



Eficacia de la oxigenoterapia en el Síndrome de Hipoventilación-Obesidad

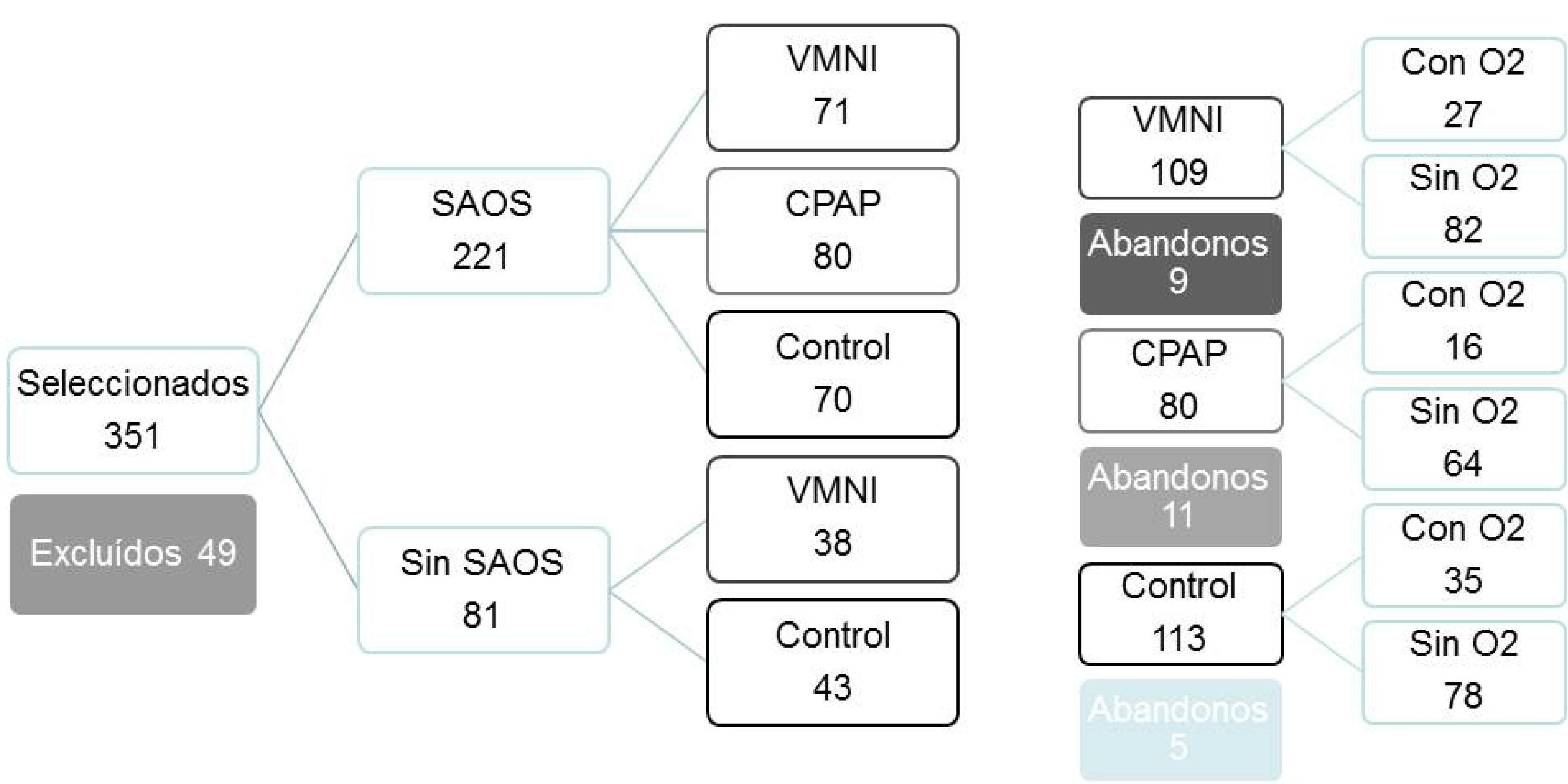
Pilar Cano¹, Esther Sáiz¹, Juan F Masa¹, Jaime Corral^{1,17}, Auxiliadora Romero¹¹, Candela Caballero¹¹, Joaquín Terán-Santos^{2,17}, María L Alonso^{2,17}, Teresa Gómez-García³, Mónica González⁴, Soledad López-Martín⁵, Pilar de Lucas⁵, Jose M Marin^{6,17}, Sergi Martí^{7,17}, Trinidad Díaz-Cambres^{8,17}, Eusebi Chiner⁹, Miguel Merchan¹, Carlos Egea^{11,17}, Ana Obeso¹⁸, Babak Mokhlesi¹⁹ y el Grupo Español del Sueño.

