Research Council. Effectiveness of nasal continuous positive airway pressure (nCPAP) in obstructive sleep apnoea in adults. 2000; 1-130.
10. Young T, Finn L, Peppard PE, et al. Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. *Sleep* 2008;31:1071-1078.
11. Gami AS, Howard DE, Olson EJ, Somers VK. Day-night pattern of sudden death in obstructive sleep apnea. *N Engl J Med* 2005;352:1206-1214.
12. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med* 2000;342:1378-1384.
13. Pepperell JC, Ramdassingh-Dow S, Crosthwaite N, et al. Ambulatory blood pressure after therapeutic and subtherapeutic nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea: a randomised parallel trial. *Lancet* 2002;359:204-210.
14. Gami AS, Pressman G, Caples SM, et al. Association of atrial fibrillation and obstructive sleep apnea. *Circulation* 2004;110:364-367.
15. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005;365:1046-1053.
16. Sassani A, Findley LJ, Kryger M, Goldlust E, George C, Davidson TM. Reducing motor-vehicle collisions, costs, and fatalities by treating obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep* 2004;27:453-458.

17. Vgontzas AN, Bixler EO, Chrousos GP. Sleep apnea is a manifestation of the metabolic syndrome. *Sleep Med Rev* 2005;9:211-224.
18. Yi H, Shin K, Kim J, Kim J, Lee J, Shin C. Validity and reliability of Sleep Quality Scale in subjects with obstructive sleep apnea syndrome. *J Psychosom Res* 2009;66:85-88.
19. Veale D, Poussin G, Benes F, Pepin JL, Levy P. Identification of quality of life concerns of patients with obstructive sleep apnoea at the time of initiation of continuous positive airway pressure: a discourse analysis. *Qual Life Res* 2002;11:389-399.
20. Banno K, Ramsey C, Walld R, Kryger MH. Expenditure on health care in obese women with and without sleep apnea. *Sleep* 2009;32:247-252.