



Valoración de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) en pacientes con Síndrome de Apneas-Hipopneas del sueño (SAHS) de intensidad grave.

Autores: AS Valido-Morales¹, MJ Rodríguez-Téllez², AP Gómez-Bastero Fernández¹, J Sánchez-Gómez¹, V Almadana-Pacheco¹, T Montemayor-Rubio¹.

¹ Unidad de Gestión Clínica de Neumología. H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

² Unidad de Gestión Clínica de Digestivo. Hospitales. U. Virgen Macarena – Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción/Objetivos.-

La alta prevalencia de ambas enfermedades podría justificar su coincidencia, compartiendo además factores de riesgo. Numerosos estudios demuestran asociación entre SAHS y RGE, sin aclarar la posible relación fisiopatológica entre ambos. La mayoría añade valoración sintomática de ERGE, aunque sin seguimiento prospectivo tras CPAP. Por tanto estudiamos el RGE en pacientes con SAHS grave mediante la cápsula de pH-metría inalámbtrica Bravo, con la que podíamos comprobar cambios en el mismo tras el inicio del tratamiento del SAHS mediante auto-cpap. Al mismo tiempo valoramos la presencia de ERGE sintomática basalmente y su evolución tras el tratamiento para el SAHS.

Metodología.-

Estudio longitudinal prospectivo con 22 pacientes SAHS grave (IAH>30 Dx mediante PG domiciliaria), para estudiar la RGE mediante un registro de pH-metría continua inalámbtrica (96 horas) y su evolución tras iniciar tratamiento con CPAP, así como la presencia de ERGE sintomática basalmente mediante cuestionarios específicos (GSRS y QOALRD) y posibles modificaciones en los mismos a las 96 horas y al mes de comenzar el tratamiento del SAHS.

Selección	Inicio	24 horas	48 horas	96 horas	1 mes
Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6
Consentimiento	Endoscopia	AutoCPAP	Baterías C. Bravo	GSRS	GSRS
GSRS	C. Bravo		Tolerancia Auto-CPAP	QOLARD	QOLARD
QOLARD	PLSG noct			Descarga de Auto-CPAP	Revisión CPAP
Preanestesia				Cambio a CPAP	

Sexo masculino	77,2%
Edad	53 (38-69)
Laboralmente activos	72,7%
IMC	31,2
Cuello	42,1
Tabaquismo activo	18,2% (4)
HTA	31,8% (7)
DM	9,1% (2)
Cardiopatía isquémica	9,1% (2)
Dislipemia	27,3% (6)
Asma bronquial	9,1% (2)
Rinitis	18,2% (4)
HipoTH	4,5% (1)
Epworth	11,6

Paciente	<pH 4% Día 1	<pH 4% Día 1	<pH 4% Día 3
1	14,8	8,1	8
2	12,5	6,7	15,5
3	4,9	6	8
4	1	1,6	1,9
5	3,5	8,9	3,2
6	2,6	6,4	
7	8,5	4,3	6,7
8	0,4	0,1	0,1
9	1	0,2	1,1
10	4	7	
11	4,8	78	4,6
12	4,6	2	
13	ND	ND	ND
14	ND	ND	ND
15	14,8	0,1	3
16	6	1,3	16,1
17	5,5	5,1	5,6
18	8,3	2,1	5,4
19	4,7	1,7	4,2
20	5,3	4,1	6,1
21	6	1,3	16,1
22	3,7	6,3	4,7