(1) San Pedro de Alcántara Hospital, Cáceres; (2) Hospital Universitario de Burgos; (3) IIS Fundación Jiménez Díaz, Madrid (4) Hospital de Valdecilla, Santander; (5) Hospital Gregorio Marañón, Madrid; (6) Hospital Miguel Servet, Zaragoza; (7) Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; (8) Hospital Doce de Octubre; (9) Hospital San Juan, Alicante; (10) Hospital de Alava, Vitoria; (11) Hospital Virgen del Rocío, Sevilla; (12) Hospital Virgen Macarena, Sevilla; (13) Hospital Lucus Augusti, Lugo; (14) Hospital La Paz, Madrid; (15) Hospital Arnau de Vilanova, Lleida; (16) Hospital Universitario Las Palmas; (17) CIBER de enfermedades respiratorias (CIBERES), Madrid; (18) Departamento de Fisiología de la Universidad de Valladolid; (19) Departamento de Medicina, Sección de Neumología y Cuidados Intensivos de la Universidad de Chicago, USA.

Introducción: El tratamiento del SHO se basa en la disminución de peso, la presión espiratoria continua o la ventilación mecánica para evitar los efectos de la insuficiencia respiratoria en estos pacientes. La indicación de oxígeno suplementario tiene como objetivo mejorar la hipoxemia durante el día y en los periodos de sueño.

