



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Investigación científica y artículos originales

Prevalencia del síndrome de apnea obstructiva del sueño en adultos que acuden a la consulta externa de medicina familiar, en Monterrey, México (El SAOS sigue siendo una entidad subdiagnosticada en latinoamérica)

Prevalence of the syndrome of obstructive sleep apnea in adults who consulting family medicine in Monterrey, Mexico (SAOS continues to be underdiagnosed in Latin America)

Rodolfo Lugo Saldaña, MD*, Enedina Escamilla Ramírez, MD**

* Médico adscrito a Otorrinolaringología.

** Residente tercer año de medicina familiar.

Clínica Hospital Constitución ISSSTE, Monterrey, Nuevo León, México.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: Noviembre 15 de 2012

Revisado: Diciembre 15 de 2012

Aceptado: Enero 2 de 2013

Palabras clave:

apnea del sueño, hipopnea.

RESUMEN

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es una enfermedad común, caracterizada por episodios recurrentes de obstrucción de la vía aérea superior que ocurren durante el sueño, con descensos en la saturación de oxígeno de la hemoglobina, sueño intranquilo y despertares nocturnos, que se ha asociado a un incremento de morbilidad fundamentalmente de origen cardiovascular. Afecta al 2-4% de las mujeres y al 4-6% de los hombres de la población general en edad media de la vida. *Objetivo:* Determinar la prevalencia del síndrome de apnea obstructiva del sueño en adultos que acuden a la consulta externa de la Clínica Hospital Constitución ISSSTE, Nuevo León.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional y transversal, ambispectivo. El tamaño de la muestra fue de 92 personas de ambos sexos, en edades entre 30 y 70 años, todas derechohabientes del ISSSTE, adscritas a la Clínica

Correspondencia:
rodo_lugo@me.com
www.oidonarizygartanta.com

Hospital Constitución. Se incluyeron pacientes de este grupo etario estudiados a partir del 1 de enero y hasta el 31 de octubre del 2012. Para la detección de los casos se eligieron por conveniencia, en la sala de espera de esta unidad, a los candidatos a participar en el estudio, se incorporaron a todos los que cumplieran con los criterios de inclusión del mismo, hasta completar la cuota muestral. Se les sometió a monitoreo del sueño en su domicilio, utilizando el polígrafo ApneaLink Plus, y se empleó como criterio diagnóstico un índice de apnea-hipopnea mayor o igual a cinco. Se registró sexo, edad, índice de masa corporal, puntaje de la escala de Epworth, enfermedades sistémicas de base y parámetros obtenidos en la poligrafía.

Resultados: La distribución por género fue: 47 hombres (51,1%) y 45 mujeres (48,9%). El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 31,2 (IC 95% 30-32,34). Solo diez personas (11%) presentaron IMC normal (< 25), 35 pacientes (38%) evidenciaron sobrepeso (IMC de 25 a 29) y 47 (51%) demostraron obesidad (IMC mayor de 30). Se analizaron 92 poligrafías respiratorias, y mediante un índice de apnea-hipopnea (IAH) ≥ 5 se encontró una prevalencia del 77%, de los cuales 42% eran mujeres y 58% hombres, con una edad promedio de 52 años. 41% con grado leve (es decir, IAH 5 a 14), 27% con grado moderado (IAH 15 a 29) y 32% con grado severo (IAH igual o mayor de 30). Las patologías señaladas en el total de las encuestas (n = 92) fueron: ansiedad, 39 pacientes (42,4%); depresión, 22 (24,5%); enfermedades renales, 10 (11%); hipertensión arterial, 32 (35%); diabetes, 17 (18,5%); enfermedades reumáticas, 16 (17,4%); convulsiones, 7 (7,6%); alergias, 24 (26%).

Conclusiones: En nuestro estudio encontramos que la prevalencia del síndrome de apnea del sueño es alta, con más frecuencia en el género masculino, que aumenta en mayores de 50 años de edad, y la mayoría de pacientes presentan sobrepeso u obesidad. También se comprobó que hasta el 35% de los hipertensos padecen apnea del sueño. Otro dato importante es la frecuencia de pacientes con apnea del sueño que refirieron ansiedad (42,2%).

Key words:
sleep apnea, hypopnea.

