



SAOS implicaciones anestésicas

Dra. Miriam del Carmen Miranda Mendoza

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es un padecimiento más común de lo que podemos apreciar, se caracteriza por episodios de obstrucción de la vía aérea parcial o total, principalmente durante la noche que pueden durar entre 10 y 20 segundos por minuto; su prevalencia es de más del 10% de la población asociándose principalmente a la obesidad, diabetes, enfermedades cardíacas y edad avanzada, se estima que no todos los pacientes están diagnosticados adecuadamente^(1,2).

Esto implica un reto para el anestesiólogo debido al incremento de la morbilidad en el transoperatorio y la alta asociación del SAOS con la vía aérea difícil. De acuerdo al *Joint National Committee*⁽³⁾ el SAOS asociado con la hipertensión es responsable aproximadamente del 50% de infartos del miocardio en quirófano. De ahí que un manejo adecuado de los niveles de presión sanguínea en límites bajos sea una de las bases principales del manejo anestésico⁽³⁾.

VALORACIÓN PREANESTÉSICA

El corroborar que el paciente cursa con SAOS y prevenir el manejo de éste en sala es el primer paso a una cirugía segura; existen múltiples cuestionarios para valorar el riesgo anestésico en SAOS como el STOP-BANG (Cuadro I), que tiene una sensibilidad del 93% y con una especificidad del 43%. El cuestionario se compone de 4 preguntas y 4 exámenes exploratorios que en inglés forman el acrónimo STOP-BANG.

El contar con una adecuada valoración preanestésica que incluya radiografía de tórax así como electrocardiograma y pruebas de función pulmonar en pacientes con sospecha de SAOS sin importar que el paciente sea menor de 40 años es indispensable para poder normar la conducta a seguir dentro del quirófano⁽⁴⁾.

MANEJO PREANESTÉSICO

Aunque es común la medicación con benzodiacepinas en el paciente con SAOS debe evitarse, ya que el efecto sedativo y la depresión del sistema nervioso central puede inhibir la respiración

disminuyendo la capacidad residual del paciente (ya disminuida de antemano) predisponiendo a la presentación de atelectasias. También deprime el tono muscular pudiendo presentar un colapso de la vía aérea superior impidiendo la ventilación del paciente.

En todos los casos el contar con un carro de vía aérea difícil con mascarillas laríngeas y tubos orotraqueales de diferente diámetro es indispensable, así como el apoyo de un anestesiólogo más en sala. Algunos autores incluso recomiendan la intubación del paciente despierto^(3,4).

MANEJO TRANSANESTÉSICO

La elección de los agentes de inducción y mantenimiento es importante, es lógico evitar grandes dosis y fármacos de larga acción.

Cuadro I. Cuestionario STOP-BANG.

S-noring

- ¿Ronca tan alto que incluso podría escucharse desde otra habitación? sí/no

T-ired

- ¿Con frecuencia se encuentra fatigado o somnoliento durante el día? sí/no

O-bserved

- ¿Ha observado alguien que haga pausas al respirar mientras duerme? sí/no

P-ressure

- ¿Ha sido o es tratado de hipertensión arterial? sí/no

B-MI

- IMC mayor de 35 kg/m² sí/no

A-GE

- Edad mayor de 50 años sí/no

N-eck

- Circunferencia cervical mayor de 40 cm sí/no

G-endre

- Género masculino sí/no

Tres o más respuestas afirmativas indican un riesgo de casi 50% de padecer SAOS mientras que si las respuestas son dos o menos el riesgo es casi nulo.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

Es recomendable evitar los bloqueadores neuromusculares a dosis elevadas por el riesgo de aparición de eventos respiratorios en el postoperatorio. Los opiáceos deben usarse con juicio, aunque la posibilidad de disponer de (CPAP) Continuous Positive Airway Pressure obviará la potencial dificultad en el postoperatorio, especialmente si el paciente está familiarizado con ella.

En la actualidad se cuenta con estudios que recomiendan un manejo continuo de presión positiva de la vía aérea reduciendo los riesgos cardiovasculares⁽⁴⁾.

En sus guías de actuación la ASA recomienda especial atención en el manejo de la vía aérea, extubación sólo cuando el paciente este bien despierto y con fuerza muscular probada, uso cuidadoso de opioides, monitorización postoperatoria de la saturometría por al menos 24 horas y el uso de anestesia regional siempre que sea posible en el paciente portador de SAOS.

MANEJO POSTANESTÉSICO

El postoperatorio inmediato es cuando el paciente estará más expuesto a complicaciones vinculadas a un agravamiento

del SAOS y a una mayor morbimortalidad. Posterior a la extubación, el paciente aún permanece bajo los efectos de la anestesia, tanto en sangre como en líquido cefalorraquídeo, es en ese momento cuando el paciente debe permanecer bajo vigilancia estrecha, se recomienda el uso de CPAP de manera inmediata. Diferentes estudios no controlados han mostrado que la aplicación de la CPAP reduce el riesgo de morbimortalidad en el perioperatorio.

Todas las potenciales complicaciones relacionadas con el SAOS estarán potenciadas en el postoperatorio: mayor hipoxemia, hipercapnia, hipertensión arterial pulmonar y sistémica, acidosis, aumento de la postcarga sobre ambos ventrículos, aumentos muy importantes de la presión intratorácica con los eventos respiratorios, etc. Todo ello puede favorecer la aparición de complicaciones traducidas en forma de arritmias cardíacas e isquemia miocárdica.

Es importante evitar el decúbito dorsal y un adecuado control analgésico en las primeras 24 horas del postoperatorio.

En conclusión, una adecuada valoración preanestésica y un manejo transoperatorio diferenciado marcarán el resultado favorable en el paciente con SAOS.

REFERENCIAS

1. American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of patients with obstructive sleep apnea. Practice guidelines for the perioperative management of patients with obstructive sleep apnea: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of patients with obstructive sleep apnea. *Anesthesiology*. 2014;120:268-286.
2. Rahimi E, Mariappan R, Tharmaradinam S, Manninen P, Venkatraghavan L. Perioperative management and complications in patients with obstructive sleep apnea undergoing transsphenoidal surgery: Our institutional experience. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2014;30:351-354.
3. Banqueri-Martin R. Conoce a tus enemigos: cuestionario Stop Bang. Blog de Anestesiología. 26 de Ago de 2013.
4. Schein-Andressa SO. Continuous positive airway pressure reduces blood pressure in patients with obstructive sleep apnea; a systematic review and meta-analysis with 1000 patients. *J Hypertens*. 2014;32:1-12.