

SAHS

REPTES EN EL MANEIG DE LA SÍNDROME
D'APNEA/HIPOAPNEA DE LA SON EN A.P. 10/10/19

Importància i conseqüències de la SAHS(I)

La SAHS és una malaltia **molt prevalent** (i aquesta prevalença augmenta amb l'edat)

Afecta **1-3%** de la població infantil (Màxima incidència entre 2-5 anys)

Afecta un **14 %** dels homes i un **5%** de les dones en població general adulta en edats mitjanes.

Afecta **20%** dels majors de 65 anys.



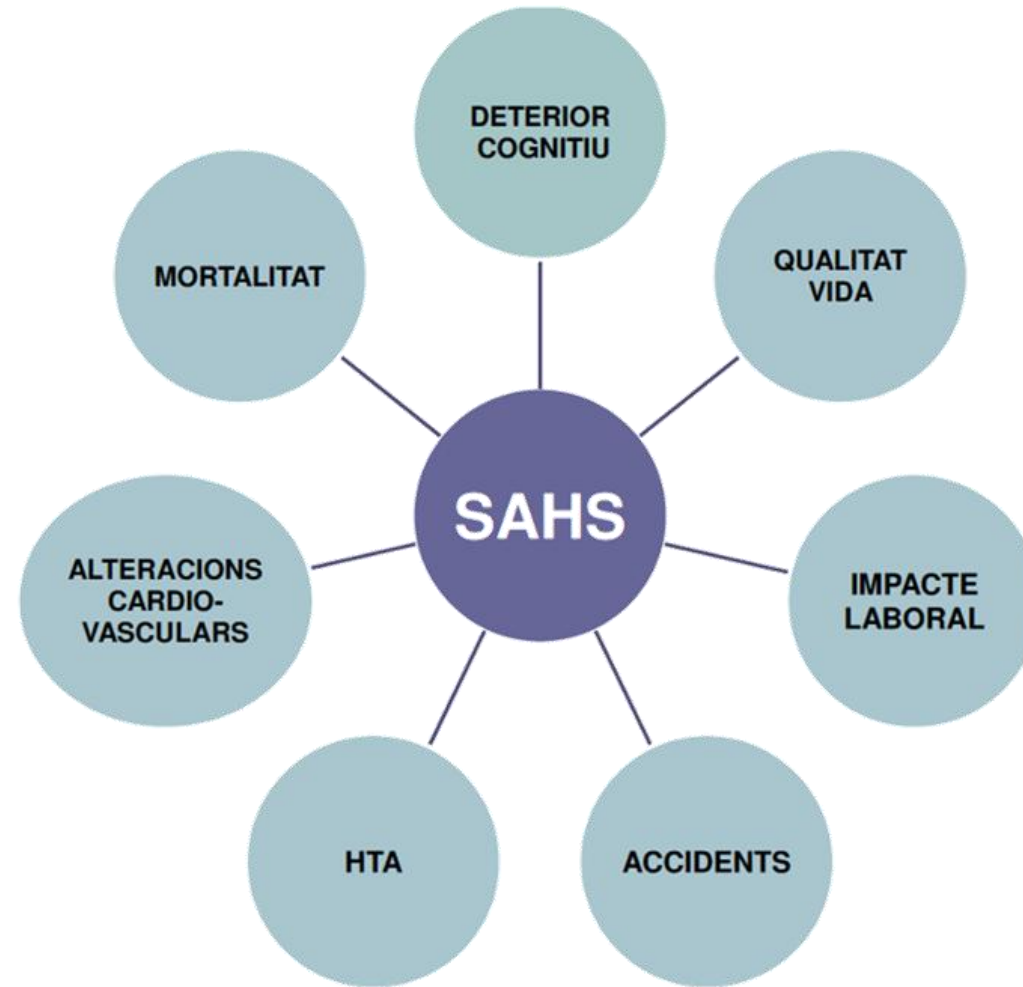
Importància i conseqüències de la SAHS(II)

La SAHS està associada amb:

- HTA (resistent)
- AVC.
- Major incidència de malaltia ateroscleròtica coronària.
- Insuficiència cardíaca.
- Arítmies auriculars ràpides.
- Bradiarítmies, principalment nocturnes.
- Mort sobtada.
- Diabetis Mellitus 2.
- Hipertensió pulmonar.
- Accidents de trànsit, laborals i domèstics.



Importància i conseqüències de la SAHS(III)

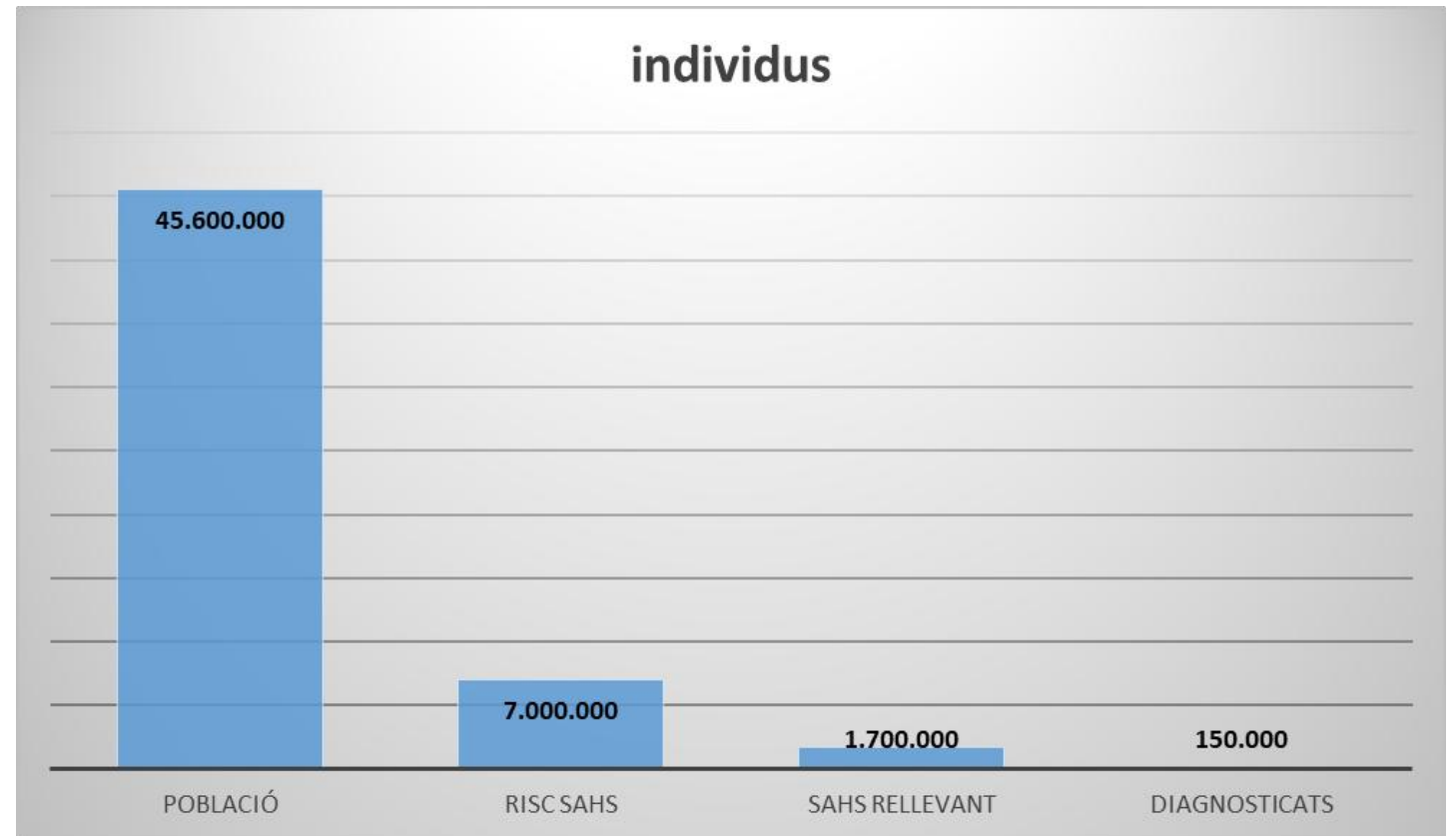


Importància i conseqüències de la SAHS(III)

La SAHS s'ha de considerar un **problema de salut pública** per les complicacions mèdiques, repercussions socio-laborals i el seu impacte negatiu en la qualitat de vida i supervivència.