ABSTRACT

Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) is a common disease characterized by recurrent episodes of obstruction of the upper airway during sleep that occur with decreases in oxygen saturation of hemoglobin, restless sleep and nocturnal awakenings, has been associated with increased cardiovascular morbidity and mortality primarily. It affects 2-4% of women and 4-6% of men in the general population in middle age of life

Objective: To determine the prevalence of Obstructive Sleep Apnea Syndrome in adults attending the outpatient clinic of the hospital establishment, ISSSTE, Nuevo León.

Materials and Methods: A descriptive observational cross ambispective study. The sample size was 92 people of both sexes between 30 and 70 years old, all beneficiaries of the ISSSTE, Clinical Hospital attached to the Constitution. Included patients in this age group studied from 1 January to 31 October 2012. The old cases were obtained from a database exists in the office of Otorhinolaryngology (ENT), selecting those who had complete cardiorespiratory polygraphy (with 4 or more hours of recording). For the detection of new cases were chosen for convenience in the waiting room of this unit candidates to participate in the study, were included in all meeting the same inclusion criteria, to complete the quota sampling, to all patients underwent sleep monitoring at home, using the polygraph ApneaLink Plus, was used as a diagnostic criterion an apnea-hypopnea index greater than or equal to 5. Joined sex, age, body mass index, score Epworth scale, systemic diseases and basic parameters obtained in polygraphy. Descriptive statistics were used to determine the characteristics of the study population, to determine the prevalence and analyze other epidemiologically relevant variables in the study.

Results: The gender distribution was 47 males (51.1%) and 45 women (48.9%). The average BMI of 31.2 (95% CI 30-32.34). Only 10 people (11%) with normal

BMI (BMI <25), overweight (BMI 25 to 29) 35 patients (38%), obese (BMI greater than 30) 47 patients (51%). 92 We analyzed respiratory polygraphs, and employing an apnea hypopnea index (AHI) > 5 found a prevalence of 77%, of which 42% are women and 58% men, with an average age of 52 years old. 41% with mild (ie AHI 5-14), 27% with moderate (AHI 15-29) and 32% with severe (AHI ≥ 30). The pathologies identified in the total survey (n = 92) are: anxiety 39 patients (42.4%), depression 22 (24.5%), kidney disease 10 (11%), hypertension 32 (35%), diabetes 17 (18.5%), rheumatic diseases 16 (17.4%), seizures 7 (7.6%), allergy 24 (26%).

Conclusions: In our study we found that the prevalence of Obstructive Sleep Apnea Syndrome is high, it is more common in the male gender, increased frequency in patients over 50 years of age, the majorities are overweight or obese. We also found that up to 35% of hypertensive patients with sleep apnea. Another important fact is the frequency of patients with sleep apnea who reported anxiety (42.2%).

Introducción

El sueño es un componente vital en el ciclo biológico de los seres vivos, y ocupa una tercera parte de nuestra vida. Una adecuada cantidad y calidad de sueño es esencial para la salud (1).

Un trastorno identificado que tiene efectos negativos en el patrón del sueño, descanso de los adultos en la edad media de la vida, es el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), con una prevalencia aproximada del 2 al 4% en mujeres y del 4 al 6% en hombres (2, 3); sin embargo, a pesar de ser un padecimiento relativamente común, la apnea obstructiva del sueño suele diagnosticarse de manera errónea en 80% de los usuarios con esta alteración (4).

Justificación

Diversas consecuencias se han señalado en relación con el SAOS: hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, incremento de la mortalidad comparada con la población general y problemas asociados con un mayor riesgo de accidentes (7, 8, 9, 10).

Es importante conocer la prevalencia del SAOS en la unidad, y es responsabilidad médica mejorar su detección para su adecuado tratamiento, ya que existe evidencia que señala que el tratamiento respectivo del SAOS mejora la calidad de vida y el control adecuado de la hipertensión arterial y sus complicaciones en estos pacientes. Asimismo, los costos por atención médica a corto y largo plazo indican que el diagnóstico y tratamiento del SAOS ahorran recursos al sistema de salud con el control de la morbimortalidad asociada (10).

