

Tabla 2. Clasificación de las titulaciones obtenidas por los algoritmos ("no aceptable": > 2 cmH2O, "aceptable": 1-2 cmH2O y "óptima": < 1 cmH2O)

Autor, año y país	Nº pacientes	Titulación		
		No aceptable	Aceptable	Óptima
Wu et al. (2014), Taiwán	103	87,4%	5,8%	6,8%
Luo et al. (2013), China	180	69,4%	17,2%	13,3%
Lee et al. (2013), Corea	98	100%	0	0
Basoglu et al. (2012), Turquía	175	68%	17,7%	14,3%
Tofts et al. (2012), EEUU	10	40%	30%	30%
Schiza et al. (2011), Grecia	170	77,1%	15,3%	7,7%
Choi et al. (2010) Corea	180	58,9%	22,8%	18,3%
Chuang et al. (2008), Taiwán	175	54,9%	24%	21,1%
Loredó et al. (2007), EEUU	108	50,9%	19,4%	29,6%
Skomro et al. (2007), EEUU	177	99,4%	0	0,6%
Torre-B. et al. (2007), México	122	38,5%	34,4%	27,1%
Panagou et al. (2005), Grecia	175	78,3%	10,3%	11,4%
Rowley et al. (2005), EEUU	180	75%	11,7%	13,3%
Stradling et al. (2004), G. Bretaña	175	49,7%	24,6%	25,7%
Lin et al (2003), Taiwán	180	71,7%	16,7%	11,7%
Sériés (2000), Canadá	180	48,3%	23,9%	27,8%
Nahmias et al. (1995)	103	67%	19,4%	13,6%
Teschler et al (1995), et al.	180	65,6%	21,7%	12,8%
Hoheisel et al.(1994), Alemania	180	65%	18,3%	16,7%
Hoffstein et al. (1994), Canadá	180	72,8%	14,4%	12,8%
Presión 11 cmH2O	180	27,2%	46,7%	26,1%

Introducción: El volumen asistencial de pacientes con síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) nos lleva en ocasiones a emplear algoritmos para el cálculo de presión mínima de CPAP en la espera de la titulación del dispositivo. Se han descrito múltiples algoritmos, pero sus resultados pueden estar condicionados por diversos factores.

Material y métodos: Estudio piloto para evaluar de forma retrospectiva la concordancia entre titulación manual por PSG o autoCPAP, con las presiones mínimas obtenidas mediante los 20 algoritmos descritos en la literatura aplicables a las variables recogidas en la base de datos de nuestra Unidad de Sueño. Se recogieron los registros de 6 meses de titulación. Se usó prueba Kolmogorov-Smirnov para evaluar ajuste a la normalidad, media, mediana, desviación estándar, rango intercuartílico y coeficiente de correlación de Pearson. También se determinó cualitativamente las diferencias clínicas relevantes entre algoritmos y titulación real, siendo > 2 cmH2O no aceptable, entre 1-2 cm aceptable y < 1 cmH2O óptima. A continuación, se estableció la presión empírica que mostraba un menor porcentaje de registros con presión no aceptable, diferenciándose dos grupos (pacientes con presión no aceptable vs resto) aplicándose la t Student para buscar diferencias clínicas entre ambos, siendo $p < 0,05$ significativo.

Resultados: Se analizaron 180 registros. El coeficiente de correlación de Pearson mostró una correlación positiva débil estadísticamente significativa en todos los algoritmos excepto en dos (tabla 1). Los algoritmos que mostraron mayor porcentaje de titulación óptima fueron los de Tofts (30%), Loredó (29,6%) y Sériés (27,8%) y no aceptable Lee (100%), Skomro (98,4%) y Wu (87,4%). El algoritmo de Hoffstein sólo fue óptimo en el 15,3%, siendo no aceptable en el 68,4% (tabla 2). Se estableció 11 cmH2O como el punto de presión en el que un menor número de registros presentaba una presión no aceptable (27,2%) mejorando el resultado de todos los algoritmos evaluados. Se objetivó que este grupo de pacientes presentaba, respecto al grupo que con presión de 11 tenían una presión óptima o aceptable, un IAH mayor ($52,1 \pm 27,2$ vs $43,7 \pm 21,6$) siendo $p < 0,05$.