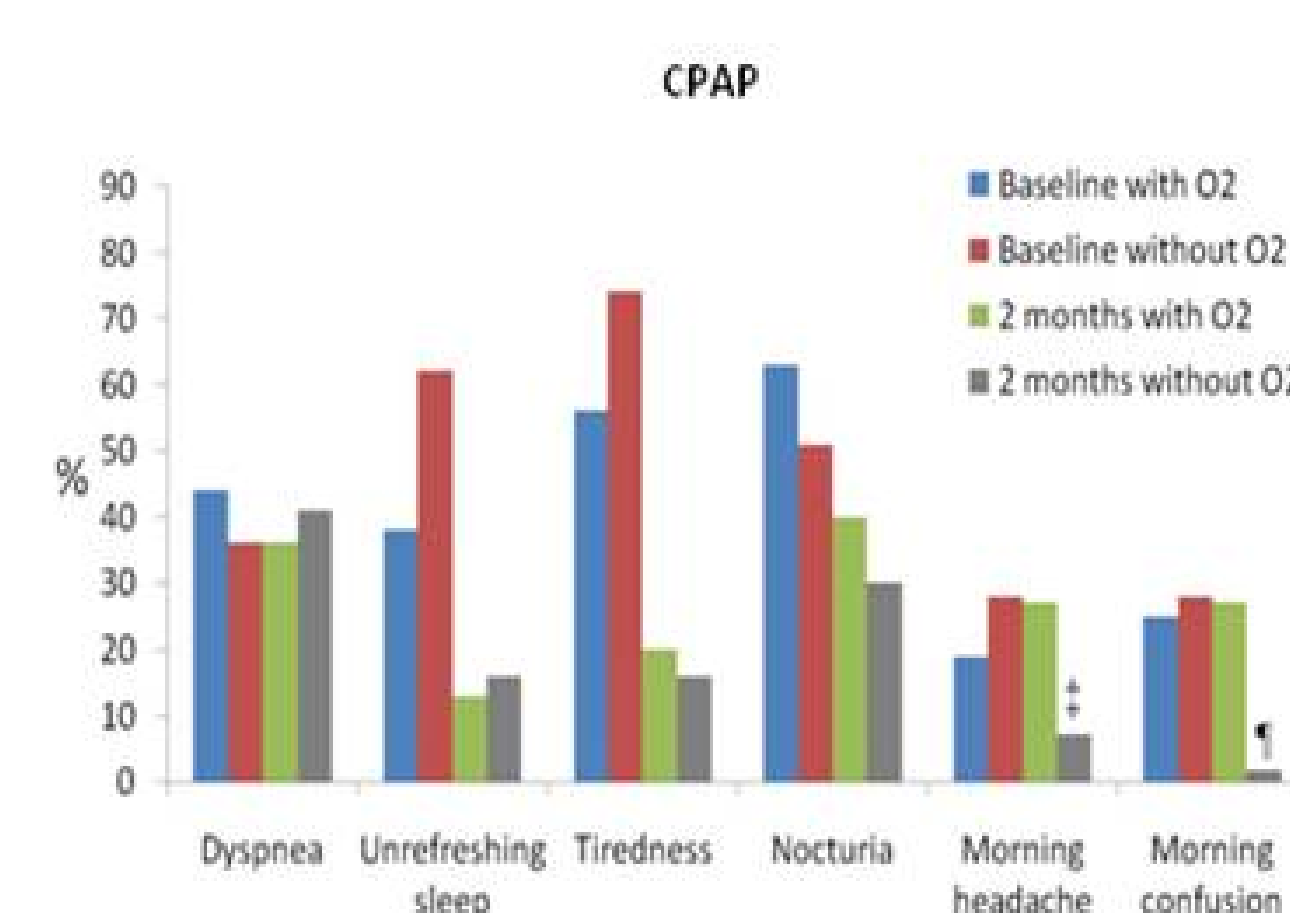
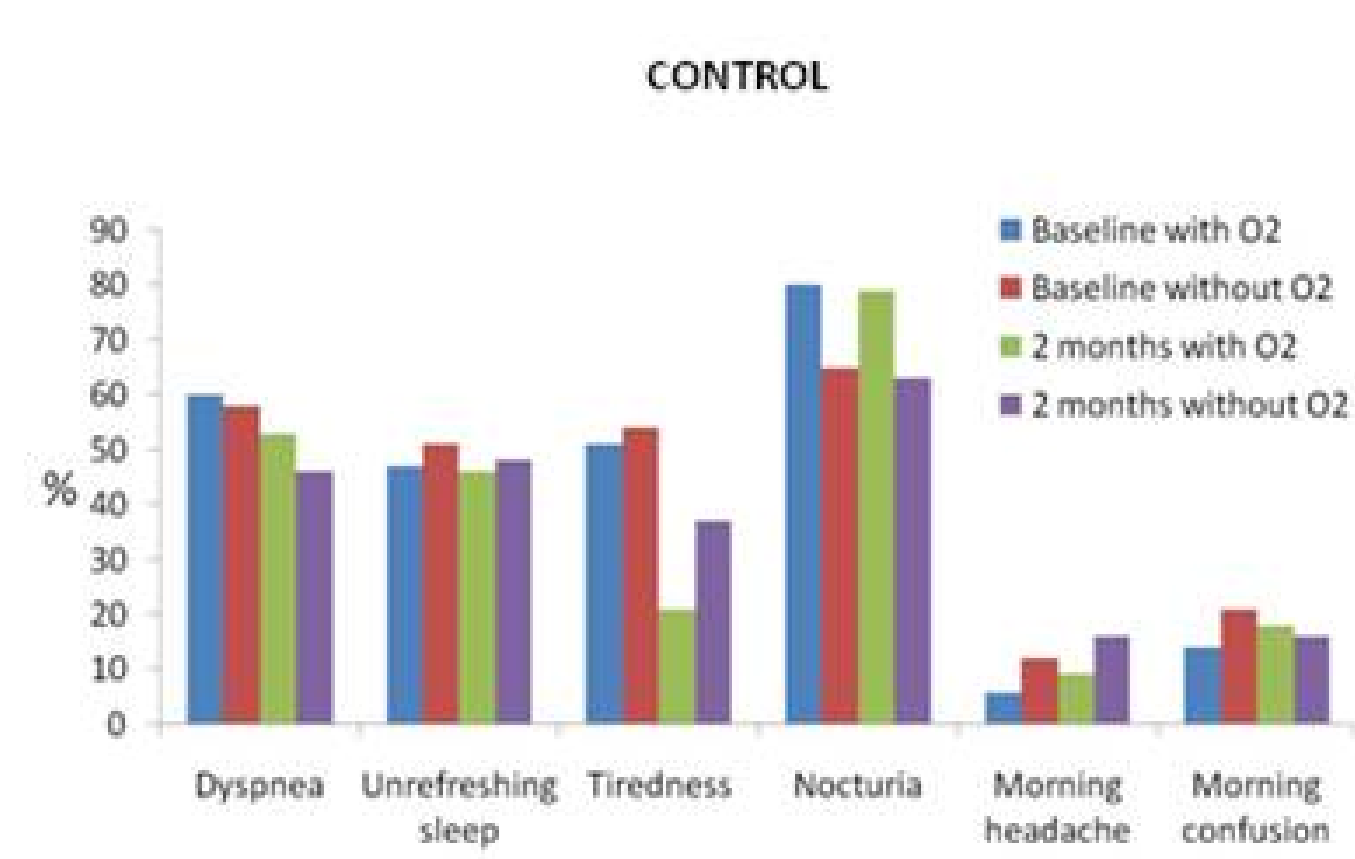
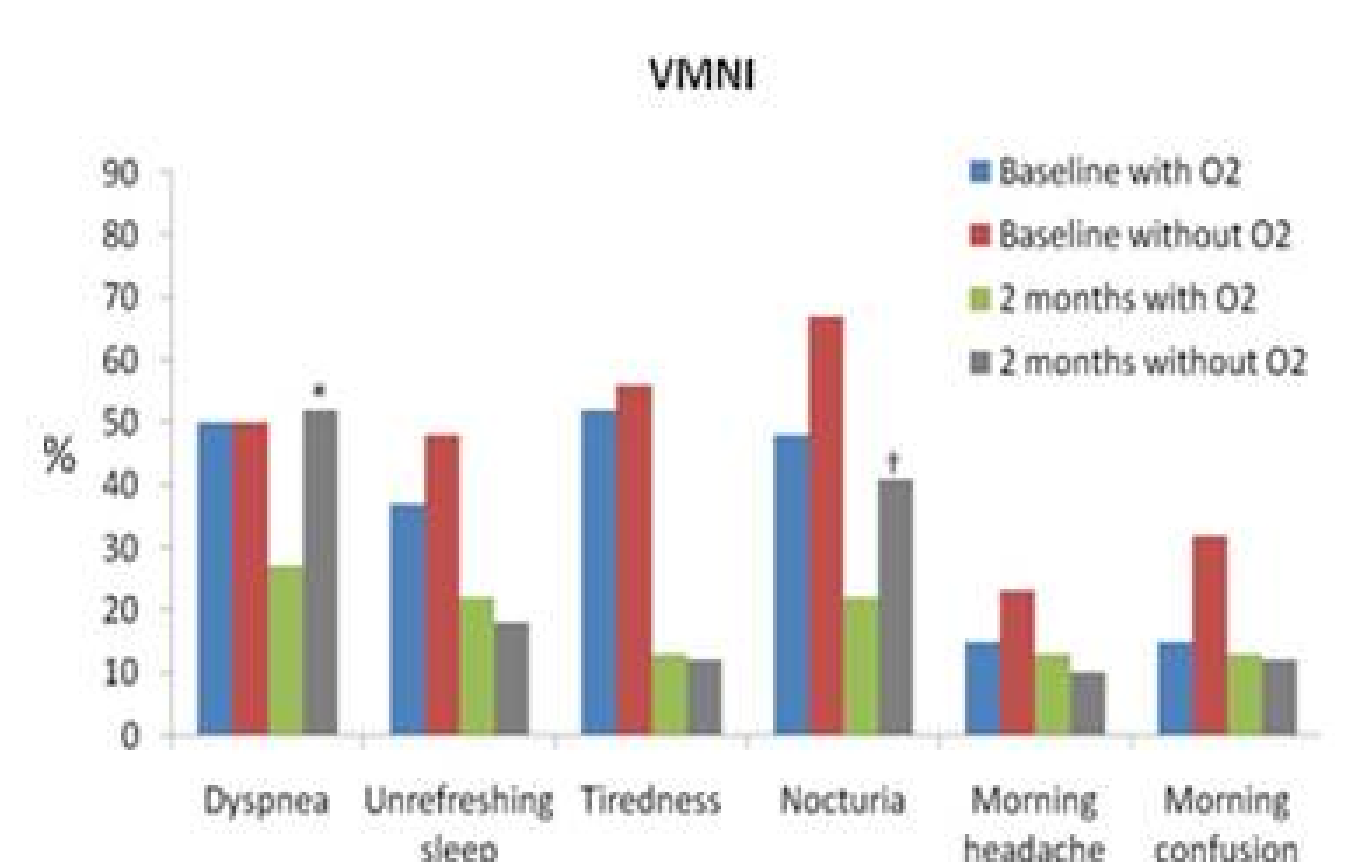
Objetivo: Observar los efectos de la oxigenoterapia suplementaria en 3 grupos de pacientes (VMNI, CPAP y cambio del estilo de vida) a medio plazo.

Método: Análisis post hoc de un ensayo clínico con 302 pacientes con SHO aleatorizados en 3 alternativas de tratamiento (VMNI, CPAP y cambio del estilo de vida). Se realiza una comparación por intención de tratar entre pacientes con y sin oxigenoterapia en cada subgrupo, para valorar diferencias en cuanto a síntomas, calidad de vida, función respiratoria, polisomnografía y hospitalizaciones.



	VMNI			CPAP			Control		
	Con O2	Sin O2	P	Con O2	Sin O2	P	Con O2	Sin O2	P
Bicarbonato, mmol/l	-4 (3.9)	-1.8 (4.2)	0.003 0.257 0.720	-1.2 (5.5)	-1.3 (4.4)	0.510 -- --	1.7 (11.7)	-0.6 (2.6)	0.001 0.010 0.004
