

PROPOSTA DE PROGRAMA PARA UMA INTERVENÇÃO SISTEMATIZADA NO SÍNDROME DE APNEIA DO SONO NO ÂMBITO PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 – 2016

1 – PONTOS CHAVE

1 – O Síndrome de Apneia do Sono (SAS) é uma doença frequente, sendo previsível que atinja cerca de 5% dos portugueses. A prevalência tende a aumentar, enquanto as taxas de obesidade e o consumo de álcool (dois dos principais factores de risco) não diminuírem.

2 – O SAS, por si mesmo, representa um factor de risco significativo para as doenças cardio e cerebrovasculares. Como tal está associado à mortalidade destas patologias. Relaciona-se, ainda, com o desenvolvimento de insulino-resistência e Diabetes Mellitus.

3 – A sonolência diurna excessiva (SDE), uma das manifestações cardinais da doença, é uma das principais causas de acidentes de viação. Condiciona por outro lado a diminuição do desempenho profissional. O SAS tem custos indirectos em saúde elevados.

4 – A incapacidade resultante da SDE, em paralelo com o ressonar, a disfunção erétil, e as comorbilidades cardiovasculares presentes na doença fomentam a desintegração social e familiar. A depressão é comum nos doentes com SAS.

5 – Apesar da cronicidade e morbilidade o SAS é uma doença tratável. Contudo, estima-se que, no melhor dos cenários, só 15 000 doentes (cerca de 2,5% do total previsto de casos) beneficiem de tratamento.

6 – Existem graves limitações quanto à capacidade instalada de centros e laboratórios de sono onde o diagnóstico clínico e a sua confirmação diagnóstica (por estudo poligráfico ou simplificado do sono) são efectuados e o tratamento orientado. Este constrangimento pode ser atenuado se a suspeita diagnóstica for realizada a nível dos Cuidados Primários e da comunidade médica em geral. Para os centros diferenciados ficaria reservado à comprovação diagnóstica e orientação terapêutica.

7 – O impacto do SAS em saúde pública justifica a criação de um Programa Nacional de Controlo que defina como metas principais:

- Aumentar e melhorar o conhecimento da doença na população.
- Capacitar os médicos, em particular, os de Medicina Familiar, com informação necessária para identificar a doença, os seus critérios de gravidade. e acompanhar o tratamento.
- Identificar centros de diagnóstico de 2ª e 3ª linha de intervenção

– Promover mecanismos de referenciação e articulação entre cuidados primários e hospitalares facilitadores do diagnóstico e tratamento.

2 – PREVALÊNCIA E MORTALIDADE DO SAS

A prevalência do SAS ronda os 5 % na população geral entre os 30 a 60 anos de idade, mas poderá estar subestimada. A incidência aumenta com a idade e é maior no sexo masculino (2 a 3:1). No sexo feminino é mais frequente na menopausa (1,2,3).

Os doentes com SAS moderado a grave têm maior risco global de morte, particularmente quando são homens com menos de 50 anos (4).

3 – DEFINIÇÃO

O SAS caracteriza-se por um quadro de sonolência, alterações cardiovasculares e neuro psiquiátricas, secundárias a episódios repetidos de obstrução das vias aéreas superiores durante o sono, que provocam dessaturações e fragmentação do sono por despertares transitórios. O diagnóstico pressupõe uma avaliação clínica adequada e um estudo poligráfico nocturno do sono.

4 – FACTORES DE RISCO

A obesidade é o principal factor de risco. Contudo, o SAS, muitas vezes na sua expressão mais grave, ocorre também em indivíduos sem excesso de peso, particularmente naqueles que apresentam dismorfias crânio-faciais que predis põem ao estreitamento da faringe: palato ogivado, micrognatia, retrognatia e anomalias ORL. A maioria destas alterações anatómicas é adquirida na infância.

A ingestão de álcool e sedativos interferem com actividade dos músculos dilatadores da faringe facilitando a ocorrência de apneias.

5 – MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A suspeita clínica de síndrome de apneia obstrutiva do sono assenta, geralmente, na presença de três manifestações cardinais: roncopatia, descrição de apneias e sonolência diurna excessiva.

São também frequentes a deterioração intelectual, as perturbações da memória, as alterações da personalidade, as cefaleias matinais, e a disfunção sexual.

No SAS não tratado, a sonolência é responsável pelo aumento da incidência de acidentes de viação (5).

6 – SAS E PATOLOGIA CARDIOVASCULAR

Os estudos epidemiológicos apontam para uma associação marcada entre SAS e morbidade cardiovascular. Face a coexistência de vários factores de risco nestes doentes é difícil estabelecer relação causa efeito.

Os mecanismos possíveis são a promoção da aterogénese, atribuível à repetida activação do simpático, elevação de pressão arterial e stress oxidativo.

Cerca de 50% dos doentes com SAS tem hipertensão arterial. A evidência unindo estas duas entidades é tão forte que o SAS foi assumido como a primeira causa identificável e tratável de HTA (6).