És important que els metges identifiquin aquests pacients a fi d'oferir-los un tractament eficaç (**Importància de la interacció AE-MF**)

No tractar una SAHS costa a la sanitat pública **2-3 vegades més** que tractar-la (sobretot per les complicacions cardiovasculars i els accidents que se'n deriven)



Definicions: SAHS (I)

Quadre de somnolència diürna excessiva (ESD), trastorns cognitiu-conductuals, respiratoris, cardíacs, metabòlics o inflamatoris secundaris a episodis repetits d'obstrucció de la via aèrea superior durant el son, que provoquen repetides desaturacions de l'oxihemoglobina i microdespertars transitoris ("arousals") que donen lloc a una son no reparadora.

Aquests episodis es mesuren amb l'Index d'Apnea-Hipopnea per hores de son.

Un **IAH ≥ 5** associat a símptomes relacionats amb la malaltia i no explicats per altres causes confirma el diagnòstic.

Un **IAH ≥ 15** .

Gravetat:

IAH 5-14.....LLEU

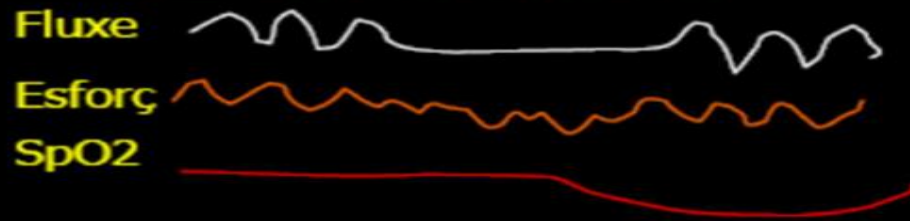
IAH 15-30...MODERAT

IAH >30.....GREU

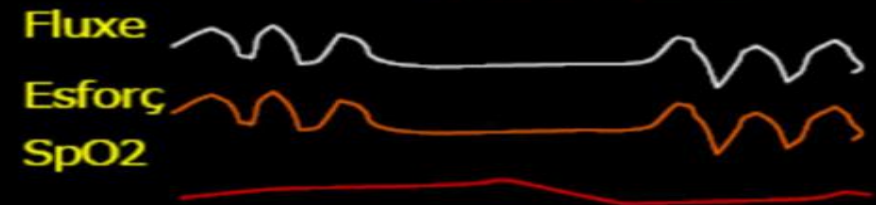
Definicions: tipus d'events respiratoris (III)

APNEA: Absència de fluxe aèri durant ≥ 10 segons

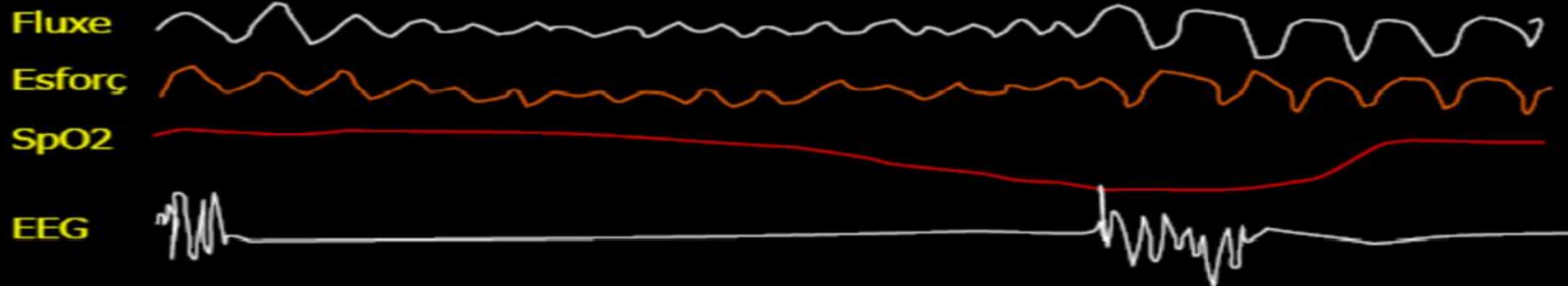
OBSTRUCTIVA



CENTRAL



HIPOPNEA: Caiguda del fluxe aèri ≥ 10 segons amb dessaturació d'oxihemoglobina o "arousal"



FACTORS DE RISC

- EDAT
- SEXE
- IMC.
- FACTORS HORMONALS
- FACTORS ANATÒMICS
- FACTORS GENÈTICS
- POSICIÓ CORPORAL
- GREIX CORPORAL
- ALTRES CAUSES
- HÀBITS TÒXICS I FÀRMACS



PRONÒSTIC

S'associa amb problemes cardiovasculars (CI, IC, AVC,..)

S'associa de forma important amb accidents de trànsit i laborals (la SAHS incrementa de 3 a 7 vegades el risc de patir un accident de trànsit i s'eleva a 11 si ingesta d'alcohol)

La SAHS produeix un augment de la taxa de mortalitat envers la població general (55% de les morts esdevenen durant el son)

Major freqüència d'alteracions del ritme cardíac (bradiarítmies nocturnes i arítmies auriculars ràpides)

Associació causal entre SAHS i HTA.

Associació entre SAHS i DM tipus 2.

Associació entre MPOC i SAHS



Diagnòstic (I)

Sospita clínica basada en símptomes (Anamnesi pacient i acompanyant)

SÍMPTOMES GUIA: (RAS-H)

RONC.

APNEA observada

Somnolència diürna

(HTA)

Diagnòstic (II)

Símptomes diürns:

Excessiva somnolència diürna (ESD) (90% dels pacients)

Astènia (Cansament i fatiga matutines)

Enlentiment psicomotriu

Cefalea matutina

Irritabilitat, canvi de caràcter

Ansietat. Apatia. Depressió

Sequetat de boca i molèsties faríngees

Dèficits mnèsics i de concentració

Reducció de la líbido. Impotència

Sensació de son no reparador

Diagnòstic (III)

Síntomes nocturns:

Apnees objectivades

Despertars freqüents, bruscs pel propi ronc o amb sensació asfíctica (“choking”)

Son agitat, malsons, insomni

Ronc i gemec

Somnilòquia

Nictúria (adults) i enuresi (nens)

Disminució de la líbido

Moviments involuntaris

Sudoració profusa

Reflux gastro-esofàgic

Diagnòstic: Situacions Clíniques Especials (IV)

SAHS en la dona (5%)

(Infradiagnosticada)

Roncs i SDE (= home)

Insomni

Depressió

Cefalea matutina

Fatiga

SAHS en ancià (20%)

(Diagnòstic difícil)

Somnolència

Disminució de la memòria

Astènia

Insomni

Despertars freqüents

Nictúria

Freqüents comorbiditats: CI, HTA, AVC.

