

SUEÑO

503. DESEMPEÑO DE LOS CUESTIONARIOS DE PREDICCIÓN DE APNEAS DEL SUEÑO EN HIPERTENSOS DERIVADOS PARA EVALUACIÓN EN UN MODELO DE HOSPITAL DE DÍA

E. Borsini, M. Blanco, G. Ernst, A. Salvado, M. Bosio, H. Avaca, D. Nosetto, M. Schiavone y O. Manuale

Unidad de Sueño y Ventilación. Hospital Británico. Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Británico.

Introducción: Las apneas del sueño son prevalentes en los pacientes con hipertensión arterial (HTA) y se consideran un factor de riesgo cardiovascular emergente. El desempeño de los cuestionarios corrientemente usados en las unidades de sueño en esta población específica no se conoce con detalle. Comunicamos nuestra experiencia en la aplicación de escalas de predicción clínica en hipertensos evaluados en hospital de día de cardiología.

Material y métodos: Estudio prospectivo y observacional en pacientes con HTA. Se utilizaron la Escala de somnolencia de Epworth (ESS), cuestionario de Berlín y de STOP-BANG (SBQ). Se correlacionaron con Poligrafía Respiratoria Domiciliaria Auto-administrada (PR). Se calculó la Sensibilidad y Especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y el área bajo la curva (AUC-ROC) para cada cuestionario y sus combinaciones.

Resultados: Datos de 382 pacientes fueron analizados; 234 hombres (61,3%) y 148 mujeres con una media en edad; $54,5 \pm 13,7$, BMI; $33,1 \pm 7,8$ y ESS; $7,4 \pm 4,7$. En 92 casos ESS fue > 10 (24%) y el 58,6% refirió cansancio habitual. El 78% tuvieron IAH > 5 eventos/hora (ev/h) y 58% presentaron > 30 ev/h (media; $17,5 \pm 9,3$ ev/h) en la PR. La eficacia diagnóstica de los hallazgos de las combinaciones clínicas basadas en cuestionarios para IAH > 15 ev/h se muestran en la tabla. Para identificar población hipertensa con riesgo de apneas del sueño relevante clínicamente, cinco componentes de STOP-BANG en cualquier combinación mostró una sensibilidad de 100% (IC: 97-100), especificidad de 98% (IC: 95-99) con VPN: 100 y VPP: 97,8 y AUC-ROC de 0,90 ($p < 0,0001$). ESS > 10 y Berlín de alto riesgo y su combinación no superaron el desempeño de STOP-BANG > 5 .

Tabla 1. Eficacia diagnóstica para AHI > 15 ev/h en la PR

| Cuestionarios y combinaciones | Sensibilidad (%) (CI 95%) | Especificidad (%) (CI 95%) | VPP (%) | VPN (%) | AUC-ROC (p) |
|--|------------------------------|-------------------------------|---------|---------|-----------------|
| Berlin Alto Riesgo | 100 (97 – 100) | 18.6 (14 – 24) | 54.3 | 100 | 0.59 (< 0.0001) |
| Epworth (ESS) > 10 | 30.5 (23 – 38) | 78.6 (72 – 84) | 56.7 | 53.7 | 0.54 (0.0531) |
| SBQ ≥ 3 componentes | 100 (97 – 100) | 32.3 (26 – 39) | 58.6 | 100 | 0.66 (< 0.0001) |
| SBQ ≥ 5 componentes | 100 (97 – 100) | 98 (95 – 99) | 97.8 | 100 | 0.90 (< 0.0001) |
| SBQ ≥ 5 componentes + ESS > 10 | 28.4 (21 – 36) | 100 (98 – 100) | 100 | 59.1 | 0.64 (< 0.0001) |
| SBQ ≥ 5 componentes + Berlin Alto Riesgo | 100 (97 – 100) | 98 (96 – 99) | 98 | 100 | 0.90 (< 0.0001) |
| SBQ ≥ 5 componentes + Berlin Alto Riesgo + ESS > 10 | 28.4 (22 – 36) | 100 (97 – 100) | 100 | 59 | 0.65 (< 0.0001) |

Conclusiones: En pacientes hipertensos evaluados en hospital de día, STOP-BANG > 5 obtuvo el mejor desempeño para identificar pacientes con apneas del sueño.