pH	-0.003 (0.427)	0.007 (0.03)	0.242 -- --	0.003 (0.035)	0.012 (0.029)	0.536 -- --	0.023 (0.371)	0.008 (0.031)	0.011 0.001 0.003
SBP, mmHg	-8.6 (21)	4.5 (20)	0.015 0.020 0.098	-4.9 (17)	-5.4 (17)	0.991 -- --	-4.5 (17)	-3.8 (17)	0.717 -- --
DBP, mmHg	-2.8 (15)	2.2 (14)	0.051 0.699 0.472	3.2 (11)	0.2 (12)	0.344 -- --	2.4 (13)	-2.1 (12)	0.090 0.078 0.067
SF 36-Physical	1.1 (11)	3.1 (8.1)	0.156 -- --	-2.1 (7.1)	2.1 (10)	0.05 0.06 0.07 0.08 0.04 0.08	1.3 (7.5)	0.3 (6.4)	0.63 7 -- --
ODI	-38 (31)	-31 (37)	0.426 -- --	-52 (32)	-60 (39)	0.514 -- --	-9.6 (33)	-1 (20)	0.098 0.028 0.047

	VMNI		CPAP		Control	
	Con O2 N= 27	Sin O2 N= 82	Con O2 N= 16	Sin O2 N= 64	Con O2 N= 35	Sin O2 N= 78
Edad, X (SD)	64 (9.6)	64 (11)	63 (12)	56 (13)	67 (129)	60 (12)
Mujeres %	74	66	50	48	83	59*
IAP, X (SD)	18 (29)	13 (24)	18 (23)	19 (24)	13 (24)	14 (21)
Alcohol, gr, X (SD)	5.2 (15)	6.8 (18)	4.4 (9.6)	3.7 (14)	5.2 (28)	8.6 (820)
IMC, Kg/m ² , X (SD)	42 (5.7)	42 (7)	43 (7.7)	45 (7.7)	42 (6.7)	42 (6.8)
ESS, X (SD)	9 (5.7)	10 (5.1)	11 (4.7)	11 (4.9)	8.3 (5.1)	10 (4.9)*
Disnea MRC, ≥ 2, %	50	50	44	36		