SAHS en edat pediàtrica (1-3%)

Sobretot entre 2-5 anys

Causes més freqüents: Hipertròfia faringo-amigdalar

També alteracions craneo-facials (micro i/o retrognatia) associada a sd malformatius

Asimptomàtics o retard del creixement trastorns comportament, somnolència diürna,..

Roncs

Diagnòstic diferencial de la SAHS (I)

Dispnea nocturna:

Reflux gastro-esofàgic

Insuficiència cardíaca

Asma

Diagnòstic diferencial de la SAHS (II)

Hipersòmnia i/o fatiga excessiva diürna:

Falta crònica de son: Mala higiene de la son, son insuficient, canvis d'horaris, "jet lag"...

Síndrome d'hipoventilació alveolar.

Síndrome d'apnea central de la son.

Problemes neurològics, ansietat.

Narcolèpsia.

Fàrmacs (hipnòtics, ansiolítics,..)

Mioclònies nocturnes.

Activitat motora nocturna excessiva:

Síndrome de les cames neguitoses.



ANAMNESI I EXPLORACIÓ FÍSICA BÀSICA EN L'AP (I)

CLÍNICA BÀSICA: **Roncs** entretallats. **Apnees**. Excessiva **somnolència** diürna. (**RAS-H**)

Escala d'Epworth:

Situaciones	Posibilidades de adormilarse			
	Nunca	Pocas	Es posible	Grandes
Sentado leyendo	0	1	2	3
Viendo la televisión	0	1	2	3
Sentado inactivo en lugar público ¿teatro, reunión..?	0	1	2	3
Como pasajero en un coche durante una hora seguida	0	1	2	3
Descansado echado por la tarde cuando las circunstancias lo permiten	0	1	2	3
Sentado charlando con alguien	0	1	2	3
Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol	0	1	2	3
En un coche al pararse unos minutos el tráfico	0	1	2	3
Suma total	<i>En España, > 12: <u>hipersomnia</u></i>			

Puntuació:

10-12 Dubtós.

>12 :Patològic

16-24:Greu

	04/04/2018	23/02/18	20/12/17	15/12/17	09/11/17	24/10/17	12/05/17	31/03/17
<input type="checkbox"/> Filtrat glomerular (fórmula MDRD)								
<input type="checkbox"/> Filtrat glomerular (fórmula CKD_EPI)						60	60	60
<input type="checkbox"/> Àcid Úric (Sang)						5,376	5,5608	5,376
<input type="checkbox"/> Colesterol total						245,491	180,1556	245,491
<input type="checkbox"/> HDL-Colesterol						39,0466	41,3662	39,0466
<input type="checkbox"/> LDL- Colesterol						162,372	110,9542	162,372
<input type="checkbox"/> Triglicèrids (dejú)(TG)						221,375	140	221,375
<input type="checkbox"/> Risc coronari (REGICOR)		+						7,4
<input type="checkbox"/> GPT(ALT)						20	28	20
<input type="checkbox"/> GOT (AST)								20,4
<input type="checkbox"/> GGT								42
<input type="checkbox"/> Sodi (Na)						142	140	142
<input type="checkbox"/> Potasi (K) Sèric						4,43	4,6	4,43
<input type="checkbox"/> Creatincinasa								
<input type="checkbox"/> Quocient albúmina/creatinina						3,1	1,6	3,1
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma		+			Normal			Normal
<input type="checkbox"/> Criteris diagnòstics de fibromialgia								
<input type="checkbox"/> Avaluació fibromialgia		+						Pitjor
<input type="checkbox"/> Consells específics de DM2 donats								
<input type="checkbox"/> Fons d'ull		+	Normal		Demanat			Normal
<input type="checkbox"/> Perfil glicèmia capil·lar		+						
<input type="checkbox"/> Test de Epworth		+						

COL	D	T	S
DM2	D	T	S
HTA	D	T	S
OBES			S
APN-SON			S
FMA			S

04/04/2018

prsf632 - Intel·ligència Activa Clínica

GMA

Seguiment | Actuacions | S. Analític | Imatges

Totes | Més | Seg.

04/04/2018

<input type="checkbox"/>	Filtrat glomerular (fórmula MDRD)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Filtrat glomerular (fórmula CKD_EPI)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Àcid Úric (Sang)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Colesterol total	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	HDL-Colesterol	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LDL- Colesterol	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Triglicèrids (dejú)(TG)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Risc coronari (REGICOR)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GPT(ALT)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GOT (AST)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GGT	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sodi (Na)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Potasi (K) Sèric	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Creatincinasa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Quocient albúmina/creatinina	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Criteris diagnòstica de fibromialgia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Avaluació fibromialgia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Consells específics de DM2 donats	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fons d'ull	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Perfil glicèmia capil·lar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Test de Epworth	<input type="checkbox"/>

<VEN5303> Valoració de la somnolència diürna

Proves - Windows Internet Explorer

Alama Agressió | Alama Sanitària

http://p801.ecap.intranet.gencat.cat/Gabinets/Proves/MostraProva2.aspx

Escala de somnolència d'Epworth

	Nunca se adormilaria	Pocas posibilidades de adormilarse	Moderadas posibilidades de adormilarse	Grandes posibilidades de adormilarse
	0	1	2	3
Sentado leyendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viendo la televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado, inactivo, en un lugar público (por ejemplo en un teatro, un acto público, una reunión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como pasajero en un coche una hora seguida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descansando echado por las tardes cuando las circunstancias lo permiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado charlando con alguien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado tranquilamente despues de una comida sin alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En un coche, al pararse unos minutos en el tráfico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="button" value="Calcular"/>				
Total				

		Pitjor	Pitjor
Normal	Demanat		Normal

Talla: 155

Braç Control PA: Esquerr

Grau d'Excessiva Somnolència Diürna(ESD)(Escala ATS)

1-No hi ha ESD.

2-LLEU: Episodis infreqüents d'ESD que ocorren en situacions passives (veient TV, llegint, viatjant com a passatger) Produeixen poca repercussió sobre les activitats de la vida diària.

3-MODERADA: Episodis d'ESD que ocorren regularment en situacions que requereixen certs graus d'atenció (concerts, teatres, reunions) Produeixen cert impacte en les activitats de la vida diària.

4-GREU: Episodis d'ESD diaris en situacions francament actives (parlant, passejant, menjant) Altera de forma important les activitats habituals.



ANAMNESI I EXPLORACIÓ FÍSICA BÀSICA EN L'AP (II)

CLÍNICA BÀSICA:

Roncs entretallats. **Apnees**. Excessiva **somnolència** diürna (Escala d'EPWORTH)

(**RAS**-H)

ALTRES SÍMPTOMES I SIGNES DIÛRNS I NOCTURNS:

Son agitada (també versió de la parella)

Hàbits del son (durada, horari, migdiades,..)

Despertars nocturns.

Cefalea matutina.

Son no reparadora.

ANAMNES I EXPLORACIÓ FÍSICA BÀSICA EN L'AP (III)

Antecedents familiars, personals i patològics d'interès

Consum de tabac, alcohol.

Consum de fàrmacs (ansiolítics, hipnòtics, antidepressius, miorrelaxants, mòrfics,..)

Obesitat, HTA, DM tipus 2, MRGE, Rinitis-obstrucció nasal,..

Malaltia cardiovascular(cardiopatia isquèmica,..)