Una vez que se cuente con los resultados producto del presente estudio de investigación, a corto plazo se espera que los datos identificados permitan la canalización de las personas con SAOS al Servicio de Otorrinolaringología, con el fin de incluirlas en un programa de atención integral. Además de lo anterior, es importante la realización del presente estudio de investigación, dado que los resultados del mismo podrán impactar de manera positiva en el manejo adecuado de los recursos económicos destinados a la atención de los derecho-

habientes del ISSSTE. También servirán para el diseño de futuros proyectos de investigación, y eventualmente podrán ser incluidos en intervenciones que permitan mejorar la calidad de vida y la atención que reciben las personas con SAOS.

A largo plazo, con base en los hallazgos identificados y el diseño de intervenciones que demuestren eficiencia y efectividad en el contexto del ISSSTE, estos podrían ser trasladados y generalizados a otras instituciones de salud, y en general a personas con SAOS que cumplan con los criterios de selección e inclusión, para formar parte de programas destinados a la mejora de la calidad de vida.

Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Determinar la prevalencia del síndrome de apnea obstructiva del sueño en adultos que acuden a la consulta externa de la Clínica Hospital Constitución ISSSTE, Nuevo León.

Objetivos específicos:

1. Conocer la prevalencia del síndrome de apnea obstructiva del sueño, de acuerdo con las características sociodemográficas (edad, sexo) y antropométricas (índice de masa corporal).
2. Identificar la presencia del síndrome de apnea obstructiva del sueño de acuerdo con comorbilidades en adultos entre 30 y 70 años de edad, que acuden a la consulta externa de la Clínica Hospital Constitución ISSSTE, Nuevo León.

Marco teórico

Durante los últimos años, la apnea obstructiva del sueño es reconocida como un problema importante de salud pública y se asocia a un incremento de morbimortalidad fundamentalmente de origen cardiovascular (5).

Zamarrón, González, Suárez y Rodríguez (s/f) señalaron que las primeras investigaciones sobre los trastornos respi-

ratorios durante el sueño se desarrollaron en el siglo pasado. Hace más de 150 años que Charles Dickens describió, en su libro *The Posthumous Papers of the Pickwick Club*, a un personaje llamado “Joe, the fat boy”, con características de hipersomnolencia, ronquido intenso, facies congestiva y obesidad extrema. Aunque Sir William Osler, en 1918, acuñó el término “pickwiniano” para referirse a pacientes obesos y somnolientos, sería Burwell, en 1956, el que popularizaría la denominación de “síndrome de Pickwick”, en similitud con el personaje de Dickens.

“En la década de los 60, la introducción de la polisomnografía permitió comprobar que la somnolencia diurna estaba en relación con trastornos respiratorios durante el sueño. En 1965 Gastaut describe, mediante registros polisomnográficos, la existencia de apneas obstructivas episódicas durante el sueño, relacionando la obstrucción de la vía aérea superior (VAS) con la aparición de hipoxemia y de arritmias cardíacas”.

A principio de los años setenta se popularizan los términos de apnea e hipopnea, señalándose el hecho de que la obstrucción de la vía aérea superior (VAS) durante el sueño podía observarse también en pacientes sin el síndrome de Pickwick. En 1972, Sadoul y Lugaresi organizan el primer simposio internacional sobre hipersomnia con respiración periódica, término con el que hasta entonces se describía a estos pacientes. De este congreso nace el concepto de síndrome de apnea del sueño (SAS) (6). Durante la década de los 90 se realizan importantes estudios epidemiológicos, mediante los cuales se comprueba que el SAS es una enfermedad de alta prevalencia (Young et al., 1993) y que puede considerarse un problema de salud pública, como se reafirma en investigaciones recientes, donde se ha sugerido que puede representar un factor de riesgo en la relación causal con los accidentes de tráfico (4, 5, 6).

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) se caracteriza por la aparición de episodios recurrentes de limitación al paso de aire durante el sueño, como consecuencia de una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior que lleva a su colapso, provocando descensos de la saturación de oxígeno de la hemoglobina (SatO₂ Hb) y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva, trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos (3, 5).