Conclusiones: En nuestra población ninguno de los algoritmos cumple con una concordancia mínima con las titulaciones encontradas.

Debemos acortar tiempos de espera de titulación de CPAP una vez realizado el diagnóstico. A la espera de la titulación, recomendamos iniciar tratamiento con una presión inicial de 11 cmH2O y priorizar a aquellos con un IAH superior a 24.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO EN UNA POBLACIÓN GENERAL CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

E. Galera Lozano¹, A. Bertrán Melines¹, E. Sapiña Beltrán¹, A. Mas Esteve¹, E. Castro Boqué² y F. Barbé Illa³

¹Grupo de Investigación Translacional en Medicina Respiratoria, HUAV y HSM. IRBLleida, Lérida, España. ²Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Aterotrombóticas (UDETMA), Instituto de Investigación Biomédica. IRBLleida, Lérida, España. ³Grupo de Investigación Translacional en Medicina Respiratoria, HUAV y HSM. IRBLleida; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Lérida, España.

Introducción: Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos (hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, tabaquismo y diabetes) explican sólo parte de los eventos cardiovasculares. El diagnóstico de síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) y las alteraciones de la función pulmonar se han asociado a un incremento del riesgo y mortalidad de causa cardiovascular (CV). El proyecto "ILERVAS" estudia la prevalencia de enfermedad ateromatosa subclínica y caracteriza el nivel de riesgo CV de una población a priori sana, diagnosticada de al menos uno de los siguientes FRCV: hipertensión arterial, dislipemia, obesidad ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$), tabaquismo y/o antecedentes familiares de primer grado de enfermedad CV, sin diagnóstico previo de SAHS. Objetivo: en una población con al menos un FRCV, ¿Cuál es la prevalencia de SAHS?

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y anidado en el proyecto ILERVAS. Los participantes son sometidos a un estudio ecográfico vascular para detectar presencia de placa de ateroma, a una poligrafía cardiorrespiratoria nocturna y a la obtención de muestras biológicas. Se ha realizado un análisis descriptivo, media (desviación estándar) o mediana [rango intercuartílico] para las variables continuas, dependiendo de la distribución de los datos (normal o no normal), y frecuencias absolutas (frecuencias relativas) para las variables categóricas.

Resultados: Se han incluido 454 participantes. La mediana de edad es de 59 [rango intercuartílico (RIQ); 54,0,64,0] años con una mediana de IMC de 28,8 [RIQ; 25,9,32,1], mediana en el índice de apnea-hipopnea (IAH) de 12,4 [5,03,23,6] eventos/hora y una mediana de presión arterial media de 104 [97,0,112] mmHg. El 43,8% son hombres y el 56,2% mujeres con prevalencia de placa de ateroma del 53,6% y 46,4% respectivamente. Además, el 42,1% son no fumadores, y el 33,5% ex fumadores. Se ha observado que la prevalencia de SAHS (IAH ≥ 5 eventos/hora) es de 75,33%, distribuidos en distintos grupos según su gravedad: 45,03% son leves (IAH 5-15 eventos/hora), 31,29% moderados (IAH 15-30 eventos/hora) y un 23,68% graves (IAH ≥ 30 eventos/hora).

Conclusiones: Este estudio sugiere que la prevalencia de Síndrome de apnea-hipopnea del sueño moderado-grave en una población con al menos un FRCV es del 41,41%. Por lo que podría ser de interés evaluar la presencia de SAHS en una población con al menos un factor de riesgo cardiovascular.

PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN DE ALTERACIONES ESPIROMÉTRICAS EN PACIENTES ESTUDIADOS POR SOSPECHA DE SAHS

A.J. Cruz Medina, M.C. Fernández Criado, C. Carrasco Carrasco, J. Díez Sierra y F. Campos Rodríguez

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.