Hàbits de son (horaris, migdiades, temps, higiene de la son..)

Modificacions de pes en els últims anys.

ANAMNESI I EXPLORACIÓ FÍSICA BÀSICA EN AP(IV)

- **Dades antropomètriques:** Pes, Talla, IMC, perímetre coll (<37cm baix risc, >48cm alt risc)
- **Perímetre abdominal:** >94cm en l'home, >80 cm en la dona
- **Distància hioides-mandíbula:** Més petita del normal=coll curt, afavoreix la SAHS
- **Constitució facial:** Maxil·lar, mandíbula, qualitat de la mossegada i avaluació de la retro-micrognàtia...



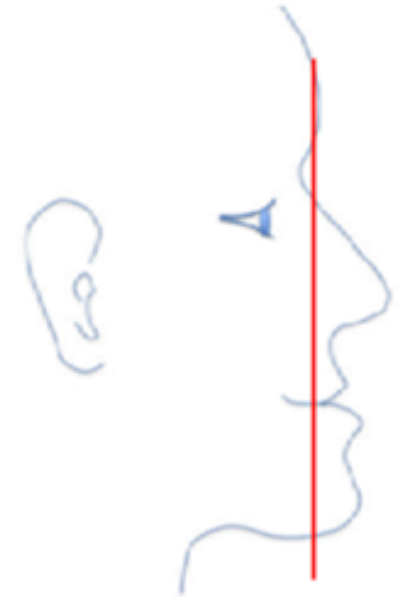
Valoració retrognatia



**Perfil facial
recto**



**Perfil facial
retrognata**



**Perfil facial
prognata**

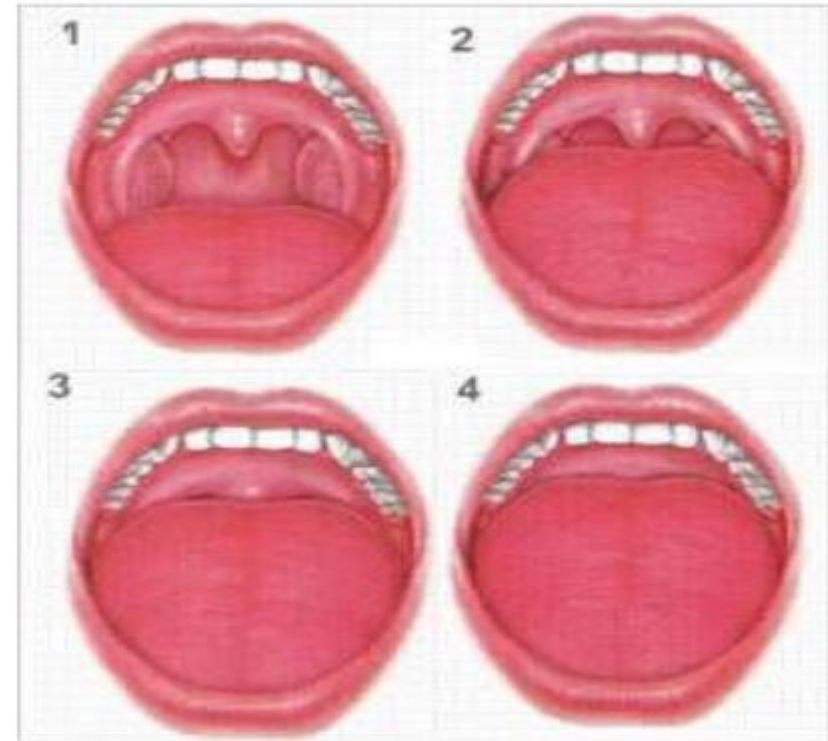
ANAMNESI i EXPLORACIÓ

Exploració de la via aèria superior:

- Orofaringoscopia: Hipertròfia paladar to
- Exploració dels graus de Mallampati
- Rinoscòpia: exploració nasal (rinorrea, e



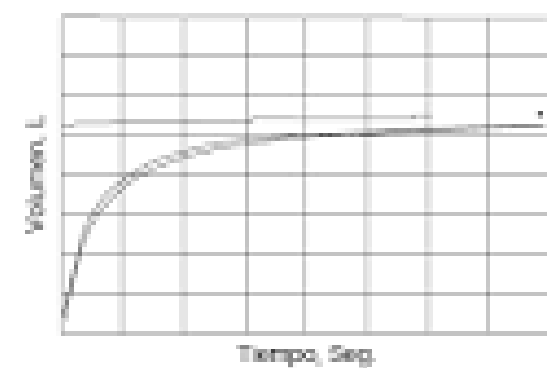
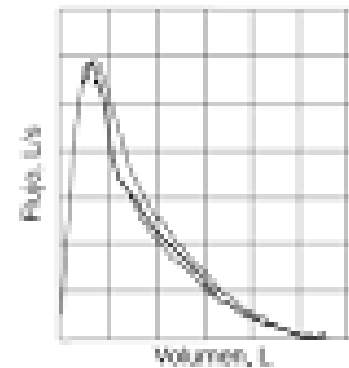
Friedman's Palatal Position Grading



ANAMNESI i EXPLORACIÓ FÍSICA BÀSICA en AP(VI)

TA. Auscultació cardiorespiratòria i TSA.

PROVES COMPLEMENTÀRIES: Analítica (Hemograma, HHTT, GB, Perfil lipídic,..) Radografia Tòrax; ECG ; PFR amb test BD; ECOCARDIOGRAMA amb DOPPLER en SAHS greu



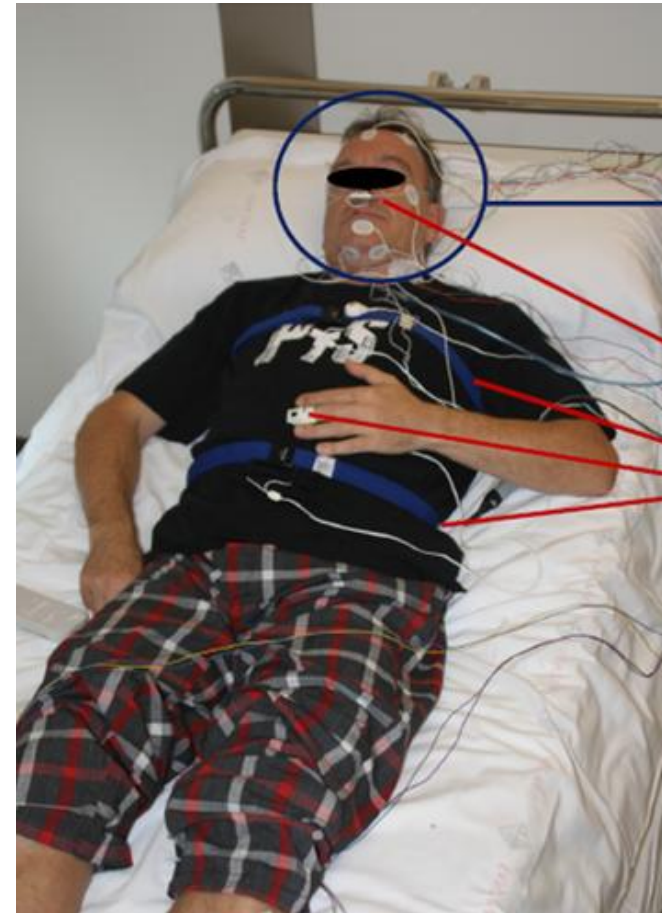
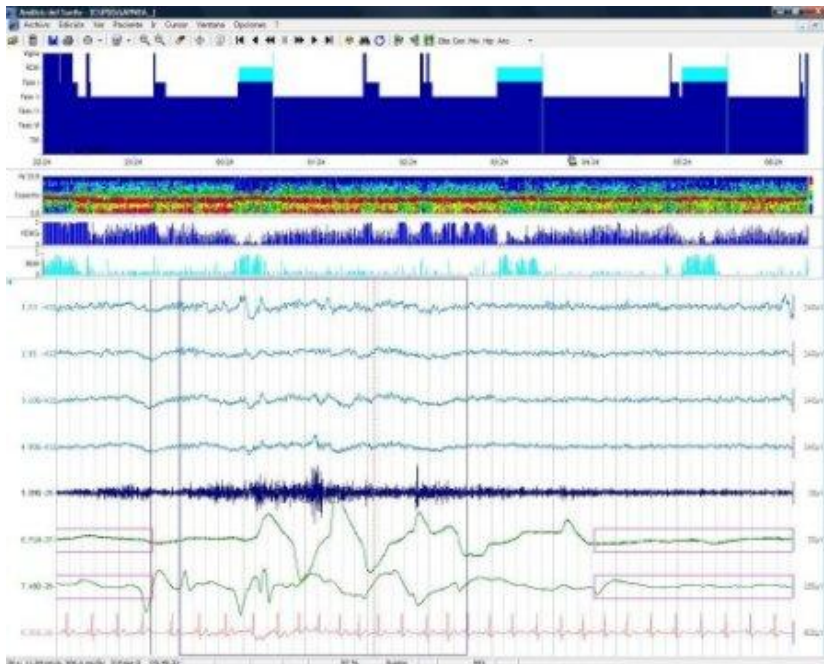
DIAGNÒSTIC(I) POLISOMNOGRAFIA

