

Apneia do Sono: Hora de Acordar para a Realidade

Sleep Apnea: A Wake-up Call

<https://dx.doi.org/10.25751/rspa.19088>

Os Anestesiologistas enfrentam muitas vezes decisões difíceis e incertezas quanto a adequação de determinados tratamentos a doentes específicos. Eles dependem da literatura científica e do seu conhecimento, da sua experiência, adaptando-se às preferências do doente e condicionantes da cirurgia. As normas de orientação clínica são criadas com a intenção de facilitar a tomada de decisões consistentes e efectivas: podem oferecer instruções concisas para o diagnóstico, abordagem terapêutica e prevenção de condições específicas. As informações incluídas na versão final são o resultado de uma revisão sistemática da informação publicada e uma avaliação dos benefícios e custos das opções. O documento final tenta atender às necessidades da maioria dos doentes sem esquecer as situações mais particulares, permitindo aos médicos, encontrar dentro dessas recomendações, as decisões de tratamento individualizadas. Não é uma tarefa fácil muitas das vezes.

Nesta edição da Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesia, publicam-se linhas de orientação sobre a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)¹ realizadas conjuntamente por Anestesiologistas e Pneumologistas, num documento de consenso pensado para a realidade nacional.

A manutenção da permeabilidade da via aérea superior é uma verdadeira obsessão compartilhada pela Anestesiologia e a Medicina do Sono. Tanto a anestesia como o sono natural predis põem à obstrução das vias aéreas superiores, em grande parte devido à perda do tónus muscular da faringe. No entanto a anestesia pode ser vista como mais perigosa para a via aérea superior porque ser um estado provocado de inconsciência com uma perda relativamente homogénea e profunda do tónus muscular. Por outro lado, o sono é um estado não homogéneo com diferentes fases e alterações associadas no tónus muscular.² Ao contrário da anestesia, a obstrução da via aérea durante o sono é interrompida por despertares, que representam períodos de reversão da obstrução mas comprometem a qualidade do sono e são responsáveis por sonolência diurna e outros sintomas.

O presente documento de consenso propõe-se a explorar e desenvolver o terreno comum que deve existir entre Anestesiologistas e Pneumologistas, assim como outros especialistas que são parte interessada nas doenças do sono em seus esforços para melhor entender e reduzir a morbidade e mortalidade associadas à obstrução da via aérea superior neste contexto.

Alguns aspectos relevantes não estavam no âmbito deste consenso mas poderão ser alvo de reflexão e mesmo de futura investigação ou recomendações:

- A “epidemia” de obesidade e mudanças de modos de vida e ambientais tornaram este problema também uma preocupação na idade pediátrica, sendo causa de indicação cirúrgica em si mesma ou estando associada a patologia relacionada ou de outro foro. Em ambos os casos o anestesiologista é chamado com frequência crescente a acompanhar estes doentes e deve estar preparado para as particularidades da sua abordagem.
- O edema da via aérea associado ao SAOS não é revertido facilmente e pode agravar durante a cirurgia (posicionamentos,

cirurgia com aumento da pressão venosa cefálica, fluidos, manipulação da via aérea) obrigando a uma avaliação objectiva dos riscos de obstrução agravada no pós-operatório e eventualmente definição de critérios de não elegibilidade para determinadas cirurgias.

- A dexmedetomidina não causa depressão respiratória significativa e permite a preservação da permeabilidade da via aérea, num comportamento que é idêntico ao que ocorre durante o sono normal. No entanto durante sedações prolongadas em ventilação espontânea sem recurso a adjuvantes de via aérea, pode ocorrer alguma deterioração da permeabilidade da via aérea, com crescente esforço respiratório (portanto agravamento do edema dos tecidos) e possibilidade de retenção de CO₂.

- Deverão ser realçadas as recomendações para o treino adequado na utilização do *continuous positive airway pressure* (CPAP) peri-operatório. Este deve ser aplicado de modo quase contínuo nas várias fases da anestesia. Deveria haver também possibilidade de acesso a sistemas alternativos de CPAP pós-operatório que não somente os ventiladores do doente ou de ventilação não invasiva (VNI) dedicados.

- O recurso a “*opioid-free anaesthesia*” ou “*opioid-sparing anaesthesia*” requer um treino e monitorização adequados, devendo ser acompanhado da criação de protocolos para acompanhamento do doente na enfermaria e do ensino à equipa de enfermagem. Como referido nestas recomendações têm um grande potencial de redução do uso de opióides com uma eficácia analgésica adequada.

- A introdução nos protocolos das instituições da monitorização por período alargado (e mesmo em ambulatório em cirurgia de alta precoce) dos doentes identificados como sendo de risco elevado enquanto for previsível a necessidade de opióides, por exemplo com oximetria portátil.

- A individualização das escalas de avaliação do doente após a alta da Unidade de Cuidados pós Anestésicos (UCPA), combinando escala de dor com escalas de sedação no caso do SAOS, e a sua divulgação e treino, definindo critérios de alerta precoce. O uso combinado de escalas permitiria a detecção mais precoce de complicações e identificação de doentes de risco. A implementação desta abordagem requer consenso, ensino e treino, mas pode ser efectiva sem requer tecnologias sofisticadas.

O principal benefício de documentos de consenso é melhorar a qualidade do atendimento recebido pelos doentes. As diretrizes que promovem intervenções comprovadamente benéficas e desencorajam as ineficazes têm o potencial de reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a qualidade de vida. Desta forma, recebemos com agrado este documento de consenso em Apneia Obstrutiva do Sono que dá um contributo importante para o trabalho diário dos anestesiólogos portugueses.

Autores:

Joana Berger-Estilita – Consultant in Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, Department of Anaesthesiology and Pain Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, University of Bern, Switzerland.

José Ferreira – Assistente Graduado Sénior de Anestesiologia, Responsável de Polo de Anestesia Pediátrica, C.H. Lisboa Central - H. D. Estefânia, Lisboa, Portugal.

Referências:

1. Almeida A, Santos A, Teixeira F, Drummond M, Órfão R, Moreira S, Sousa S, et al. Documento de consenso na abordagem peri-operatória do doente com Síndrome de apneia obstrutiva do sono. Rev Soc Port Anestesiol. 2019; 28:214
2. Eastwood P, Szollosi I, Platt P, Hillman D. Comparison of upper airway collapse during general anaesthesia and sleep. Lancet. 2002; 359: 1207-9.