



PREVALENCIA DE SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Cristina Hernández González, María José López Vázquez, Gemma Rubinos Cuadrado, Ramón Fernández Álvarez, Marta Iscar Urrutia, Liliana Pérez Martínez, Angélica Orellana González, Lucía García Alfonso, Tamara Hermida Valverde, Carmen Osoro Suárez, Pere Casan.

Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivo

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) en pacientes con obesidad mórbida que se van a someter a cirugía bariátrica. De forma secundaria, valorar el efecto de la cirugía en esta condición.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal retrospectivo de pacientes con obesidad mórbida que realizaron un estudio de sueño (polisomnografía) previo a someterse a cirugía bariátrica, como parte de un protocolo de screening existente en nuestro centro. Se incluyeron todos los pacientes que realizaron una polisomnografía entre 2005 y 2014. Además, se recogieron los estudios que se realizaron como control entre 1-2 años tras la intervención quirúrgica. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos y características del sueño con un cuestionario diseñado para tal fin. Se diagnosticó de SAHS aquellos pacientes con IAH ≥ 5 . Según gravedad: leve (5-14,9), moderado (15-29,9) y grave (>30). Para el análisis estadístico, se utilizó el SPSS.

Resultados

Se incluyeron un total de 141 pacientes con una edad media de 43 años (± 10), de los cuales 27 (19%) eran varones y 114 (81%) mujeres. Entre ellos, 61 (43%) padecían HTA, 36 (26%) DM, 13 (9%) dislipemia y 5 (3%) cardiopatía isquémica. Destacar que se diagnosticaron de SAHS 118 (84%) pacientes, de los cuales 26 (18%) tenían un SAHS leve, un 36 (26%) moderado y 56 (40%) grave. El resto de los datos se reflejan en las tablas 1 y 2. Se incluyeron 23 estudios post-quirúrgicos, donde 11 (48%) pacientes continuaban con SAHS residual, de los cuales 4 (17%) era leve, 3 (13%) moderado y 4 (17%) grave. Comparándolos con los pre-cirugía, observamos disminución de forma significativa en la puntuación en la escala de Epworth, peso, IMC, número de eventos y desaturación nocturna (tabla 3).

Tabla 1

Clínica	Pre-cirugía (n = 141)
Roncopatía	119 (84%)
Apneas presenciadas	29 (21%)
Epworth	8 (± 6)
Insomnio	40 (28%)
Nicturia	60 (43%)
Cefalea matutina	26 (18%)
IMC (kg/m ²)	48 (± 2)
Cuello (cm)	42 (± 4)
Cintura (cm)	126 (± 15)
Cadera (cm)	142 (± 15)
SAHS	118 (84%)
Leve	26 (18%)
Moderado	36 (26%)
Grave	56 (40%)