En 1990, la Sociedad Americana de Desórdenes del sueño definió el SAOS como la presencia en la polisomnografía de cinco o más apneas de una duración superior a los diez segundos por hora de sueño, es decir, un índice de apnea hipopnea (IAH) ≥ 5 , asociadas a desaturaciones de oxígeno en sangre arterial, despertares frecuentes y braditaquicardias con o sin latencia múltiple de sueño que muestran una latencia media inferior a los diez minutos. Otros autores han propuesto nuevas definiciones, donde se asocian las apneas e hipopneas con el número de esfuerzos respiratorios asociados a los microdespertares por hora de sueño, lo que se conoce como el índice de alteración respiratoria (IAR) (5).

Dentro de las estadísticas en población de habla hispana, Durán et al., en un estudio realizado en población general

entre 30 y 70 años de edad en la ciudad de Victoria-Gasteiz (España), encontraron una prevalencia de 3,4% en hombres y 3% en mujeres (3).

Diversas consecuencias se han señalado en relación con el SAOS: hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, incremento de la mortalidad comparada con la población general y problemas asociados con un mayor riesgo de accidentes (7, 8, 9, 10).

Durante el día la somnolencia puede ser la queja más importante, con niveles variables de impacto sobre la vida de los sujetos (8, 10). La presencia de somnolencia diurna excesiva, ronquido y sueño agitado constituyen tres de las características clínicas principales del síndrome de apnea obstructiva del sueño (1, 2), el cual, a pesar de ser un padecimiento relativamente común, es en gran medida subdiagnosticado. Cuando estos pacientes son atendidos en los servicios del área de la medicina familiar, se les instruye para que sigan un control nutricional, se les da su tratamiento, a base de medicamentos antihipertensivos y antidiabéticos, etc., que es, por mucho, uno de los factores de mayor demanda de servicio en instituciones de salud, con las implicaciones económicas que esto ocasiona. Sin considerar que muchas de las alteraciones pudieran tener su origen en los trastornos respiratorios del sueño.

La somnolencia diurna es un signo importante para diagnosticar el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Hasta la fecha, la escala de Epworth es la principal herramienta para determinarla, pero su principal desventaja es la subjetividad. En la actualidad la polisomnografía nocturna es el estudio de referencia para establecer el diagnóstico del SAOS y uno de los principales parámetros que se miden con esta prueba es el índice de apnea/hipopnea, es decir, número de apneas más hipopneas dividido por las horas de sueño. Mediante esta técnica se registra el índice de apneas-hipopneas (IAH), índice de apneas obstructivas (IAO), índice de apneas centrales (IAC), episodios de ronquido, índice de desaturación de oxígeno (IDO) y frecuencia cardíaca.

Metodología de la investigación

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo observacional y transversal, ambispectivo, en el que las unidades de observación fueron 92 pacientes, todos derechohabientes del ISSSTE, entre 30 y 70 años de edad, con o sin sospecha de trastornos respiratorios del sueño. Se incluyeron pacientes estudiados a partir del 1 de enero y hasta el 31 de octubre del 2012, que contaron con estudio de poligrafía cardiorrespiratoria completa. La selección de los sujetos de observación se hizo por conveniencia, por lo que los resultados serán válidos solamente para los pacientes incluidos en el estudio.

La información se obtuvo de una base de datos existente en el consultorio de otorrinolaringología. Para la detección de los casos nuevos se eligieron por conveniencia, en la sala de espera de esta unidad, a los candidatos que iban a partici-



Foto 1. Sala de espera de medicina familiar, Hospital Constitución.

par en el estudio, y se incorporaron todos los que cumplieran con los criterios de inclusión del mismo, hasta completar la cuota muestral.

Criterios de inclusión

Derechohabientes del ISSSTE, Clínica Hospital Constitución del Estado de Nuevo León. De ambos sexos entre 30 y 70 años de edad, con cualquier problema médico, que acudieron a la consulta externa de la clínica y aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Se excluyeron pacientes que tomaban medicamentos para dormir, y los que trabajaban de noche.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no se realizaron el monitoreo del sueño.
- Pacientes con monitoreo del sueño con menos de cuatro horas de registro.

Definición de variables

Datos sociodemográficos (edad, sexo) y antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal),

Patologías de base y características clínicas principales del síndrome de apnea obstructiva del sueño, de las cuales se tomaron como variables dependientes la presencia de somnolencia diurna excesiva, ronquido y sueño agitado, utilizando la escala de Epworth para evaluar el grado de somnolencia.