504. EFICACIA DE UN MODELO HÍBRIDO DE MÁSCARA NASAL DE POCO CONTACTO EN EL TRATAMIENTO CON CPAP

M. Blanco, V. Jaritos, G. Ernst, A. Salvado, F. Nogueira y E. Borsini

Unidad de Sueño y Ventilación. Hospital Británico. Unidad de Sueño. Hospital de Clínicas José de San Martín.

Introducción: La presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) es la recomendación estándar vigente para las formas moderadas-severas del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas durante el sueño. Un punto clave es la elección de la máscara. Evaluamos satisfacción, preferencias y eficacia de modelo híbrido de máscara nasal.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, de grupos cruzados. Se reclutaron pacientes con SAHOS y en tratamiento con CPAP o CPAP autoajustable (Auto-CPAP) con memoria interna y registro de uso, fuga y eficacia (IAHr). Se realizó demostración de máscara nasal Dream-Wear™ (Philips-Respironics) de “poco contacto” y sin olivas nasales (DW). No se modificó el modo ni la presión del dispositivo de terapia con CPAP. Al cabo de una semana se realizó la revisión de datos de uso, fuga e IAHr y un cuestionario de satisfacción de la máscara DW.

Resultados: Datos de 52 pacientes fueron analizados; 35 hombres (67%) y 17 mujeres. El 69% tuvieron IAH > 30 ev/hora (media; $24,3 \pm 12,3$ ev/hora). Las comorbilidades más frecuentes fueron; hipertensión arterial, diabetes y consumo de hipnóticos. El 65% utilizaba anteojos, 15% barba y 10% bigote. El tiempo de uso basal de CPAP fue de 8 meses (rango; 3 a 84 meses) y el cumplimiento medio de $5,42 \pm 1,83$ horas/noche. El 33% utilizaba CPAP fijo y 67% CPAP autoajustable. La presión media de CPAP prescrita fue de $8,5 \pm 1,1$ cm de H₂O en los CPAP fijos y rangos de 4 ± 2 de presión mínima y $14,4 \pm 2,4$ de máxima en Auto-CPAP. La fuga basal fue; $18,3 \pm 14,2$ litros/m. Se comparó la máscara de prueba en relación a 12 modelos de máscara nasal y mostró diferencias significativas en relación al reporte de marcas en el rostro, confort, apariencia, aceptación por la/el compañero de cuarto

y simplicidad de uso en la primer semana a favor del modelo DW. El puntaje subjetivo en relación a la evitación de la fuga percibida arrojó mayor satisfacción en DW (7,88 vs 6,32, $p < 0,05$). El 25% de los pacientes mostraron ESS basal > 11 que se redujo a 11% con 7 días de DW. Al finalizar el protocolo 8 pacientes (15,4%) eligieron continuar con su máscara habitual. No hallamos diferencias en una semana en los valores de presión en el percentil 90-95 en los pacientes con CPAP autoajutable ($9,6 \pm 9,2$ cm de H₂O, $p = 0,5$), fuga ($19,8 \pm 17$ litros/min, $p = 0,37$) e IAHR ($3,38 \pm 3,05$ ev/hora, $p = 0,93$). Existieron diferencias significativas en el cumplimiento a 7 días con la máscara DW ($p > 0,0042$) y en ESS ($p < 0,05$).

Conclusiones: Pacientes adaptados a CPAP utilizan la máscara DW con corrección del trastorno, similar nivel de fuga y cumplimiento una hora mayor a los 7 días en comparación a las máscaras habituales.

505. IMPACTO DEL TIPO DE MÁSCARAS EN LAS TITULACIONES CON CPAP AUTOMÁTICA EN EL DOMICILIO EN PACIENTES SIN ADAPTACIÓN PREVIA

M. Blanco, G. Ernst, A. Salvado, T. Décima, M. Bosio, J. Campos, F. Di Tullio y E. Borsini

Servicio de Medicina Respiratoria. Hospital Británico.