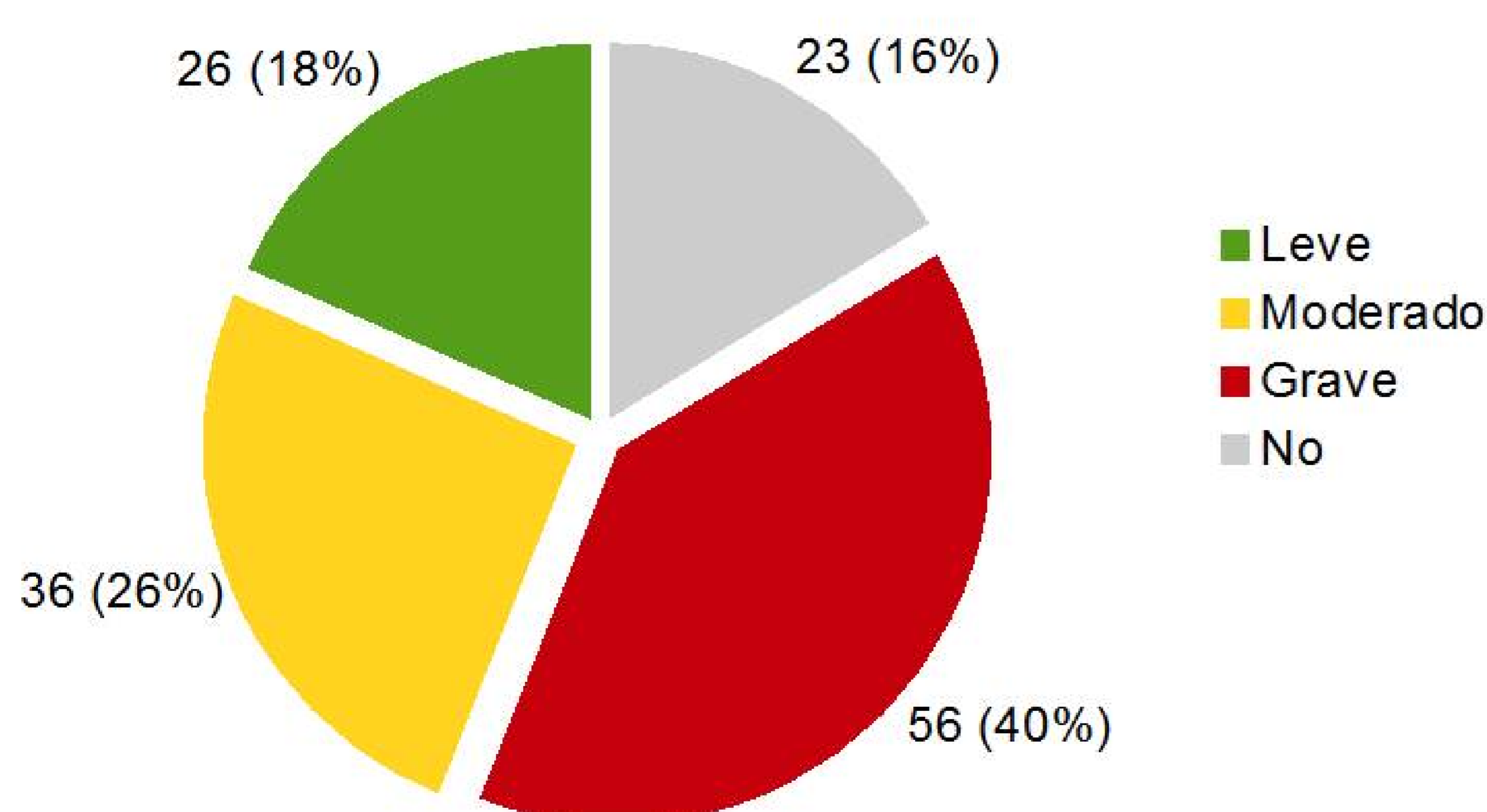
Tabla 2

Estudio de sueño	Prequirúrgico (n = 141)
Eficiencia de sueño (%)	83 (± 14)
Índice arousal/hora	24 (± 18)
IAH	32 (± 31)
SatO ₂ basal (%)	96 (± 2)
SatO ₂ media (%)	93 (± 4)
SatO ₂ mínima (%)	77 (± 12)
IDO	25 (± 27)
CT90 (%)	15 (± 25)