La escala de Epworth es un instrumento para evaluar en forma subjetiva la tendencia a quedarse dormido, que califica los resultados de un cuestionario con una puntuación numérica de 0 a 24, en la que una cifra de diez o mayor se considera anormal (anexos, hoja 1).

Asimismo, se les realizó poligrafía cardiorrespiratoria, para lo cual se utilizó el equipo ApneaLink Plus de auto-

monitoreo en su domicilio, empleando como criterio para establecer el diagnóstico de apnea del sueño un índice de apnea-hipopnea mayor o igual que 5 (variable independiente).

Índice de apneas-hipopneas (IAH): es el número de apneas más hipopneas dividido por las horas de sueño. Se considera que un $IAH \geq 5$ es anormal.

Tamaño de la muestra

Se determina mediante la fórmula de proporciones para población finita. Quienes componen este grupo etario derechohabiente del ISSSTE son 30.859 personas. La determinación del tamaño muestral se calcula mediante la fórmula de proporciones para población finita, considerando un nivel de confianza del 95%, un error aleatorio aceptado del 5% y la probabilidad de presencia del evento reportado en estudios similares en este grupo poblacional del 4%. La muestra que se considera es de 92 personas.

Cálculo de muestra para proporciones en población finita

Z =	1,96
% =	4%
N =	30.859
E =	4%
n =	92

$$N = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * pq}$$

Instrumentos de recolección de información

La información se obtuvo de un cuestionario ya validado en el Departamento de Otorrinolaringología, aplicado a los pacientes estudiados, y de una base de datos existente en el consultorio de otorrinolaringología. Se tomaron registros de edad, sexo, IMC, puntaje en la escala de Epworth, enfermedades sistémicas de base y parámetros obtenidos en la poligrafía cardiorrespiratoria.

Consideraciones éticas

A todos los pacientes se les entregó una hoja de consentimiento informado, advirtiéndoles que dichos datos serían utilizados para un trabajo de investigación y que serían manejados en forma confidencial, respetando su privacidad (ver anexos, hoja 29).

Análisis de resultados

Se utiliza estadística descriptiva para conocer las características de la población estudiada, determinar la prevalencia y analizar otras variables de interés epidemiológico en el estudio.

Para evaluar las correlaciones se emplean gráficos de dispersión, con su correspondiente índice de regresión para dimensionar el grado de asociación de las variables estudiadas.

Resultados

El tamaño de la muestra fue de 92 personas en edades entre 30 y 70 años (tabla 1). La distribución por género fue de 47 hombres (51,1%) y 45 mujeres (48,9%).

Tabla 1. Edad de los participantes n = 92.

	Frecuencia	Porcentaje
De 30 a 50 años	40	43,5
51 y más	52	56,5
Total	92	100

Fuente: Encuesta aplicada a sujetos. Dic. 2012.

IMC promedio de 31,2 y un IC 95% 30-32,34. Solo diez personas (11%) presentaron IMC normal (IMC menor de 25), 35 pacientes (38%) registraron sobrepeso (IMC de 25 a 29) y 47 (51%) obesidad (IMC mayor de 30) (tabla 2).

Tabla 2. Índice de masa corporal de los participantes n = 92.

	Frecuencia	Porcentaje
Normal (IMC < 25)	10	11
Sobrepeso (IMC 25-29)	35	38
Obesidad (IMC > 30)	47	51
Total	92	100

Fuente: Encuesta aplicada a sujetos. Dic. 2012.

Se analizaron 92 poligrafías respiratorias con tiempo de registro de cuatro horas o más. Los resultados obtenidos fueron: en 71 de los 92 pacientes (77%) se encontró un IAH mayor o igual a 5, confirmando el diagnóstico de apnea del sueño, de los cuales, 42% eran mujeres y 58% hombres, con una edad promedio de 52 años (IC 95% 49,51-54,4). Del total de los pacientes (n = 92), 29 (31%) registraron apnea del sueño de grado leve (es decir, IAH 5 a 14), 19 (20,6%) de grado moderado (IAH 15 a 29) y 23 (25%) de tipo severo (IAH igual o mayor que 30) (tablas 3, 4 y 5).

