



ORIGINAL

Prevalencia de AOS y características de los pacientes en la consulta de VMNID en los últimos 5 años

Prevalence of OSA and characteristics of patients in the VMNID consultation in the last 5 years

Autores: Carrasco Oliva S¹, Oliveri F¹, Agustín FJ¹, Hidalgo R¹, Losa A¹, Godoy R², Almonacid C¹.

¹Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

²Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Resumen:

Introducción. El trastorno por apneas obstructivas del sueño (AOS) es una entidad muy prevalente y en continuo aumento que presenta una gran variabilidad.

Material y métodos. Se presenta un estudio transversal y descriptivo de los 118 pacientes en seguimiento en la consulta monográfica de ventilación mecánica no invasiva domiciliaria (VMNID).

Resultados. Un 76% de los pacientes presentaba diagnóstico de AOS de los cuales sólo un 70% mostraba asociación con el síndrome de hipoventilación obesidad (SHO) y un 63.5% eran pacientes pluripatológicos.

Conclusiones. Existe un aumento de prevalencia de pacientes con diagnóstico de AOS y con pluripatología, pero la asociación de AOS-SHO fue inferior a estudios publicados.

Palabras clave: Apnea obstructiva del sueño, prevalencia.

Resume:

Introduction. Obstructive sleep apnea disorder (OSA) is a very prevalent and continuously increasing entity that presents a great variability.

Material and methods. A cross-sectional and descriptive study of the 118 patients followed up in the non-invasive home mechanical ventilation monographic consultation (VMNID) is presented.

Results. 76% of the patients had a diagnosis of OSA, of which only 70% showed an association with obesity hypoventilation syndrome (OHS) and 63.5% were multipathological patients.

Conclusions. There is an increased prevalence of patients diagnosed with OSA and polypathological patients, but the association of OSA-OHS was lower than published studies.

Keywords: Obstructive sleep apnea, prevalence.

Introducción:

El Documento Español de Consenso definió al síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHS) como “un cuadro de somnolencia excesiva, trastornos cognitivo-conductuales, respiratorios, cardíacos, metabólicos o inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño”¹. Estos episodios se miden con el Índice de Apneas-hipopneas de sueño (IAH) definido como el número de apneas (obstrucciones totales) + el número de hipopneas (obstrucciones parciales) divididos por las horas de sueño. Un IAH > 5 es considerado como anormal y un IAH > 30 es sinónimo de SAHS grave). En la última actualización realizada en el presente año² se ha propuesto la reintroducción del término “obstruktiva” y eliminar las palabras “hipopnea” y “síndrome” para su simplificación recomendando la denominación de “apnea obstructiva del sueño” y sus siglas “AOS”. En este aspecto, se considera AOS cuando se cumplan los dos siguientes puntos:

1. Presencia de un índice de apneas-hipopneas mayor o igual a 15/h, predominando las obstructivas.

2. Presencia de un índice de apneas-hipopneas mayor o igual a 5/h acompañando una clínica compatible con excesiva somnolencia diurna (ESD), sueño no reparador, cansancio excesivo, deterioro de la calidad de vida asociada al sueño y/o la no justificación por otras causas.

La heterogeneidad de dicha enfermedad no viene reflejada en el consenso no quedando establecidas unas escalas validadas ni puntos de corte que clasifiquen la enfermedad, no obstante, se recomienda tener en cuenta: IAH, tiempo con saturación de oxihemoglobina por debajo del 90%, escala de Epworth, índice de masa corporal y factores de riesgo o enfermedad cardiovascular³. La prevalencia del AOS es muy alta con una gran variabilidad a nivel mundial y una oscilación del 4% al 30%⁴.

El objetivo del presente estudio es valorar las características de los pacientes de la consulta monográfica de ventilación mecánica no invasiva domiciliaria de nuestra unidad en los últimos 5 años.

Material y métodos:

Se presenta un estudio transversal y descriptivo. Se analizaron los datos recogidos en las historias clínicas de

los 118 pacientes con inicio de VMNID y posterior seguimiento en la consulta monográfica desde enero de 2016, analizándose los datos con el programa estadístico SPSS 24.

