

## Concepto, Epidemiología, Factores y Reglamento

El Síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) se caracteriza por somnolencia diurna excesiva, trastornos cardiorrespiratorios y cognitivos, secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño.

Estos episodios provocan despertares transitorios repetidos que dan lugar a un sueño no reparador y descensos en la saturación de oxígeno que es la causa probable de las alteraciones cardiovasculares a medio-largo plazo.

Esta enfermedad es muy prevalente en la población general y tiene efectos deletéreos sobre el sistema cardiovascular; aumenta la incidencia de accidentes en el transporte terrestre, marítimo y aéreo a causa de la excesiva somnolencia, deteriora la calidad de vida y se asocia a un exceso de mortalidad. La NTSB estima en 6 veces el riesgo de accidentes en pilotos con SAHS.

En España se calcula que puede haber una población afectada de entre 1.200.000 y 2.000.000 de sujetos con un SAHS relevante y en la actualidad sólo se ha diagnosticado y tratado un 5-9% de esta población.

### Factores Predisponentes

- Obesidad/sobrepeso
- Sexo masculino
- Edad adulta
- Hipotiroidismo
- Trastornos neuromusculares
- Trastornos anatómicos:
  - Macroglosia/Hipertrofia amigdalár
  - Obstrucción nasal
  - Hipertrofia úvula/velo palatino
  - Microretrognatia/Laringomalacia

**MED.B. 015. 5) y AMC's. Síndrome de Apnea del Sueño requiere tratamiento satisfactorio.**

## Datos de contacto

Agencia Estatal de Seguridad Aérea

División de Medicina Aeronáutica  
Avenida General Perón nº 40, Puerta B, 1ª planta  
28020, Madrid

ATENCIÓN TELEFÓNICA  
(Lunes a Viernes de XX h a XX h)  
**+34 91 396 8000**

INFORMACIÓN TELEMÁTICA  
[ams.aesa@seguridadaerea.es](mailto:ams.aesa@seguridadaerea.es)

PÁGINA WEB  
[www.seguridadaerea.gob.es](http://www.seguridadaerea.gob.es)



## Agencia Estatal de Seguridad Aérea



## Síndrome de Apneas/Hipopneas del Sueño (SAHS)



## Clínica

- Hipersomnia diurna
- Roncopatía
- Pausas de apnea
- Sueño inquieto
- Despertares frecuentes
- Crisis asfícticas
- Nicturia
- Cansancio matutino
- Sequedad faríngea
- Cefaleas matutinas
- Alteraciones en la conducta y personalidad: apatía, depresión, pérdida de concentración y memoria y deterioro capacidad intelectual
- Disminución de la libido
- Cardiopatía
- HTA
- Sueño imperioso (conducción, vida laboral)

### Perfil

Varón de mediana edad, con roncopatía, sobrepeso y somnolencia diurna.

### Escala Subjetiva de Excesiva Somnolencia Diurna

Escala Epworth (hipersomnolencia diurna):

Valor de respuestas

- 0= Nunca me duermo
- 1= Pocas posibilidades de dormirme
- 2= Bastantes posibilidades de dormirme
- 3= Casi siempre me duermo

¿Cómo es de fácil darse una cabezada o dormirse en las siguientes situaciones?

SITUACION	VALOR ESCALA
Sentado y levantado.....	_____
Viendo TV.....	_____
Sentado e inactivo en lugar público.....	_____
De pasajero en un coche ≥ 1 hora.....	_____
Descansando a media tarde.....	_____
Sentado hablando con alguien.....	_____
Sentado tras la comida.....	_____
En coche si paro por tráfico .....	_____
<b>TOTAL</b>	_____

## Diagnóstico, Tratamiento y Valoración

En la entrevista general del tripulante o ATCO se debe incidir especialmente en la valoración de la somnolencia diurna excesiva, pudiéndose valorar mediante la escala de Epworth (>10), la posibilidad de su influencia en las actividades de la vida diaria especialmente en la conducción de medios de transporte (transporte publico o privado por carretera, ferrocarril, marítimo, **aviación, además de control de tráfico aéreo**).