Tabla 3. Severidad del SAOS según el género n = 71

Género	IAH			Total
	Leve 5 a 14	Moderado 15 a 29	Severo ≥30	
Masculino	11 26,8%	12 29,3%	18 43,9%	41 100,0%
Femenino	18 60,0%	7 23,3%	5 16,7%	30 100,0%
Total	29 40,8%	19 26,8%	23 32,4%	71 100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a sujetos. Dic. 2012.

Tabla 4. Severidad del SAOS según la edad n = 71

Edad	IAH codificado			Total
	Leve 5 a 14	Moderado 15 a 29	Severo ≥30	
Hasta 50	10 35,7%	6 21,4%	12 42,9%	28 100,0%
51 y más	19 44,2%	13 30,2%	11 25,6%	43 100,0%
Total	29 40,8%	19 26,8%	23 32,4%	71 100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a sujetos. Dic. 2012.

Treinta y ocho pacientes (41,3%) registraron un índice de 5 o más apneas, 62 (67,39%) presentaron apneas desde 1 hasta 85 por hora, con un promedio de 18,3, de las cuales el promedio de apneas obstructivas fue de 9,5 (52%) por hora, apneas centrales 0,6 (3,3%) y apneas mixtas 0,2 (1,1%).

En 81 pacientes (88%) se encontraron saturaciones menores de 90%, y en 70 (76%) el índice de desaturación de oxígeno fue 5 ó más (número de desaturaciones por debajo de 90% por hora). La frecuencia de pulso máxima varió desde 67 hasta 228 por minuto, con un promedio de 108,61 (IC 95% 101,78-115,44). La frecuencia de pulso promedio en cada paciente fluctuó entre 45 y 89 por minuto, con un promedio de 67 (IC 95% 64,87-69,15). Los pacientes con frecuencias de pulso mayores de 100 por minuto fueron 44 (48%).

En cuanto a la escala de Epworth, 44 pacientes (48%) registraron 10 ó más puntos. En las encuestas, 57 pacientes (62%) señalaron somnolencia diurna excesiva, 78 (85%) despiertan con sensación de no haber descansado y 88 (96%) refirieron ronquidos (tabla 6).

Tabla 6. Pacientes con características clínicas de SAOS n = 92.

	Frecuencia	Porcentaje
IAH ≥ 5	71	77%
Escala de Epworth ≥ 10	44	48%
Ronquido	88	96%
Somnolencia diurna	57	62%
Sueño no reparador	78	85%

Fuente: Encuesta aplicada a sujetos. Dic. 2012.

Las patologías señaladas en el total de las encuestas (n = 92) fueron: ansiedad 39 pacientes (42,4%), depresión 22 (24,5%), enfermedades renales 10 (11%), hipertensión arterial 32 (35%), diabetes 17 (18,5%), enfermedades reumáticas 16 (17,4%), convulsiones 7 (7,6%), alergias 24 (26%). En la tabla 7 se registra la frecuencia de patologías en pacientes con apnea del sueño.

Discusión y conclusiones

Respecto al síndrome de apnea obstructiva del sueño, la mayoría de la bibliografía encontrada señala una prevalencia de

Tabla 7. Comorbilidades en pacientes con IAH ≥ 5 n = 71

	Frecuencia	Porcentaje
RGE	37	52
Ansiedad	27	38
Hipertensión arterial	25	35
Depresión	22	31
Alergias no especificadas	17	24
Diabetes	14	20
Cardiopatía no especificada	9	13
Enfermedad renal	8	11
Disfunción tiroidea	6	8,5

Fuente: Encuesta aplicada a sujetos. Dic. 2012.