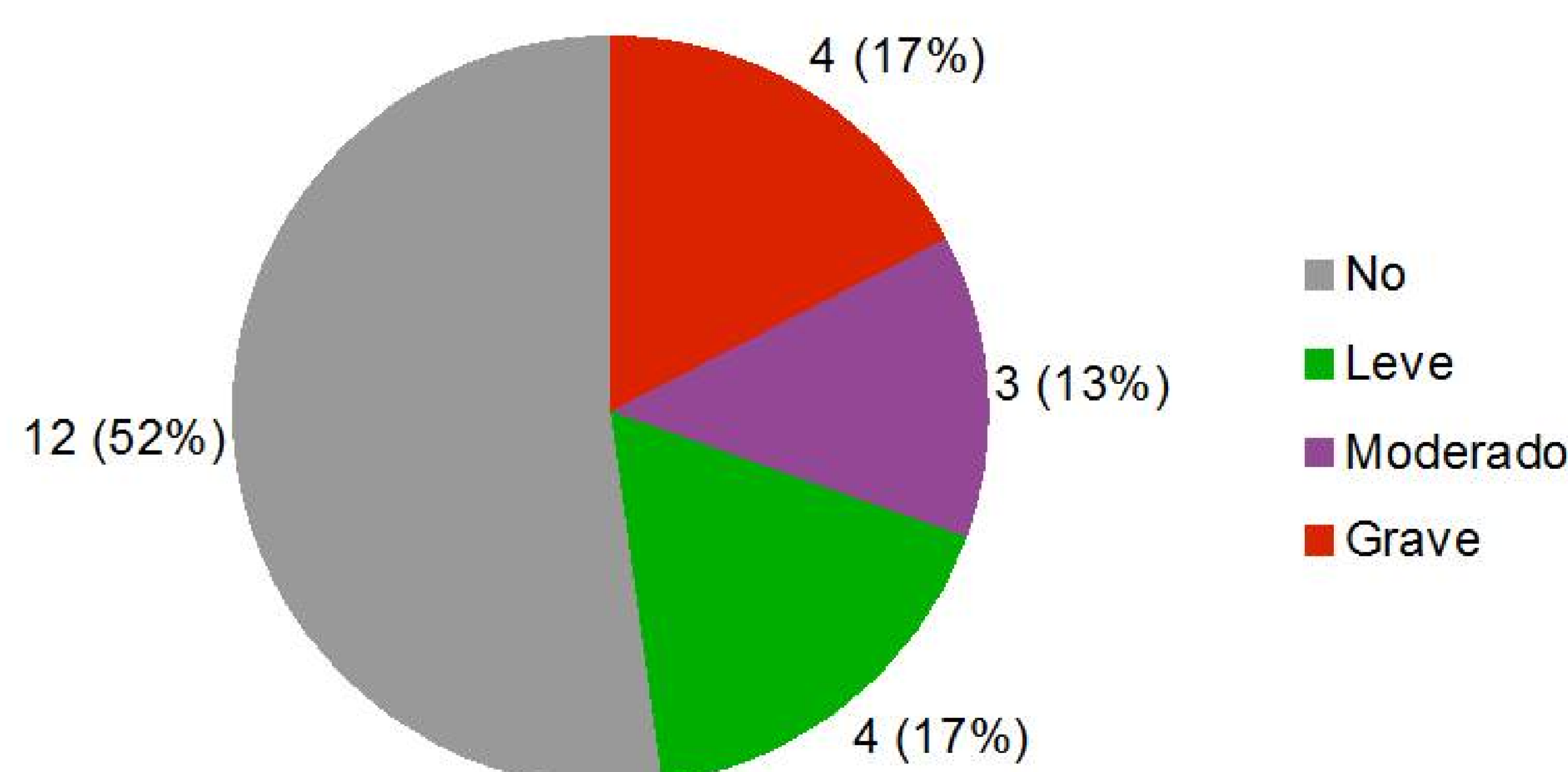
Tabla 3

Comparativa pre y post-cirugía	p	Intervalo confianza 95%
Epworth	0.008	1.16 – 7.01
Peso	0.0001	40.75 – 65.45
IMC	0.0001	16.35 – 25.33
IAH	0.0001	21.90 – 51.57
Eficiencia de sueño	0.39	-6.74 – 2.74
IDO	0.0001	23.63 – 45.10
CT90%	0.0001	14.51 – 44.03

SAHS



SAHS postquirúrgico



Conclusiones

- En nuestra serie, un 84% de los pacientes con obesidad mórbida tiene SAHS, de los cuales un 66% son moderados o graves.
- Tras la cirugía, un 48% de los pacientes presenta SAHS residual, de los cuales un 30% son moderados o graves.
- Hay una disminución significativa en la puntuación en la puntuación de la escala de Epworth, en el peso, IMC, número de eventos y desaturación nocturna post-cirugía.
- Podría ser útil incluir un estudio de sueño como screening en pacientes con obesidad mórbida previo a la cirugía bariátrica.