FOSQ, X (SD)	76 (22)	73 (21)	63 (23)	73 (21)	74 (24)	77 (21)
SF 36-Physical, X (SD)	35 (10)	36 (9.9)	36 (10)	35 (10)	35 (11)	38 (9.4)
SF 36-Mental, X (SD)	43 (16)	43 (12)	43 (11)	42 (14)	44 (13)	43 (11)
VAWS, X (SD)	49 (27)	53 (25)	48 (25)	44 (24)	54 (23)	47 (20)
HTA, %	93	72*	75	63	83	64*
TAS, mmHg, X (SD)	143 (21)	135 (14)	139 (20)	140 (16)	136 (15)	136 (16)
TAD, mmHg, X (SD)	79 (15)	77 (11)	79 (9.9)	81 (13)	78 (10)	80 (13)
DM, %	33	42	25	34	51	36
DLP, %	44	43	31	43	47	47
≥1 comorbilidad CV, %	54	42	50	26	46	36
Comorbilidad CV, X (SD)	0.7 (0.7)	0.7 (1)	0.9 (1.2)	0.3 (0.6)*	0.8 (1.1)	0.7 (1)
pH, X (SD)	7.43 (0.03)	7.40 (0.03)†	7.42 (0.03)	7.40 (0.04)	7.40 (0.04)	7.39 (0.03)
PaO ₂ , mmHg, X (SD)	53 (4.7)	64 (8.5)†	53 (2.1)	66 (9.6)†	54 (5.6)	66 (8.7)†
PaCO ₂ , mmHg, X (SD)	52 (4.7)	50 (4.19)†	52 (4.9)	50 (4.3)	52 (4.9)	50 (3.6)*
HCO ₃ ⁻ , mmol/l, X (SD)	33 (3.2)	30 (2.9)†	32 (4.5)	30 (3.6)	31 (3.1)	29 (2.6)†
FEV ₁ , %, X (SD)	69 (20)	75 (17)	74 (19)	80 (21)	72 (15)	84 (21)†
FVC, %, X (SD)	76 (26)	74 (19)	76 (20)	81 (20)	75 (16)	85 (21)*
