

ÍNDICE

Apneia do Sono	2
O que é a Síndrome de Apneia do Sono?	2
Exames e tratamento	3
Perguntas e respostas:	4
CPAP	4
Avanços na tecnologia de humidificação de CPAP.....	6
Porque é que a humidificação aquecida é uma ferramenta tão útil no tratamento de CPAP?	6
Porque é que a humidade do tratamento CPAP precisa de ser reavaliada?	7
Referências	8

Apneia do Sono

O que é a Síndrome de Apneia do Sono?

A mais comum perturbação respiratória do sono é a Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) que é causada por um relaxamento excessivo dos músculos da parte superior da faringe, durante o sono, levando a uma obstrução total ou parcial da via aérea (1-4). Estes episódios, que também causam uma queda do nível de oxigénio no sangue, têm a duração de dez segundos a um minuto ou mais. (2,3) O cérebro regista a falta de oxigénio e o indivíduo desperta apenas o suficiente para desimpedir a via aérea e recomeçar a respirar, dando novamente início ao ciclo. Na maioria dos casos os indivíduos não se lembram destes episódios, quando acordam no dia seguinte, no entanto estes limitam gravemente os efeitos reparadores do sono. (3) Pessoas com Síndrome de Apneia do Sono moderada ou grave podem chegar a acordar centenas de vezes por noite sem se aperceberem (2). Oficialmente cerca de 4% dos homens e 2% das mulheres nos EUA sofrem de apneia do sono, mas a investigação científica tem mostrado que um número bastante superior de pessoas vive com este problema (1,3). Um estudo estimou estes valores em 24% dos homens e 9% das mulheres. Outra afirma que cerca de 14% dos adultos sofrem deste problema (6). “A Síndrome de Apneia do Sono é um problema de saúde *major* a nível mundial”, afirma Edward Grandi, diretor executivo da *Associação Americana de Apneia do Sono*. “É comum, mas pouco diagnosticada, e as complicações da Síndrome de Apneia do Sono não tratada podem ser muito graves”. Os sinais e sintomas da SAOS incluem ressonar alto e frequente, engasgamento ou dificuldade em respirar durante o sono, sonolência ou cansaço durante o dia e dificuldades de concentração. (1,4,6) A Síndrome de Apneia do Sono não causa apenas um cansaço perturbador, mas é também causa de vários e sérios problemas de saúde. A Síndrome de Apneia do Sono não tratada pode causar ou contribuir para problemas cardíacos tais como *ataque cardíaco*, arritmias e hipertensão arterial. Está também associada a acidente vasculares cerebrais, epilepsia e diabetes(1,3,4). Um baixo nível de vigilância causado pela falta de um sono de qualidade, pode resultar numa diminuição da concentração, baixa produtividade no trabalho ou na escola e acidentes de viação. (4,6)

Exames e tratamento

A Síndrome de Apneia do Sono é diagnosticada através de uma polissonografia ou estudo do sono (PSG). (1, 2, 3) A PSG é efetuada durante a noite, num laboratório de sono. Neste exame vários sensores medem continuamente a respiração, os níveis de oxigénio no sangue, o ritmo cardíaco e o movimento dos membros, entre outros. Nos adultos a Síndrome de Apneia do Sono é diagnosticada se há a paragem ou redução da respiração mais de cinco vezes por hora. Mesmo a SAOS ligeira pode causar problemas de saúde, mas as pessoas com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono grave podem acordar mais de 30 vezes por hora (1,3). Para além da PSG, outros exames podem validar o diagnóstico de Síndrome de Apneia do Sono, tais como um estudo poligráfico do sono em ambulatório, que é feito em casa, ou uma oximetria de pulso, que monitoriza os níveis de oxigénio no sangue (1,2,3). No entanto, a PSG efetuada num centro de sono acreditado ainda é considerada o único teste definitivo (1,2). O tratamento mais eficaz para a Síndrome de Apneia do Sono é a aplicação contínua de pressão positiva na via aérea, ou CPAP. A máquina de CPAP força o ar pressurizado através de uma máscara nasal ou facial, impedindo que os músculos flácidos da parede posterior da faringe colapsem a via aérea (3,4). *(Consultar mais informação sobre o CPAP nas perguntas e respostas abaixo)*. Em alguns casos o tratamento pode consistir num dispositivo que se coloca na boca para ajudar a manter a via aérea aberta (dispositivo oral) (1,3). A cirurgia poderá ser uma opção em alguns casos. O médico poderá também recomendar mudanças ao estilo de vida, tais como a perda de peso, a redução do consumo de álcool ou cafeína e a cessação tabágica (3). “Respire facilmente, durma bem”, o tema do Dia Mundial do sono de 2012, é muito oportuno”, diz Grandi. “A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e outros problemas respiratórios do sono são fáceis de diagnosticar e tratar, mas primeiro é preciso reconhecer o problema”.