Resultados:

Los varones constituían el 54.23% de la muestra. La media de edad de nuestros pacientes fue de 67.88 años con un rango comprendido entre 23 y 92 años. El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 36.7 kg/m² presentando obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) un 67.77%. Otros valores analizados los comprendían el índice de Charlson, cuyo valor medio fue de 4.38 puntos; el hábito tabáquico con un 44.06% nunca fumadores, un 15.25% fumadores activos y un restante 40.67% exfumadores; también se incluyó si estaban institucionalizados en residencias, tanto temporales como permanentes, con un resultado positivo en el 8.62% (Tabla 1).

VARIABLES	MEDIAS
Edad (años)	67.88
Peso (kg)	94.21
Talla (m)	1.60
IMC (kg/m ²)	36.7

Tabla 1. Variables obtenidas con medias

Previo a ser incluidos en el programa de VMNID, un 48% tenía prescrita oxigenoterapia crónica domiciliaria y un 45.76% de los pacientes utilizaba regularmente un dispositivo CPAP.

Los diagnósticos principales de los pacientes de la consulta vienen resumidos en la figura 1.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

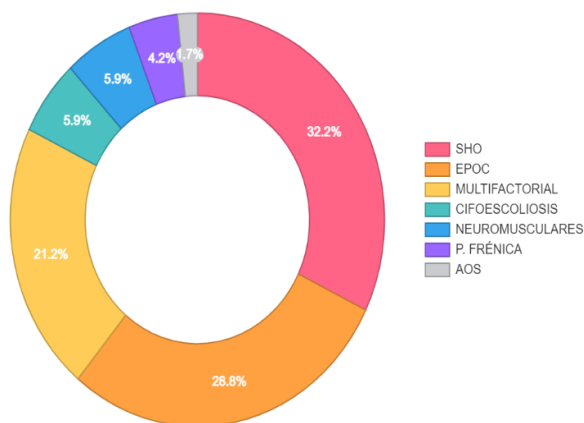


Figura 1. Diagnósticos principales. SHO: síndrome de hipoventilación obesidad. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. P. Frénica: parálisis frénica. AOS: apneas obstructivas del sueño

En este estudio también se recogieron las comorbilidades respiratorias de los pacientes dejándolas resumidas en la figura 2

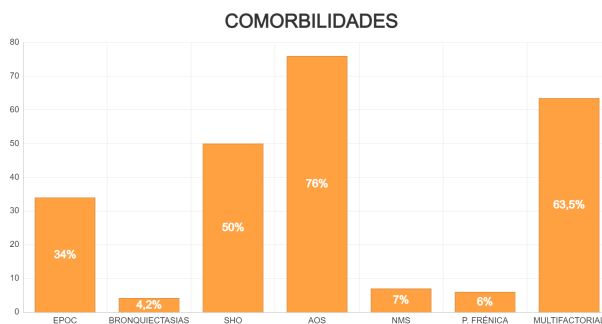


Figura 2. Comorbilidades con repercusión respiratoria asociadas. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. SHO: síndrome hipoventilación obesidad. AOS: apneas obstructivas del sueño. NMS: neuromusculares. P. Frénica: parálisis frénica. Multifactorial: aquellos pacientes que presentan tres o más enfermedades con repercusión en la función respiratoria

Discusión:

La prevalencia de AOS a nivel mundial es muy elevada, se estima que en España el número de pacientes con un IAH ≥ 5/h es de 9,195.448 personas y ≥ 15/h 4,233.728 personas (4). En nuestra muestra, casi el 50% de los pacientes que fueron atendidos inicialmente en las consultas de VMNID ya recibían tratamiento con CPAP y más de las tres cuartas partes estaba diagnosticado de AOS. A su vez, el nuevo consenso sobre AOS publicado este mismo año y la Guía SEPAR de las terapias domiciliarias del previo (5) nos obliga a replantear a nuestros pacientes y conocer sus características para mejorar nuestra calidad asistencial.