6-MWD, m, X (SD)	283 (130)	356 (126)*	292 (142)	378 (120)*	275 (81)	381 (103)†
TST, hours, X (SD)	5 (1.3)	5.4 (1.3)	5.2 (0.9)	5.7 (1.5)	4.9 (1.3)	5.4 (1.2)
Eficacia del sueño, %, X (SD)	70 (18)	73 (17)	69 (12)	73 (17)	72 (18)	72 (16)
Sueño Superficial, %, X (SD)	80 (21)	78 (15)	79 (17)	82 (13)	78 (17)	78 (14)
Sueño profundo, %, X (SD)	13 (18)	11 (11)	12 (14)	8.5 (9.2)	13 (12)	12 (13)
REM, %, X (SD)	7.8 (7.4)	10 (6.8)	9.9 (8.8)	9.1 (8.29)	8 (8.2)	12 (14)*
Índice Arousal, X (SD)	45 (30)	43 (29)	56 (29)	58 (35)	42 (32)	51 (30)
IAH, X (SD)	47 (40)	50 (34)	60 (32)	73 (29)	43 (37)	52 (35)
Índice de desaturación de O ₂ , X (SD)	51 (33)	50 (34)	61 (31)	73 (32)	49 (35)	49 (34)
Sat O ₂ , %, X (SD)	84 (3.6)	86 (6.3)	84 (5.7)	86 (6.7)	83 (7)	86 (6.1)*
%TST<90, X (SD)	81 (23)	66 (33)*	82 (26)	63 (30)*	80 (32)	62 (31)†



Conclusiones: los efectos de la oxigenoterapia observados tras dos meses de seguimiento no son suficientes para considerarla beneficiosa o perjudicial. Son necesarios estudios a largo plazo para valorar sus repercusiones en la morbi-mortalidad cardiovascular.