Perguntas e respostas:

CPAP

A aplicação contínua de pressão positiva na via aérea é o método standard para o tratamento da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono, mas existem variedades e personalizações disponíveis. Aqui, dois líderes mundiais em Medicina do Sono, Antonio Culebras, M.D e Liborio Parrino, M.D, respondem às perguntas mais frequentes sobre este tratamento.

O Dr. Culebras é professor de neurologia na SUNY, Upstate Medical University Syracuse, Nova Iorque e o Dr. Parrino é professor adjunto de neurologia na Universidade de Parma, em Itália.

Pergunta. O que é o CPAP?

Dr. Culebras: O CPAP aplica um fluxo constante na via aérea, que funciona como uma almofada de ar que a ajuda a permanecer permeável durante o sono (3,4), e adicionalmente melhora a função respiratória, reduz o trabalho respiratório durante o sono e melhora a função cardíaca, nas pessoas com SAOS. (4)

Pergunta. Quais são os benefícios da utilização do CPAP na Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono?

Dr. Parrino: O CPAP não só melhora muitos dos sinais e sintomas da apneia do sono, como a sonolência e o ressonar, como também reduz os riscos de doenças associadas. Estudos mostraram que o CPAP pode baixar a tensão arterial, diminuir a resistência à insulina e baixar o risco de ataque cardíaco, acidente vascular cerebral e epilepsia, em indivíduos com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. (1)

Pergunta. Existem diferentes tipos de CPAP?

Dr. Culebras: Sim, temos o CPAP standard, o Auto-PAP (APAP) e o PAP bi-nível (BPAP). O CPAP standard entrega uma pressão constante. O Auto-PAP tem em conta que a necessidade de pressão de ar pode variar ao longo da noite, dependendo da posição na cama, da fase do sono e de outros factores. O APAP calcula a pressão de ar que é necessária para manter a via aérea aberta e faz ajustes automáticos de acordo com esse cálculo. O BPAP tem dois níveis de pressão ajustável: uma pressão mais elevada na inspiração e uma pressão mais baixa na expiração. As opções APAP e BPAP podem ser utilizadas se o ajuste dos parâmetros de pressão num CPAP standard não conseguir aliviar o desconforto. (1,3,4)

Pergunta. Que outras opções estão disponíveis?

Dr. Parrino: O CPAP tornou-se muito personalizável, com mais opções disponíveis que nunca. Existem literalmente centenas de máscaras de CPAP disponíveis, que se ajustam à face de várias formas diferentes. Algumas são apenas o que é chamado de almofadas nasais, em vez de uma máscara. Estão disponíveis até máscaras de tecido, para indivíduos sensíveis aos plásticos.

Dr. Culebras: O CPAP é o melhor tratamento para a Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono, mas o maior desafio é assegurar que os pacientes realmente o utilizam. Se as pessoas o acharem desconfortável ou de uso difícil, a utilização do CPAP pode tornar-se inconsistente. Para além das várias opções de máscaras, houve também avanços na tecnologia no sentido de tornar as máquinas de CPAP mais pequenas, mais silenciosas e de modo geral, mais agradáveis. Certos medicamentos podem ser prescritos para alguns pacientes, de modo a contribuir para um maior conforto. Por vezes, utilizar um APAP ou um BPAP pode ajudar, tal como adicionar humidificação à máquina, para reproduzir a função do nariz de aquecer e humedecer o ar. (1,3)

Pergunta. Como é que posso encontrar o CPAP certo para mim?

Dr. Parrino: Um laboratório do sono acreditado deve ser o ponto de partida. O especialista em Medicina do Sono, que interpreta os resultados do estudo do sono e discute as opções de tratamento com o paciente, orientará, em seguida, os ajustes às máscaras, equipamento e medicação, consoante o necessário. Muitos laboratórios do sono permitem que os pacientes experimentem várias máscaras, de modo a escolher a melhor e mais confortável para cada um. (1,3)

Avanços na tecnologia de humidificação de CPAP

Leia mais sobre humidificação aquecida para o CPAP neste folheto da Fisher & Paykel. ([Folheto](#) sobre humidificação). Um resumo da informação encontra-se abaixo.

Porque é que a humidificação aquecida é uma ferramenta tão útil no tratamento de CPAP?