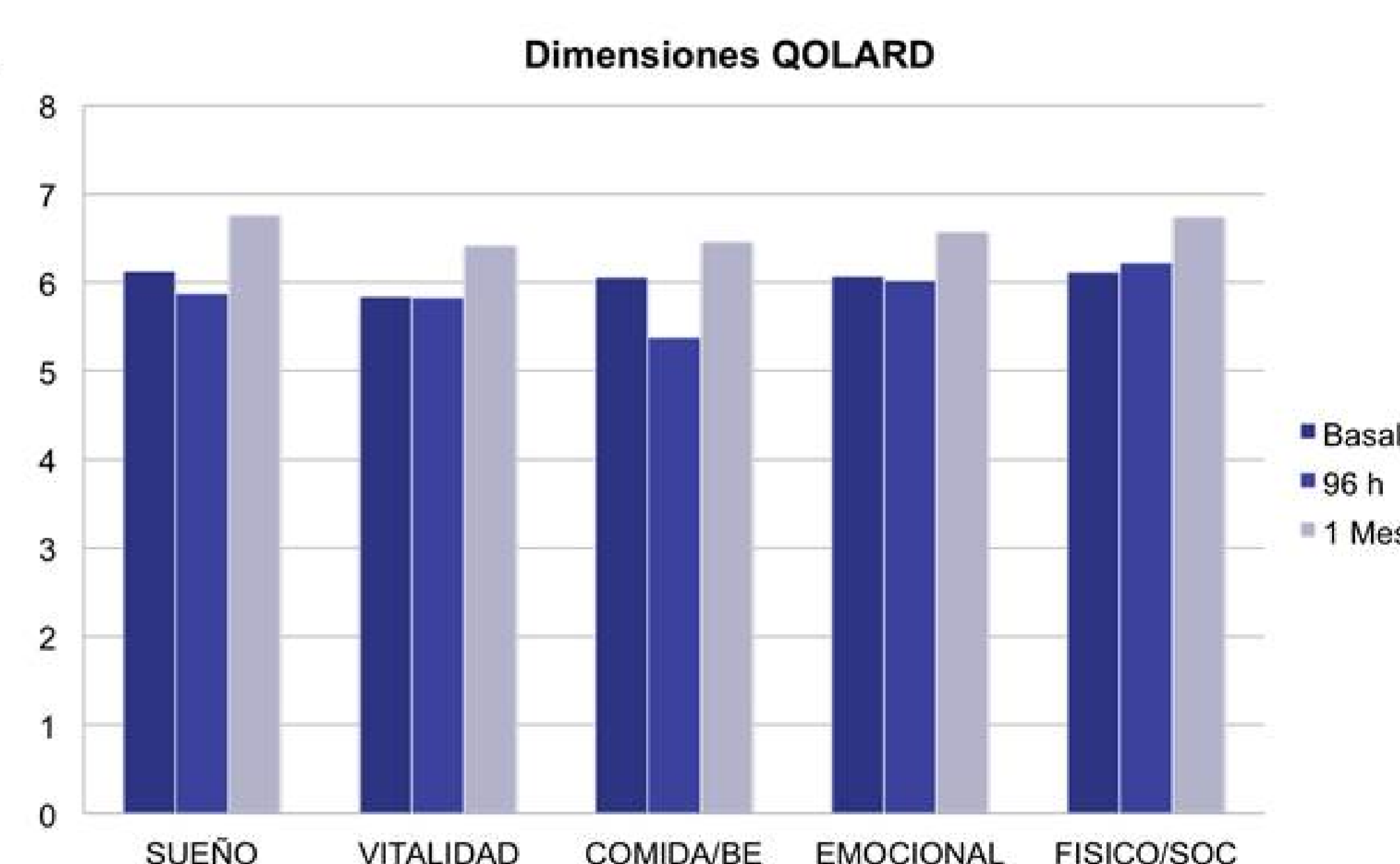
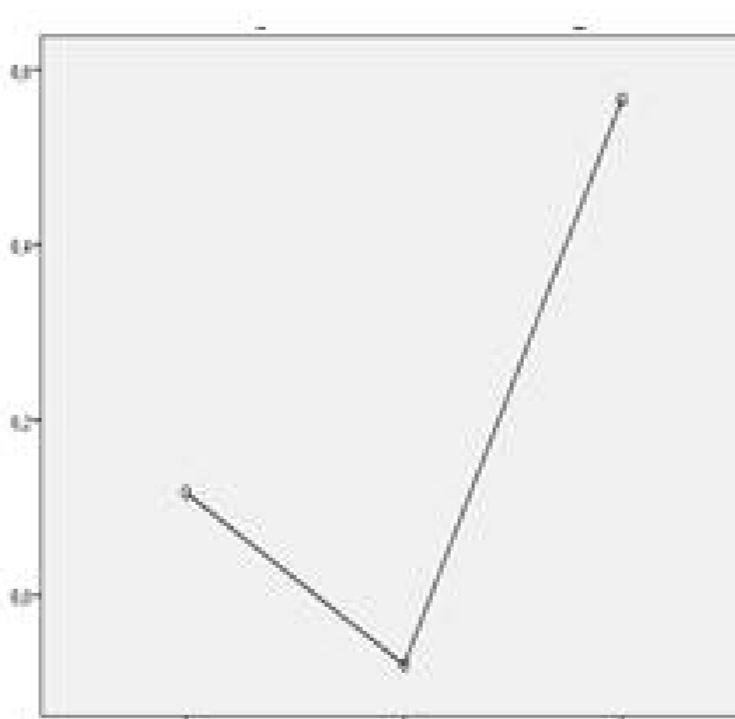
	Media	SD	N
GSRS basal	2,11	0,86	13
GSRS 96 horas	2,08	0,79	13
GSRS 1 mes	1,63	0,66	13



GSRS basal - GSRS 96 h: p 0,047
GSRS 96 h - GSRS 1 mes: p 0,039

	Media	SD	N
QOLARD Total basal	6,12	0,943	13
QOLARD Total 96 h	5,92	1,095	13
QOLARD Total 1 mes	6,57	0,743	13

QOLARD 96 h - QOLARD 1 mes p 0,039



*Sueño y Comida/bebida p<0,05 (96 horas – 1 mes).

*Físico/social p<0,026 (basal - 1mes)

Resultados.-

Obtuvimos una incidencia elevada de **RGE patológico (65%)** con la normalización del mismo en un 61,5% de los casos a las 48 de comenzar el tratamiento con auto-CPAP, sin significación estadística. Encontramos una **ERGE sintomática** en un **40,9%** de los casos con el cuestionario GSRS (>2,5) y en un **31,8%** para el QOALRD (<5,5), con modificaciones evolutivas en las puntuaciones de los mismos tras el tratamiento del SAHS, alcanzado significación clínica y estadística.

Conclusiones.-

- Encontramos una alta prevalencia de ERGE sintomática y RGE patológico en pacientes con SAHS grave.
- Hay mejoría significativa de los síntomas de ERGE y tendencia a la normalización del RGE patológico al iniciar el tratamiento con auto-CPAP.
- Estos hallazgos podrían justificar la búsqueda activa de ERGE en los pacientes con SAHS grave.