O tratamento do SAS melhora, pois, os valores de pressão arterial, nomeadamente na hipertensão refractária.

Indivíduos com SAS têm maior risco (2 a 4 vezes) de desenvolver arritmias complexas (7).

O tratamento do SAS com ventilação por pressão positiva (CPAP) diminui a incidência de doença isquémica coronária. O intervalo entre episódios aumenta (8).

O SAS aumenta a incidência e mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esta associação é independente de outros factores de risco como a HTA. O risco de contrair AVC correlaciona-se com a gravidade do SAS, o que releva a importância do diagnóstico precoce (9).

O SAS é um factor de risco independente para o desenvolvimento de resistência a insulina e Diabetes Mellitus (10). A fragmentação do sono e a hipoxia parecem estar associados às alterações metabólicas. O uso de CPAP melhora o controlo das glicemias.

O SAS parece ser um dos componentes do Síndrome Metabólico associado a obesidade visceral, HTA, dislipidemia e resistência à insulina.

7 – DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono faz-se pela demonstração dos eventos obstrutivos durante o sono e respectiva repercussão, ao nível da SaO₂ e da estrutura do sono.

O exame diagnóstico é feito por estudo poligráfico do sono *standard*, em laboratório, vigiado por técnico credenciado. É assumido como possível a inferência diagnóstica em estudos simplificados com monitorização cardio-respiratória, em ambiente domiciliário, desde que realizados por médicos habilitados para realização de estadiamento manual e conhecedores das suas limitações.

8 – TRATAMENTO

A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono tem tratamento eficaz, em primeira linha, por ventilação por pressão positiva. Outras alternativas, como a cirurgia ou próteses de avanço mandibular, podem ser opção em situações determinadas. A indicação da opção terapêutica deve ser adoptada por médico credenciado.

9 – ESTRUTURAÇÃO DA INTERVENÇÃO SISTEMATIZADA

A suspeita diagnóstica é considerada um processo essencial na intervenção sistematizada uma vez que as manifestações da doença, cuja expressão directa ocorre durante o sono, não são, habitualmente, percebidas pelo doente.

Assim, as entidades a quem competirá a triagem deverão estar habilitadas a suspeitar da presença da doença face a determinadas manifestações – sintomas, sinais e patologia associada.

Partindo do princípio que a primeira linha de intervenção deverá estar localizada nos Cuidados Primários de Saúde há necessidade de habilitar os médicos de Clínica Geral de instrumentos simples (questionários padronizados e validados) para a suspeita de doença.

Os doentes com suspeita de doença deverão ser referenciados a centros habilitados para o diagnóstico quer exclusivamente da Síndrome de Apneia do Sono (2ª linha de intervenção) que a Centros de Medicina do Sono (3ª linha de intervenção).

Os centros de 2ª linha de intervenção deverão possuir referência directa aos centros de 3ª linha de intervenção em caso de dúvida diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento ou suspeita de outra patologia do sono associada.

A prescrição terapêutica deve ser objecto dos centros de 2ª e 3ª linha de intervenção que deverão assegurar a resposta terapêutica eficaz. Uma vez isso conseguido os doentes deverão ser acompanhados pelos Cuidados Primários de Saúde para o que há que habilitar os Médicos de Família no sentido de reconhecer a adesão à terapêutica e sua eficácia, iatrogenia e as situações de referência aos centros prescritores.

REFERÊNCIAS

1 – Young T et al. The occurrence of sleep disordered breathing among middle aged adults. NEJM 1993; 32:1230–1235.

2 – Hiestad DM, Britz P et al. Prevalence of symptoms and risk of sleep apnea in the US population. Results from the National Sleep Foundation Sleep in America 2005. Chest 2006; 130: 780–86.

3 – Duran, et al. Am J Respir Crit Care Med 2001.

4 – Lavie P, et al. All-cause mortality in males with sleep apnoea syndrome. Declining mortality rates with age. Eur Respir J 2005; 25: 514–520

5 – Pack AI, Pien GW. How much do crashes related to obstructive sleep apnea cost? *Sleep* 2004; 27: 369–370

6 – Chobanian A, et al. NHLBI Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure and National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report. *JAMA* 2003; 289:2560– 2572

7 – Mehra R, Benjamin EJ et al. Association of nocturnal arrhythmias with sleep-disordered breathing. The Sleep Heart Health Study. *AJRCM* 2006; 173: 910–916.

8 – Olivier M et al. Benefits of obstructive sleep apnoea treatment in coronary artery disease: a long-term follow-up study. Presented in part at European Society of Cardiology Congress, Vienna, Austria, 2003

9 – Yaggi HK et al. Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death. *NEJM* 2005; 353: 2034–2041

10 – Resnick HE et al. Diabetes and Sleep Disturbances .Findings from the Sleep Heart Health Study. *Diabetes Care* 2003; 26:702–709.