Introducción: Los equipos de CPAP automáticos (A-CPAP) son una opción aceptada de titulación en el síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS). En pacientes no adaptados la selección de máscaras representa un paso crucial en el tratamiento. Objetivo: describir cumplimiento, presión efectiva, fugas y eficacia de la titulación domiciliar con A-CPAP en relación al tipo de interface seleccionada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo basado en titulaciones de A-CPAP realizadas durante 26 meses en pacientes con SAHOS sin experiencia previa. Tipo y tamaño de máscara fueron seleccionados luego de una demostración de interfaces por kinesiólogos entrenados. Se utilizaron equipos de A-CPAP Autoset S9 y AirSense (ResMed) y System One y Dream Station (Philips-Respironics). Los datos de la titulación se obtuvieron con software ResScan y Encore Pro II analizando cumplimiento, fugas e índice de apneas e hipopneas residual (IAHR) y presión efectiva (curva de presión/tiempo).

Resultados: Se titularon 707 pacientes; 513 hombres (73%) y 194 mujeres, categorizados como SAHOS leve (4,5%) con IAHR basal (eventos/hora); $10,2 \pm 3,3$, moderado (36,5%) IAHR; $22,2 \pm 4,1$ y severos (59%) IAHR; $47,7 \pm 16,4$. El periodo de titulación medio fue de $3,2 \pm 0,8$ noches. Fueron utilizadas tres tipos de máscaras; 104 almohadillas (14,7%); GI, 532 nasales (75,2%); GII y 71 oronasales (10%); GIII. El grupo I tuvo predominancia de pacientes moderados mientras que se seleccionaron oronasales en pacientes con mayor proporción de SAHOS severo. No existieron diferencias entre los grupos en; edad; 57 ± 12 vs $59,4 \pm 12$ vs $59,1 \pm 12,2$ años, circunferencia de cuello; $41,4 \pm 2,3$ vs $43,4 \pm 4,1$ vs $43,7 \pm 3,3$ cm, índice de masa corporal; $33,1 \pm 6,6$ vs $34,2 \pm 6,8$ vs $34,1 \pm 6,4$ kg/m² y escala de Epworth basal; $9,8 \pm 5,7$ vs $9,8 \pm 5,8$ vs $8,7 \pm 5,7$ puntos, $p > 0,5$. El cumplimiento fue similar en todos los grupos ($6,2 \pm 1,1$ vs $6,3 \pm 1,2$ vs $6,1 \pm 1,1$ horas/noche) $p > 0,5$. Si bien hallamos diferencias en el valor de la presión efectiva de titulación (P90/95) GI; $7,13 \pm 1,9$ vs GII; $8,3 \pm 2,1$ vs GIII; $9,3 \pm 2,6$ cmH₂O, $p < 0,001$, y en el IAHR (GI; $3,7 \pm 2,9$ vs GII; $4,6 \pm 4,1$ vs GIII; $7,6 \pm 5,2$ eventos/hora) $p < 0,001$ (menor con almohadillas nasales) los valores de presión definidos por la curva presión/tiempo (GI; $7,9 \pm 1,4$ vs GII; $8,6 \pm 1,6$ vs $9,2 \pm 1,9$ cm de H₂O) $p > 0,5$ fueron similares. La fuga fue menor con máscaras nasales (GI $18,6 \pm 7,7$ vs GII $15 \pm 9,8$ vs GIII $20,4 \pm 10,4$ litros/min), $p < 0,001$.

Conclusiones: Durante la titulación de A-CPAP en domicilio en pacientes no adaptados las máscaras nasales fueron más utilizadas y con menor tasa de fuga. Las almohadillas nasales mostraron un desempeño similar.

506. APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: EXPERIENCIA EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL CALLAO, PERÚ (2013-2017)

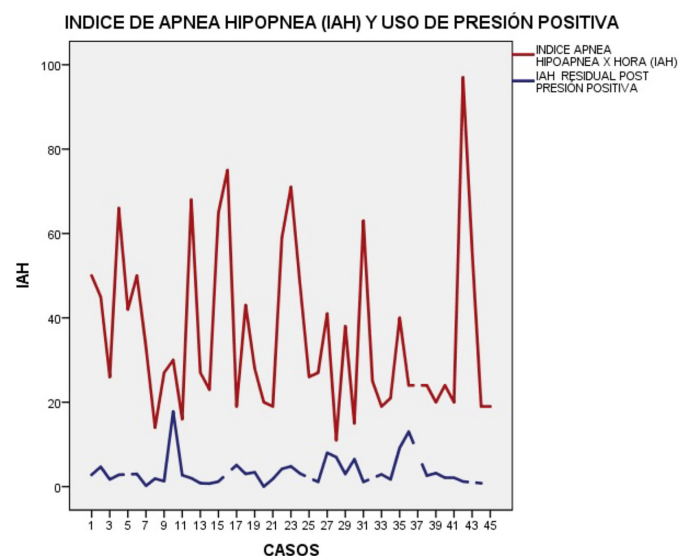
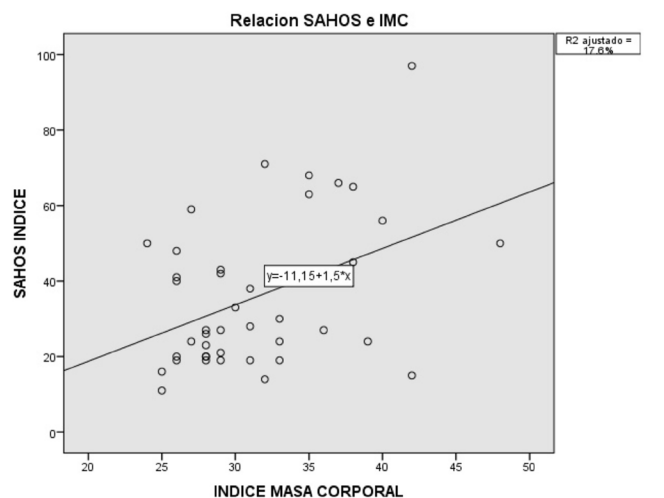
M. Gonzales, F. Gonzales-Aste, M. Guillermo, M. Caycho y R.M. Gonzales

Centro Médico Naval.

Introducción: Apnea obstructiva del sueño (AOS) es una afección crónica caracterizada por ronquidos, apneas presenciales y somnolencia diurna. En el Perú, este síndrome no está muy estudiado y subdiagnosticado careciendo de estudios de experiencias de manejo. El objetivo del trabajo fue analizar las características clínica-epidemiológicas y experiencia de manejo de estos pacientes con el propósito de dar inicios a futuras investigaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se utilizó datos del servicio de Neumología (enero 2013-diciembre 2017). Se revisaron las historias clínicas con diagnóstico de AOS recogiendo los datos clínico-epidemiológicos. Se procesaron en SPSS 23.

Resultados: Un total 45 pacientes (42 hombres, 3 mujeres) fueron incluidos en el estudio. Promedio edad fue $54 \pm 11,9$ (media \pm DE). El AOS fue leve 1 paciente (2%), moderado 22 (49%) y severo 22 (49%). La comorbilidad más encontrada fue hipertensión arterial 19 (42%). Epworth > 12 puntos fue 31 pacientes (69%). Stop Bang Alto riesgo fue 30 (67%). El estudio que predominó fue polisomnografía (PSG) 42 (93%). El índice de masa corporal (IMC) fue obesidad 21 pacientes (47%). El IMC se correlacionó significativamente con el índice AOS de modo que niveles más elevados de IMC predijeron niveles mayores de



índice de AOS ($R^2 = .18$, $df (1,40)$, $b = 1,5$, $p = 0,06$). El modo utilizado fue AUTOCPAP con 28 pacientes (61%) y CPAP 12 (26%). La interface con mayor adherencia fue Nasal 23 (50%). El uso > 4 horas con CPAP fue 31 (67%).