Con el paso de los años el tipo de paciente atendido en las consultas de VMNID ha cambiado siendo la EPOC y el SHO el principal grupo de pacientes constituyendo aproximadamente un 70% de los pacientes como viene reflejado en múltiples estudios a nivel nacional (6) e internacional (7). Nuestra muestra se asemeja a los datos de los estudios publicados constituyendo entre ambas entidades por solitario un 60% de los diagnósticos principales, no obstante, cabe destacar que a la hora del análisis por patología, la entidad más prevalente era el AOS con más de las tres cuartas partes de los sujetos, un 25% más que el SHO y más del doble que el EPOC. Sin embargo, el 63% de los pacientes presentaban tres o más comorbilidades asociadas y, dentro de estas, las entidades más relacionadas fueron el SHO y el AOS con total del 70% de los pacientes siendo, a su vez, la única indicación de VMNID con nivel de evidencia 1A en aquellos que presenten un AOS grave (5). Esta asociación SHO-AOS en otros estudios supone un 90% de los pacientes en VMNID (8) no obstante, en nuestro estudio es ligeramente inferior, esto puede deberse a las múltiples comorbilidades asociadas, a la población más envejecida o al aumento de los diagnósticos entre otras cuestiones que requerirán más estudios. En cuanto al EPOC y a las enfermedades neuromusculares no encontramos diferencias significativas en relación a las prevalencias de otros estudios.

Como conclusión, en nuestro estudio encontramos un aumento de la prevalencia del paciente con diagnóstico de AOS y pluripatológico con respecto los estudios de prevalencia hasta la fecha lo que dificulta la elección de tratamiento óptimo, requiriendo una individualización del

paciente más selectiva y especialización en el ámbito de la VMNID.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este artículo.

Bibliografía:

- 1.- Durán-Cantolla J, TL, Puertas-Cuesta FJ, Pin-Arboledas G y el Grupo Español de Sueño (GES). Documento de consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. *Arch Bronconumol* 2005;41(nº4):1-110.
- 2.- Mediano, O., González Mangado, N., Montserrat, J. M., Alonso-Álvarez, M. L., Almendros, I., Alonso-Fernández, A., ... el Spanish Sleep Network. (2021). Documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño. *Archivos de Bronconeumología*. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.017>
- 3.- Randerath WJ, Herkenrath S, Treml M, Grote L, Hedner J, Bonsignore MR, et al. Evaluation of a multicomponent grading system (Baveno classification) for obstructive sleep apnoea. *ERJ Open Research*. 2021;7, <http://dx.doi.org/10.1183/23120541.00928-2020>, 00928-2020.
- 4.- Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, Heinzer R, Ip M, Morrell MJ, et al. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: A literature-based analysis. *Lancet Respir Med*. 2019;7:687–98, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30198-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30198-5).
- 5.- Egea-Santaolalla, C. J., Chiner Vives, E., Díaz Lobato, S., Mangado, N. G., Lujan Tomé, M., & Mediano San Andrés, O. (2020). Ventilación mecánica a domicilio. *Open Respiratory Archives*, 2(2), 67–88.
- 6.- Chiner, E., Llombart, M., Martínez-García, M. A., Fernández-Fabrellas, E., Navarro, R., Cervera, A., & en representación del Grupo de Trabajo de SAHS y VMNI de la Sociedad Valenciana de Neumología. (2009). Ventilación mecánica no invasiva en la Comunidad Valenciana: de la teoría a la práctica. *Archivos de bronconeumología*, 45(3), 118–122.
- 7.- Nasiłowski J, Szkulmowski Z, Migdał M, Andrzejewski W, Drozd W, Czajkowska-Malinowska M, Opuchlik A, Chazan R. Rozpowszechnienie wentylacji mechanicznej w warunkach domowych w Polsce [Prevalence of home mechanical ventilation in Poland]. *Pneumonol Alergol Pol*. 2010;78(6):392-8. Polish. PMID: 21077031.
- 8.- Masa, J. F., Mokhlesi, B., Benítez, I., Gomez de Terreros, F. J., Sánchez-Quiroga, M. Á., Romero, A., Caballero-Eraso, C., Terán-Santos, J., Alonso-Álvarez, M. L., Troncoso, M. F., González, M., López-Martín, S., Marin, J. M., Martí, S., Díaz-Cambriles, T., Chiner, E., Egea, C., Barca, J., Vázquez-Polo, F.-J., ... Spanish Sleep Network. (2019). Long-term clinical effectiveness of continuous positive airway pressure therapy versus non-invasive ventilation therapy in patients with obesity hypoventilation syndrome: a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*, 393(10182), 1721–1732.