Até 75 por cento dos utilizadores de um CPAP sem humidificação queixam-se de secura, congestão ou dor a nível do nariz e garganta. (7,8) A utilização de um humidificador aquecido, com o CPAP, mostrou:

- Aumentar a adesão ao tratamento (9-1)
- Diminuir o abandono do CPAP (10,11)
- Reduzir os sintomas nasais (12-14)
- Reduzir a fuga pela boca (15)

Para muitos indivíduos a humidificação aquecida torna o CPAP numa experiência mais natural e confortável; para outros vai muito além de ser apenas um conforto.

Os seguintes aspectos aumentam a probabilidade de os pacientes necessitarem de humidificação aquecida:

- Pacientes com mais de 60 anos têm uma probabilidade cinco vezes maior de necessitarem de humidificação aquecida.
- Utilizadores de CPAP que tomam dois ou mais medicamentos.
- Pacientes com rinite crónica (definida como sensação crónica de obstrução nasal, espirros frequentes, descarga nasal e pós-nasal, alteração da mucosa e polipose nasal) têm uma probabilidade quatro vezes maior de necessitarem de humidificação aquecida (9)
- Pacientes que foram submetidos a uma cirurgia do tipo uvulopalatofaringoplastia têm uma probabilidade cinco vezes maior de necessitarem de humidificação aquecida
- Ainda que um paciente não se insira em nenhuma das categorias acima descritas, poderá beneficiar de humidificação aquecida. Demonstrou-se que a fuga de ar pela boca ocorre em cerca de 31% do tempo total de sono, com o CPAP. O ciclo vicioso da fuga bucal (ver figura abaixo) ilustra como até a sensação de boca seca ocasional pode tornar-se num significativo problema de conforto. (15)

Porque é que a humidade do tratamento CPAP precisa de ser reavaliada?

Os humidificadores aquecidos convencionais (HAC), definidos como qualquer humidificador aquecido que não utiliza um tubo de respiração aquecido, são uma ferramenta bem testada. No entanto, como acontece a muitos produtos quando são lançados, no início havia bastante a aperfeiçoar. A quantidade de humidade que um HAC fornece ao paciente é condicionada pela temperatura ambiente. Como resultado, um nível de humidade que pode ter sido ajustado na perfeição para a temperatura ambiente no início da noite, poderá causar acumulação de água no tubo do CPAP à medida que a temperatura do quarto vai descendo. Os benefícios do humidificador podem assim ser ultrapassados pelos problemas causados pela condensação. A criação do tubo respiratório aquecido veio resolver muitos destes problemas. Leia mais sobre humificação aquecida para o CPAP neste folheto da Fisher & Paykel. Um novo olhar sobre a humificação na terapia de CPAP Folheto da Humidificação [Humidification brochure](#).

Tradução e revisão para português

Sílvia Nunes Correia, tradutora

Eulália Semedo, MD, MSc

Referências

1. Park JG, Ramar K, Olson EJ. Updates on Definition, Consequences, and Management of Obstructive Sleep Apnea. *Mayo Clin Proc.* 2001;86(6):549-555.
2. Sunitha C, Aravindkumar S. Obstructive sleep apnea: Clinical and diagnostic features. *Indian J Dent Res* 2009; 20:487-491
3. Foster E. Uncovering Sleep Apnea Misconceptions. *The Nurse Practitioner* 2008;33(6): 23-28.
4. Theerakittikul T, Ricaurte B, Aboussouan LS. Noninvasive positive pressure ventilation for stable outpatients: CPAP and beyond. 2010;77(10): 705-714.
5. WASM, World Sleep Day 2012 Toolkit.
6. Chan J et al. *Am Fam Physician* 2004; 69(5): 1147-54.
7. Constantinidis J et al. *Acta Oto-laryngologica* 2000; 120(3): 432-7.
8. Pépin JL et al. *Chest* 1995; 107(2): 375-81.
9. Rakotonanahary D et al. *Chest* 2001; 119(2): 460-5.
10. Kline L & Carlson P. *Sleep* 1995; 22(suppl): S230.
11. Massie CA et al. *Chest* 1999; 116(2): 403-8.
12. Koutsourelakis I et al. *Eur Respir J* 2010.
13. Ruhle KH et al. *Sleep Breath* 2010: [ahead of print].
14. Mador MJ et al. *Chest* 2005; 128(4): 2151-8.
15. Martins de Araújo MT et al. *Chest* 2000; 117(1): 142-7.
16. Nilius G et al. *Eur Respir J* 2008; 31(4): 830-6.
17. Massengill JS & Lewis KL. *Sleep* 2009; 32(suppl): A217.
18. VIP. Valley Inspired Products 2010: [testing].
19. Almasri E & Kline LR. *Sleep* 2007; 30(suppl): A190.
20. Powell. *Sleep* 2010; 33(suppl): A159.
21. Powell. *Sleep* 2010; 33(suppl): A164.