Hay que valorar los hábitos de sueño (fundamental en el medio aeronáutico), tiempo total, horarios de acostarse y levantarse, siestas etc. La exploración general debe incluir siempre el IMC, la PA, la posibilidad de retrognatia, distancia hioides-mandíbula, perímetro del cuello y al menos una inspección de las vías aéreas superiores, amígdalas, velo palatino, orofaringe en busca de alteraciones anatómicas sobre todo en pacientes no obesos.

La polisomnografía convencional (**PSG**) es el método de referencia. Consiste en el registro simultáneo de variables neurofisiológicas y respiratorias que nos permiten evaluar la cantidad y la calidad del sueño, así como identificar los diferentes eventos respiratorios y su repercusión cardiorespiratoria y neurofisiológica.

la Poligrafía Respiratoria (**PR**) es una alternativa aceptable para el diagnóstico de SAHS en pacientes con baja probabilidad clínica (descartar SAHS) y alta probabilidad (confirmar SAHS).

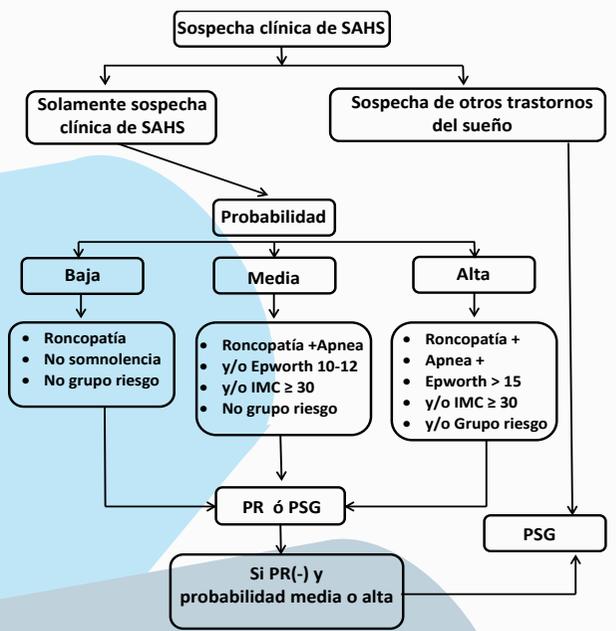
### Tipos de eventos respiratorios:

- Apnea:** cese completo flujo nasobucal ≥ 10 s
- Hipopnea:** disminución del flujo nasobucal + desaturación ≥ 3% y/o microdespertar
- Esfuerzos respiratorios asociados a microdespertares (ERAM):** periodos cortos de limitación de flujo (aplanamiento sonda nasal) + microdespertares.

### Valoración PSG

- SAHS Leve: IAH entre 5-14
- SAHS Moderado: IAH entre 15-29
- SAHS Grave IAH ≥ 30

## Pauta Diagnóstica del SAHS



### Tratamiento

- Higiene sueño
- Perdida de peso
- Control de ingesta de alcohol, tabaco y fármacos
- Posición corporal y descartar hipotiroidismo
- Dispositivos de avance mandibular (DAM)
- Presión Positiva Continua Vía Aérea (CPAP)
- Quirúrgico

### Implicaciones Aeromédicas

SAHS, conduce a una serie de acontecimientos como fragmentación del sueño, somnolencia diurna, falta de alerta, dificultad de concentración, pérdida de memoria, alteraciones del humor, hipoxemia y se asocia a mayor riesgo CV y muerte súbita ➡ **AMENAZA SEGURIDAD AERONAUTICA**

### Aspectos Aeromédicos a Considerar:

- Logísticos: Llevar CPAP en desplazamientos.
- Adherencia al tratamiento (uso regular de CPAP).
- Control y seguimiento por parte del AME.
- Infradiagnóstico.