entre 2 a 4% en mujeres y 4 a 6% en hombres, en la población general en edad media de la vida. Otros la sitúan entre 9 y 24% en los hombres y 4 a 9% en las mujeres en edades entre 30 y 60 años. En el presente estudio incluimos pacientes entre 30 y 70 años de edad, en los que se encontró una prevalencia del 77% global, 42% mujeres y 58% hombres, lo cual es válido solo para este estudio, ya que la muestra estuvo formada en su mayoría por pacientes con sospecha de trastornos respiratorios del sueño. No permite generalizar a otras poblaciones, pues pertenece a una población clínica de un centro específico y no a una población aleatoria. Sin embargo, su importancia radica en su comparación con prevalencias conocidas encontradas en diversas patologías, para las que se considera factor de riesgo, como lo son las enfermedades cardiovasculares, en las que se señalan prevalencias de SAOS del 30 al 80% en pacientes con hipertensión arterial, del 37% y del 39% en pacientes con enfermedad coronaria, y entre el 61 y el 80% en pacientes que desarrollan accidente cerebrovascular (ACV). En nuestro estudio encontramos 32 pacientes (35%) con hipertensión arterial, de los cuales 25 (78%) tienen SAOS. Como dato adicional, se señala que el 69% de los pacientes que refirieron ansiedad presentan SAOS, además del sueño no reparador, lo que afecta su calidad de vida. Es importante mejorar la detección del SAOS para su adecuado tratamiento, y contribuir así a mejorar la calidad de vida de los pacientes, y el control de la hipertensión arterial al tratar la causa. De esta manera se previenen las complicaciones y se reducen los costos por atención médica.

Se sugiere implementar, como método de *screening*, la aplicación de un cuestionario adicional a su historia clínica a todos los adultos que acuden a la consulta de medicina familiar, hasta lograr su cobertura, dirigido a detectar las alteraciones relacionadas con el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Y remitir al otorrinolaringólogo los casos sospechosos para su diagnóstico.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. Durand G, Rey de Castro J. Hábitos y trastornos del sueño en rotadores de turnos de trabajo en una fábrica de bebidas. *Anales de la Facultad de Medicina*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ISSN1025-5583, vol. 65, No. 2-2004, 97-102.
2. Rey de Castro J, Rosales E, Ferreyra J. Relación entre la severidad del síndrome de apneas-hipopneas del sueño y la hipertensión arterial. Análisis en una población clínica. *Rev Med Hered.*, 2009; 20 (3), 123-131.
3. Rey de Castro J, Ferreyra J, Rosales E. Método simplificado para el diagnóstico del síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS). A propósito de una serie de casos empleando el polígrafo respiratorio BREAS SC-20. *Rev Med Hered*, 2007; 18 (2), 59-65.
4. Zubiarr F, Sordo A, Moscoso B. Significado clínico y utilidad de la escala de Epworth: nueva propuesta de tratamiento para el paciente con síndrome de apnea obstructiva del sueño. *An Orl Mex*, 2007; vol. 52, núm. 4, 127-131.
5. V. Anías Calderón J. Mecanismos fisiopatológicos de las alteraciones cardiovasculares en el síndrome de apnea obstructiva del sueño. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 2009; 28 (1), 1-7.
6. Zamarrón, González B, Suárez, et al. Antecedentes históricos del síndrome de apnea del sueño. *Revista Pnuma*. Servicios de Neumología, Hospital General de Galicia, La Coruña. © 2012, Sogapar (Sociedad Gallega de Patología Respiratoria, Neumología y Cirugía Torácica). <http://www.sogapar.info/index.php/Síndrome-de-apnea-del-sueño-y-enfermedad-cardiovascular>.
7. Cipriani E. Repercusiones endocrinológicas en la apnea obstructiva del sueño. *Rev Med Hered.*, 2010, 21, 39-45.
8. Rey de Castro J. Síndrome de apneas hipopneas del sueño. ¿Asesino silencioso? Revisión de la literatura. *Rev Med Hered.*, 2007, 18 (4).
9. San Juan O et al. Sueño y enfermedad de Parkinson. *Arch Neurocién (Mex.)*, abril-junio 2010, Vol. 15, No. 2: ,93-100.
10. Vizcarra D, Kawano J. Identificación de síntomas relacionados al síndrome de apnea obstructiva del sueño en historias clínicas de usuarios con eventos vasculares agudos. *Rev Med Hered.*, 2006, 17 (3).
11. Covarrubias-Gómez, Guevara-López, Haro-Valencia, Alvarado-Suárez. El síndrome de apnea obstructiva del sueño y su importancia en la medicina perioperatoria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2007; 45 (4): 371-380.
12. Martínez García, Durán Cantolla. Apnea del sueño en atención primaria. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR, edición de bolsillo, Ed. Respira. Dep. legal: B-20153-2009.