Conclusiones: Se establece una relación entre índice de masa corporal y severidad de AOS. Así mismo el uso de presión positiva, junto con una adecuada adherencia y seguimiento, aseguran la remisión del síndrome en la mayoría de los pacientes. Los resultados piloto de nuestro estudio serán punto de partida para futuros estudios longitudinales.

507. ANÁLISIS DE COSTO/CALIDAD DE UNA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN UN AMBIENTE CON RECURSOS LIMITADOS

M.C. Hernández, M. Arias, M. Torres y J.L. Carrillo

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: Para diagnosticar apnea obstructiva del sueño se colocó monitores portátiles y el paciente tuvo que desplazarse a través de la Ciudad de México con los sensores puestos, la calidad de las señales bajo este formato no ha sido evaluada. El objetivo fue evaluar la calidad de las señales de poligrafías respiratorias a domicilio realizadas en los últimos 5 años y evaluar costo/efectividad.

Material y métodos: Revisión entre 1/05/12 y 31/05/17, se utilizó un monitor Stardust II® (pulsioximetría, frecuencia cardíaca, presión nasal, ronquido, banda en tórax y posición corporal), que se colocó entre 14 y 20 h. Se analizó visualmente los estudios y se registraron minutos perdidos de las señales definido como su ausencia en pantalla. Estudio de buena calidad fue aquel con > 240 min y pérdida de señal < 20%. El costo directo se calculó con la metodología descrita por Golpe et al.

Resultados: Se incluyeron 70 estudios, 48 hombres, mediana de edad 60 años y obesos, con tiempo total de grabación 465 minutos (176-546) e índice de apnea hipopnea (IAH) 44,5 (7,5-140 h-1). La calidad de las señales bajo esta técnica de poligrafía respiratoria fue buena, la mediana de pérdida de señal fue 4,9 min (0-405) lo que representó 1% (0-99) del tiempo total de grabación; la señal más perdida fue pulso con 1,8 min (0-403,7, $p = 0,0001$); 57 registros (81%) cumplieron la definición de estudio de buena calidad y 13 estudios fueron repetidos (19%). No se observaron diferencias entre los 2 operadores. Para buscar variables asociadas a la pérdida de señales se realizaron correlaciones entre las señales perdidas y la edad, IAH, IAH en supino y no supino, tiempo total de grabación, tiempo en supino y no supino; sin encontrar asociación estadística. Se observaron pequeñas diferencias por género en relación a minutos de señal perdida, los hombres perdieron más señal que las mujeres en forma global a expensas de la señal de pulso, no se observaron diferencias por género en otras señales; la probabilidad de repetir el estudio para el género masculino fue OR = 1,66 ($p = 0,47$, IC95% 0,4-6,88) en comparación al femenino. A pesar de la necesidad de repetir algunos registros hubo diferencia significativa en costos, este formato de poligrafía respiratoria podría representar ahorro para nuestro centro de 75% con respecto a polisomnografía supervisada y del 60% en relación a poligrafía respiratoria hospitalaria.

Conclusiones: La realización de una poligrafía respiratoria colocando un monitor portátil durante el día implicando desplazamiento del paciente a través de la ciudad para que este sólo lo encienda y lo apague no afecta la calidad del estudio y es un método costo/efectivo.

508. VALORACIÓN DEL GRADO DE SOMNOLENCIA DIURNA A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO EPWORTH EN LOS TRABAJADORES DE UNA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS

N. López, A. Polania, M. Roa, M.P. Rojas y A. Valero

Universidad de Boyacá. Tunja. Colombia. Empresa Empoduitama.