POLISOMNOGRAFIA CONVENCIONAL:

12 Canals.

6.5 hores (Mínim 3 hores de son) en horari nocturn.

Vigilada



Polisomnografia

Variables neurofisiològiques

EEG
EOG
EMG

Variables Cardio-Respiratòries

Flux nasobucal
Esforç ventilatori
Saturació d'O₂
ECG
Events respiratoris

Altres variables

Ronc
Moviments de EEII
Posició Corporal

DIAGNÒSTIC(II) POLIGRAFIA

POLIGRAFIA RESPIRATÒRIA:

Més simple.

Menys canals.

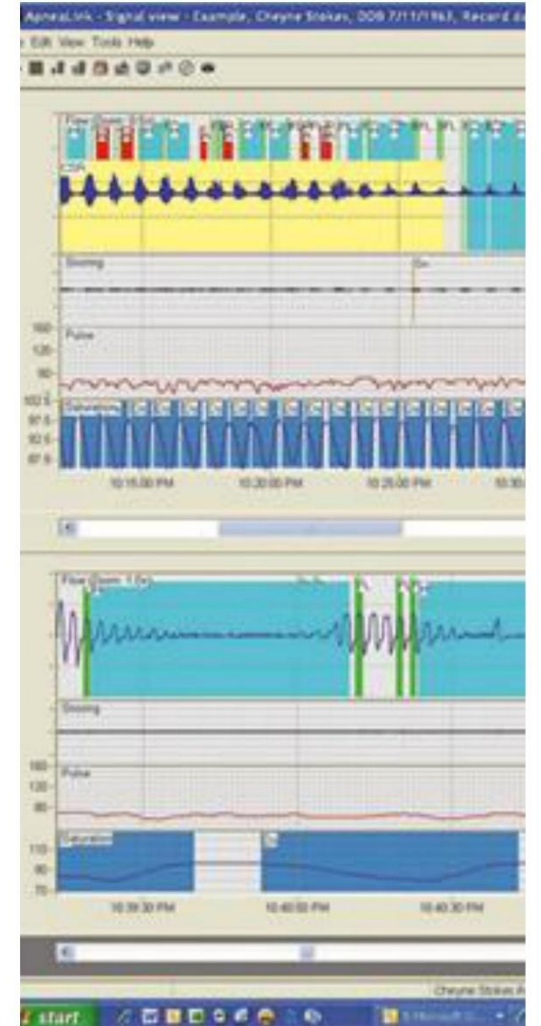
Es pot fer a domicili.

Només mesura variables cardiorespiratòries.

INDICACIONS:

Pacients amb baixa sospita de SAHS x descartar-la.

Pacients amb elevada sospita de SAHS.



DIAGNÒSTIC: PSG (III)

Informe: Hipnograma

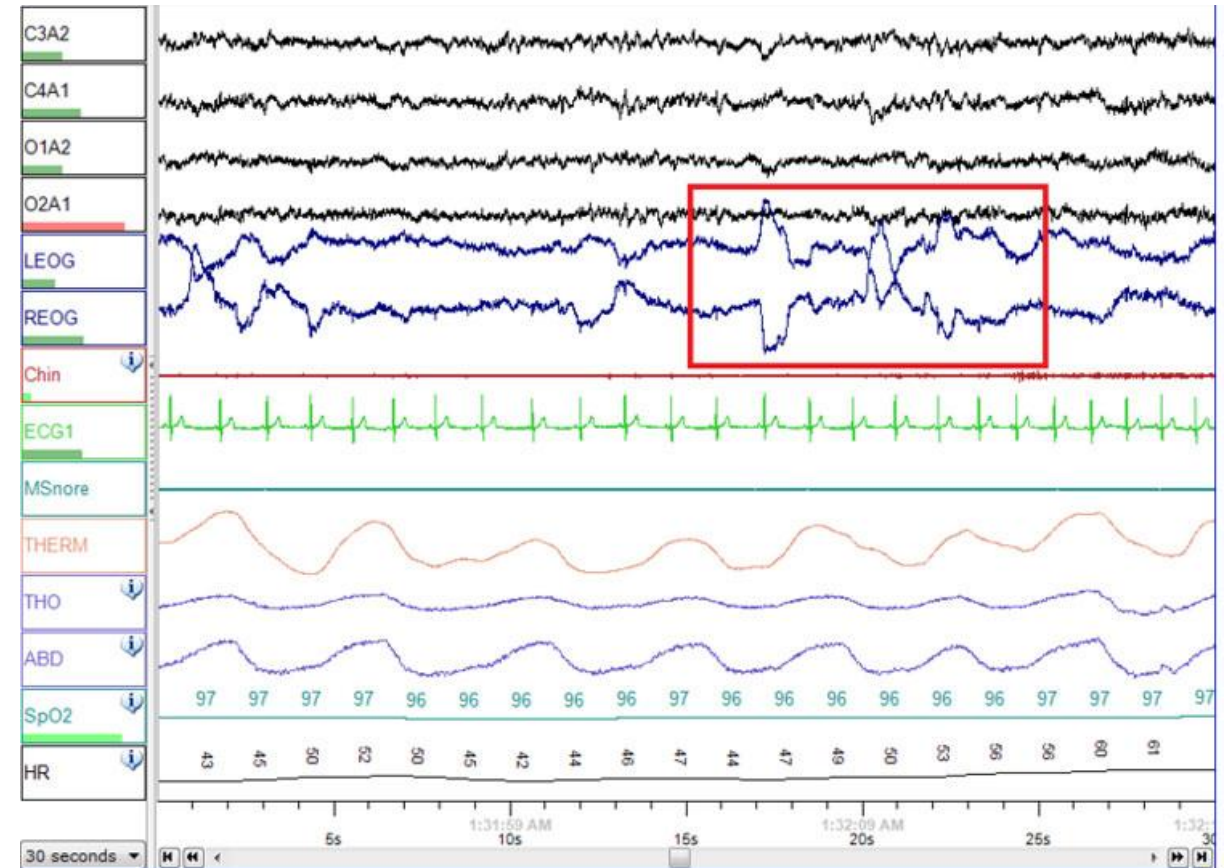
Continguts :

Eficiència del son.

Qualitat i quantitat del son.

Índex de pertorbació respiratòria (IAH, IAR)

Temps de saturació per sota del 90% (CT 90%)



DIAGNÒSTIC: PSG(IV)

Index d'Apnea-Hipopnea per hores de son:

Un **IAH ≥ 5** associat a símptomes relacionats amb la malaltia i no explicats per altres causes confirma el diagnòstic.

Un **IAH ≥ 15** .

Símptomes: 1 ó més relacionats amb la malaltia i no explicats per altres causes:

-Excessiva somnolència diürna

-Asfíxies durant el son, despertars recurrents, embotiment al despertar, fatiga durant el dia, dificultat en la concentració.

Gravetat:

IAH 5-14.....LLEU

IAH 15-30...MODERAT

IAH >30.....GREU

TRACTAMENT DE LA SAHS a l'AP (I)

Mesures higiènic-dietètiques :

Perdre pes.

Evitar fàrmacs relaxants musculars, hipnòtics, . .

Consell antitabàquic, evitar l'alcohol.

Tractar possible trastorn que causi obstrucció nasal.

Dormir en posició lateral.

Adquirir bona higiene del son.

Donar full consell informatiu sobre mesures higiènic-dietètiques generals.

Tractament de les malalties associades: Hipotiroidisme, MRGE,..

Tractament de la SAHS (II): Higiene del son. Recomanacions:

- 1-Evitar el consum d'alcohol i tabac.
- 2- Evitar el consum de substàncies estimulants i amb cafeïna.
- 3-Fomentar rutines de son.
- 4-Evitar migdiades perllongades (Màxim 30 min)
- 5-Practicar exercici físic de forma regular i moderada.
- 6-Acondicionar el dormitori (soroll, llum, temperatura,..)
- 7-Associar el llit amb el son (**evitar TV**, feina, menjar al llit,..)
- 8-Evitar sopars abundants.
- 9-**Evitar l'ús de mòbils, tauletes, ordinadors**,... abans d'anar a dormir.
- 10-Si no es pot dormir, llevar-se, fer alguna activitat per distreure's i tornar al llit només si es té son.

TRACTAMENT AMB CPAP(I)

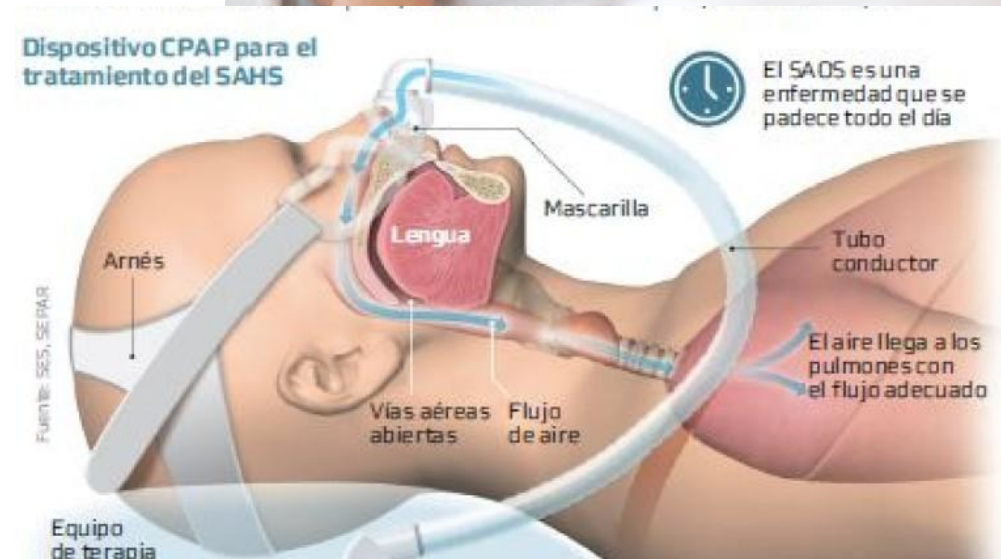
És el tractament d'elecció de la SAHS.

Ús de pressió positiva continua sobre la VAS.

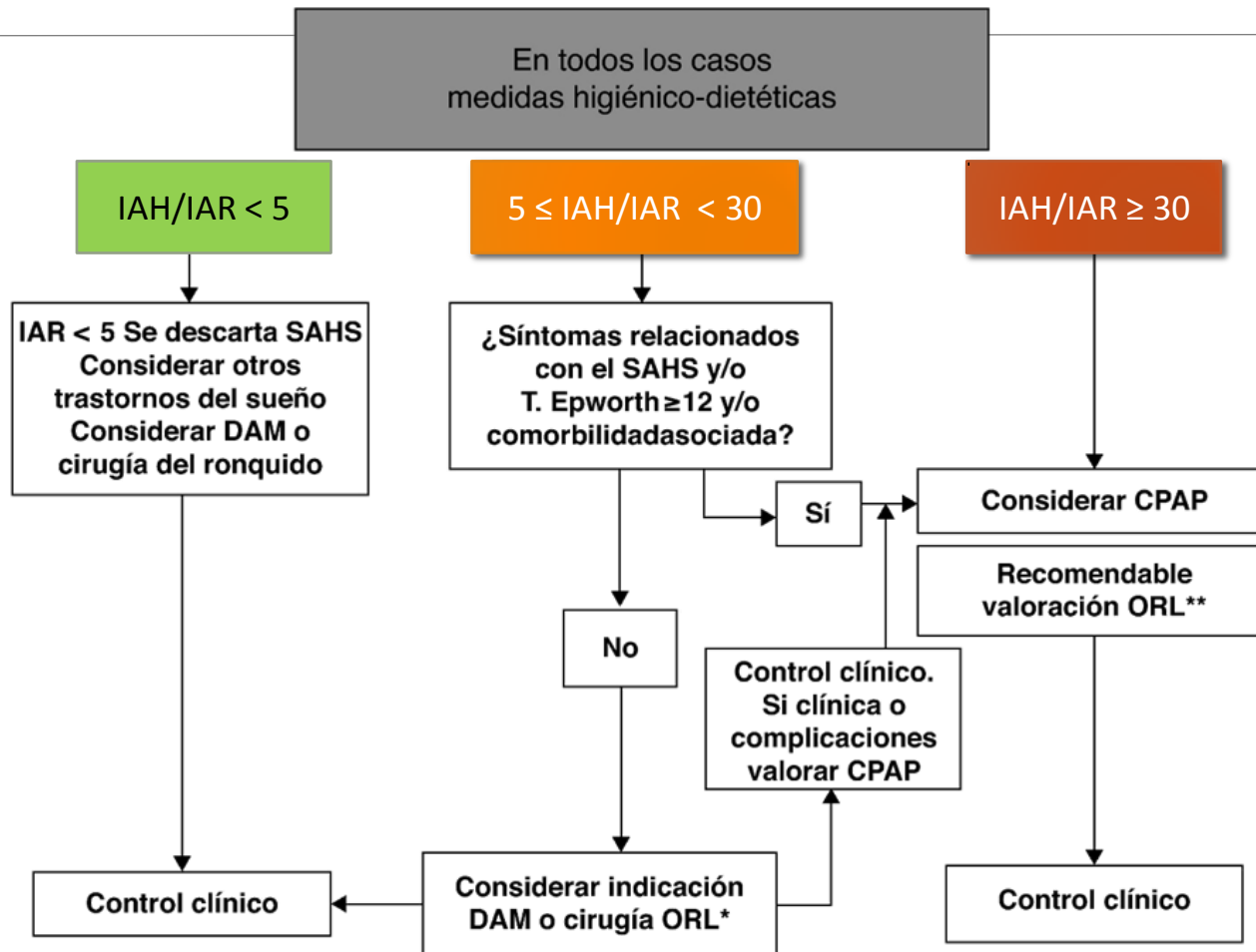
Corregeix:

- Les apnees obstructives, mixtes i moltes de centrals.
- Elimina les hipopnees.
- Evita la desaturació d'oxigen, despertars en EEG (arousals) secundaris a esdeveniments respiratoris.
- Normalitza l'arquitectura del son.

Continuos Positive Airway Pressure



Tractament amb CPAP (II)



* Se desaconseja el empleo de DAM sin una evaluación y control por un dentista y/o maxilofacial

**En los pacientes que no toleren o rechacen CPAP considerar otras opciones como las DAM y la cirugía ORL y/o maxilofacial

DAM: Dispositivo de avance mandibular; IAH: índice de apneas-hipopneas; IAR: índice de alteración respiratoria; ORL: otorrinolaringología



SEGUIMENT A L'AP

Pacients amb SAHS lleus i moderades sense FRCV amb CPAP

Visita semestral per valorar :

Acompliment de la CPAP.

Tolerància de la CPAP.

Acompliment de mesures higiènic-dietètiques (pèrdua de pes)

Síntomes :

La resposta de la CPAP és ràpida.

La somnolència diürna millora als pocs dies.

Els roncs desapareixen (encara que no indica necessàriament la desaparició de les apnees)

Aparició de complicacions.

Críteris de re-derivació a la Unitat del Son

- SAHS sense CPAP si **somnolència invalidant**.
- **Comorbiditats significatives** (HTA resistent, cardiopatia isquèmica, AVC,...)
- **Canvis en el pes** (<15 % o > 15%) des del diagnòstic.
- SAHS amb CPAP si **no tolerància, manca d'acompliment, efectes secundaris no tolerats o reaparició de simptomatologia**.
- **Falta de resposta** al tractament.

CERCA ACTIVA DE SAHS DES DE L'AP

POBLACIÓ DE RISC:

-**Obesitat** (IMC>30): 66% de SAHS pateixen obesitat.

Si obesitat mòrbida (IMC>40): 50% són SAHS.

-**HTA** resistent (MAPA: Descartar:

- Hipertensió nocturna (TA>120/70)

-Ritme circadià (Patró non dipper o riser)

-**Events cardiovasculars**: Cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca congestiva,...

-**AVC**

-**DM tipus 2**

-**Arítmies**: AC x FA; Bradiarítmies nocturnes,..(Holter cardiac 24h)

-**Hipertensió pulmonar** (Ecocordio)

-**Població de risc per a accidents de trànsit**

-**Preoperatori de cirurgia bariàtrica**

-**ORL/Maxilofacial**: Obstrucció nasal crònica, hipertròfia adenoides, hipertròfia amigdalària, retro/micrognatia

-Asma greu no controlada

-Fibromiàlgia (grup de dones: astènia, insomni, cefalea, irritabilitat, depressió,..)

-Roncadors: 95% de SAHS són roncadors però no a l'inrevés

Derivació

URGENT:

Somnolència invalidant

Professió de risc

HTA mal controlada

Malaltia cardiovascular greu (+ símptomes suggestius de SAHS): Arítmies, CI, AVC,

Insuficiència respiratòria

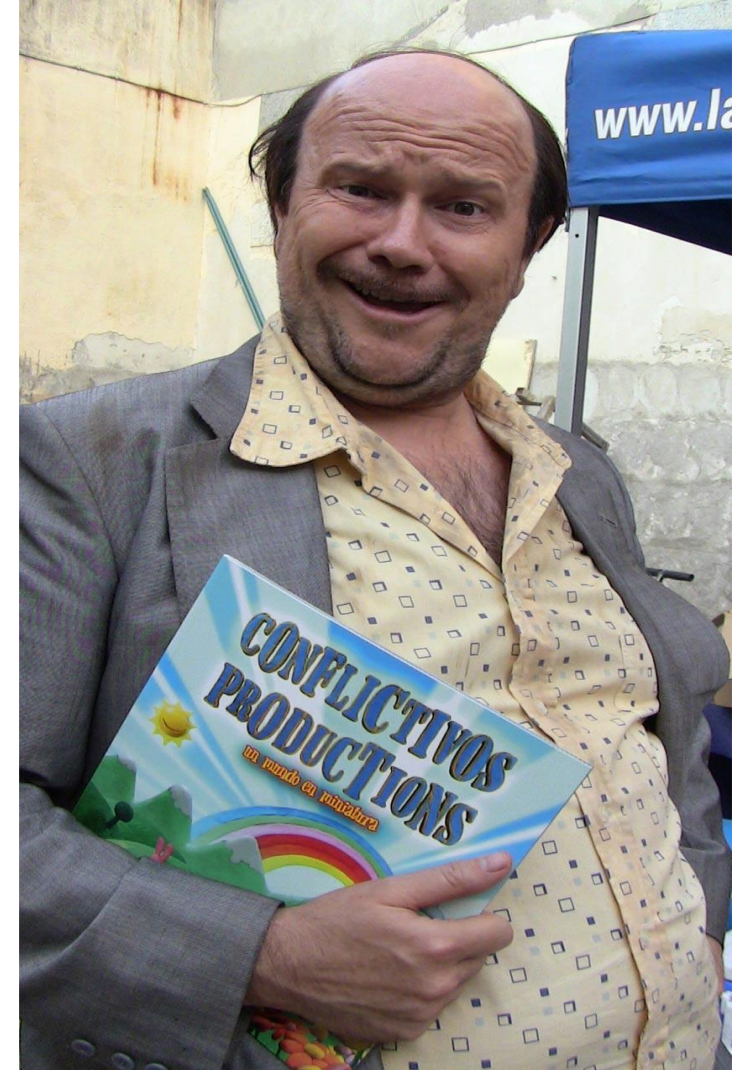
ORDINÀRIA:

La resta.

NO DERIVAR:

Roncopatia, obesitat, HTA aïllades.

Casos Clínic





Cas 1

Home 48 anys. HTA de difícil control

Pes: 108kg Talla: 172cm IMC: 36,5

No DM, no DLP, no events CV, sense comorbiditats

No tabaquisme, no alcohol

TA: 155/95 mmHg

Escala de Epworth: 12

Grau de somnolència ATS: moderat

Estudi de monitorització ambulatoria (EMA):

Temps registre: 449 minuts

IAH total: 83.7, supi: 83, Dec lateral: 62

SO2 mitjana: 93%, CT 90%: 18%, ID4%: 52

Cas 1

Grau d'Excessiva Somnolència Diürna(ESD)(Escala ATS)

Escala

1-No hi ha ESD.

2-LLEU: Episodis infreqüents d'ESD que ocorren en situacions passives (veient TV, llegint, viatjant com a passatger) Produeixen poca repercussió sobre les activitats de la vida diària.

3-MODERADA: Episodis d'ESD que ocorren regularment en situacions que requereixen certs graus d'atenció(concerts, teatres, reunions) Produeixen cert impacte en les activitats de la vida diària.

4-GREU: Episodis d'ESD diaris en situacions francament actives (parlant, passejant, menjant) Altera de forma important les activitats habituals

Sentado i

Como pa

Descans

las

Sen

Sentado

En un c



Estudi de monitorització ambulatoria

Indicador	Criteri valor
IAH (apneas/hora):	IAH < 5: normal 5-15: lleu 15-30: moderat > 30: sever
SO2 MEDIA(%):	< 90%
CT 90% :	%temps amb SatO2 < 90% < 1%: normal < 5%: lleu 5-20%: moderat > 20%: greu
ID 4%:	Nº de caigudes de la Sat O2 > 4% > 15 caigudes c/h alt risc de SAHS
TEMPS REGISTRE (minuts):	> 5 hores



Cas 1

Home 48 anys. HTA de difícil control **Valorar importància dels FRCV**

Pes: 108kg Talla: 172cm **IMC: 36,5** **Importància clínica per la sospita de SAHS**

No DM, no DLP, no events CV, sense comorbiditats

No tabaquisme, no alcohol

TA: 155/95 mmHg

Escala de Epworth: 12 **Aprendre a valorar la somnolència i qüestionaris**

Grau de somnolència ATS: moderat

Estudi de monitorització ambulatoria (EMA):

Temps registre: 449 minuts

IAH total: 83.7, supi: 83, Dec lateral: 62

SO2 mitjana: 93%, CT 90%: 18%, ID4%: 52

Risc alt de SAHS

Cas 2



Dona 71 anys. Roncadora

Roncar no vol dir SAHS

Pes: 75kg Talla: 159cm

IMC: 30

No DM, no DLP, no events CV, sense comorbiditats

No tabaquisme, alcohol 40gr/dia

TA: 110/70 mmHg.

Escala de Epworth: 5

Grau de somnolència ATS: moderat

Estudi de monitorització ambulatoria (EMA):

Temps registre: 438 minuts

IAH total: 4.4, supi: 3.7, Dec lateral: 10

SO2 mitjana: 92%, CT 90%: 0.2%, ID4%: 1.2

Risc baix de
SAHS



Cas 3

Home 68 anys. Somnolència diürna.

Valorar la importància de la clínica per la sospita diagnòstica del SAHS

TA: 110/65 mmHg

Pes: 98kg Talla: 169cm IMC: 34

Escala de Epworth: 14

Grau de somnolència ATS: greu

Sembla indicar SAHS

Estudi de monitorització ambulatòria (EMA):

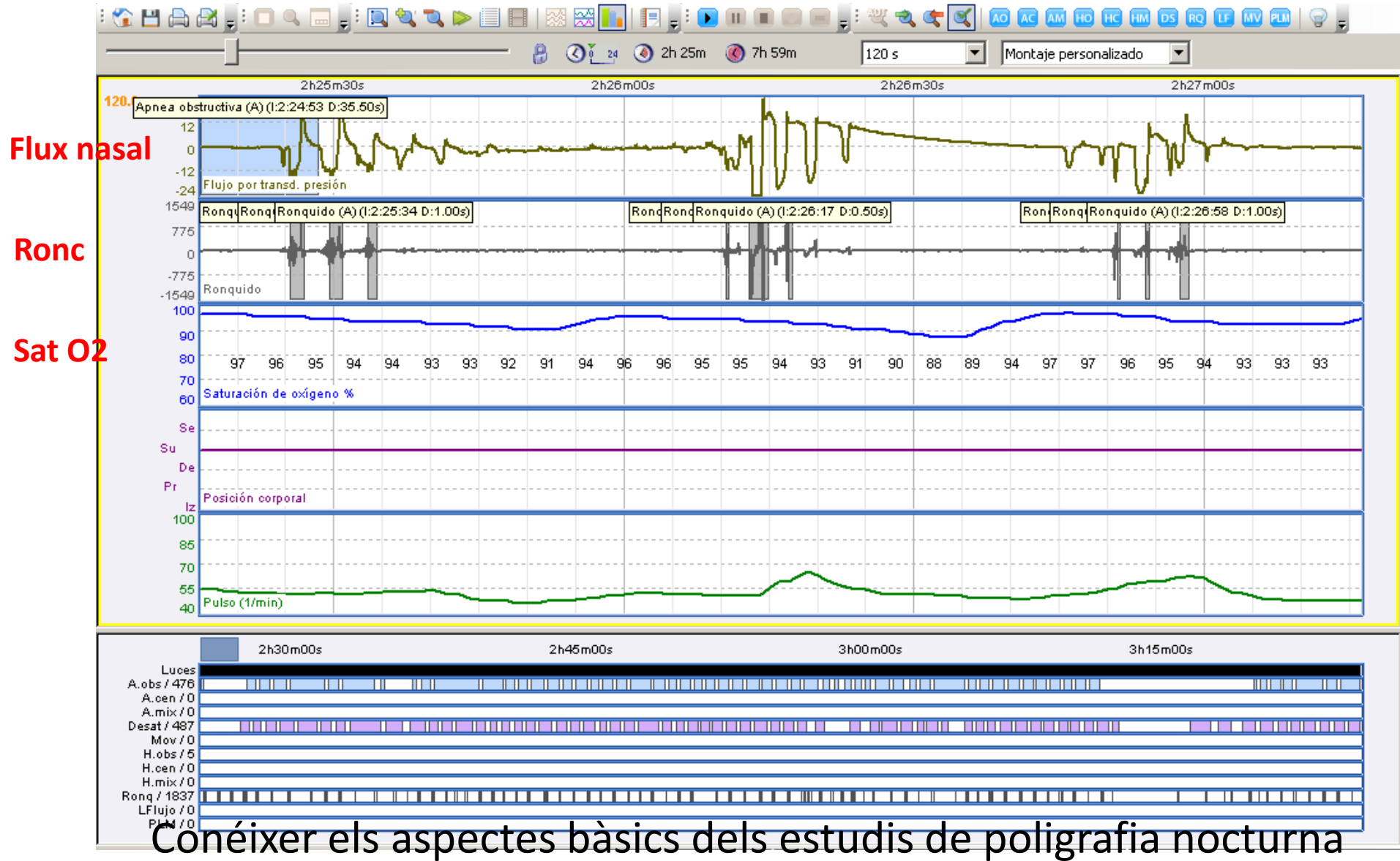
Temps registre: 360 minuts, artefactes, regular qualitat de la son

IAH total: 6, supi: 7, Dec lateral: 10

SO2 mitjana: 87%, CT 90%: 94%, ID4%: 27

Risc SAHS
indeterminat

Exemple de poligrafia nocturna



Conéixer els aspectes bàsics dels estudis de poligrafia nocturna

CPAP



Congestió/obstrucció nasal:

Corticoids/descongestionants

Epistaxi: Humidificació

Sequetat faríngea: Humidificació

Sensació de fred: Aire templat/calent

Irritació cutània: Canvi de mascareta,
corticoid tòpic, pegats.

Conjuntivitis: Ajustar mascareta

Cefalea: Passatgera. Analgèsia

Soroll del generador: Nous dispositius

Insomni: Passatger

1. Digueu 3 consells de salut que donaríeu a un pacient diagnosticat amb SAHS
2. Expliqueu les parts d'un aparell de CPAP
3. Quin és el compliment mínim i el compliment del tractament?

Generador de pressió

compliment mínim: 3.5 hores/nit

compliment del tractament:

Subjectiu: segons el pacient

Objectiu: amb el comptador de dosis

Moltes gràcies!