Introducción: Los adultos presentan como consecuencia del sueño anormal somnolencia diurna; según la clasificación internacional de Trastornos del Sueño el trabajo por turnos influye en el funcionamiento normal del sistema circadiano generándose como consecuencia la privación del sueño; afectando a los trabajadores que son sometidos a cambios de turno laboral; la presente investigación tuvo como objetivo valorar el grado de somnolencia diurna a través de la aplicación del cuestionario Epworth en los trabajadores de la empresa Empoduitama en el año 2017.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal correlacional, realizado en 80 trabajadores, a los cuales se les aplicó el cuestionario Epworth. Se realizó análisis de información a través del paquete estadístico SPSS versión 22, teniendo en cuenta medidas de tendencia central y en la fase de correlación se empleó chi-cuadrado.

Resultados: la población estudiada se caracterizó por ser en su mayoría de sexo masculino, con edad promedio de 45 años de edad (DE 11,4); frente al grado de somnolencia con respecto a la ocupación de los trabajadores, se estableció que los funcionarios administrativos son quienes reportan somnolencia diurna leve con 21,4% correspondiendo a los auxiliares administrativos; así mismo el 17,5% de este mismo grupo de funcionarios presenta somnolencia moderada. El grupo de funcionarios operarios que corresponden a operadores de redes y servicios presentan somnolencia diurna leve con el 31%; así mismo de aquellos que presentan somnolencia diurna moderada el 50,0% corresponde a los operarios de planta y al establecer la relación entre el grado de somnolencia y la actividad que desarrollan los funcionarios de la empresa, no depende de la actividad que desarrollan.

Conclusiones: se demostró a través del cuestionario de Epworth que los trabajadores principalmente presentaron somnolencia diurna leve y moderada, situación que podría influir en su desempeño laboral.

509. EFECTO DEL USO DE LA CPAP SOBRE LA DISMINUCIÓN DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA EN SUJETOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

R.M. Orozco-Magaña, M.R. Ortega-Gómez, F.J. Contreras-Rodríguez, B.N. Orozco-González y D. Hernández-Gordillo

Clínica del Sueño. Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS.

Introducción: El síndrome de apnea del sueño (SAOS) caracterizado por ocasionar fragmentación de sueño y activación simpática, lo que ocasiona estrés oxidativo que favorece la resistencia a la insulina ocasionando un mal control a pesar de tratamiento óptimo, por lo que el objetivo de este estudio es evaluar la disminución de hemoglobina glucosilada A1c (HbA1c) en pacientes con diabetes mellitus que fueron diagnosticados con apnea obstructiva del sueño posterior a uso de CPAP por lo menos tres meses.

Material y métodos: Estudio longitudinal, en que se incluyeron pacientes mayores a 30 años con diagnóstico de diabetes mellitus de más de 5 años, sin cambios en su tratamiento durante el periodo de estudio, con diagnóstico de apnea obstructiva del sueño, que no fueron usuarios de CPAP. Se les cuantificó HbA1c al momento del diagnóstico del SAOS y posterior a por lo menos tres meses usando CPAP. Se realizaron comparaciones entre el grupo que logro disminuir al menos 0,5% la HbA1c y descripción de las variables según su distribución. Protocolo aprobado por el comité de bioética local No. R-2017-1301-157.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes, 15 (62,5%) hombres, edad 51 años IQ25-75 42,5-59,5 años, con una mediana de IMC 43, IQ25-75 36,9-49,8, mediana de glucosilada basal 7,75% IQ25-75 6,54-9,25%, el tratamiento de diabetes fue con solo metformina en 11 (46%), combinación de insulina más metformina 3 (12,5%) y 10 (41%) con insulina más dos fármacos orales. El cambio de HbA1c no fue diferente entre estos grupos. La media de IAH 19,85 IQ25-75 9-36,6, con apnea leve 10 (41,7%), moderada 5 (20,8%) y grave 9 (37,5%). La mediana de meses usando CPAP fue de 5 IQ25-75 4-7 meses. La HbA1c disminuyó en promedio -0,36% IQ25-75 -0,9 - 0%. Comparando el grupo que disminuyó más de 0,5% (grupo respondedor) se encontró diferencia en IMC, entre los que disminuyeron la media de IMC fue 38 (35-41,8) vs 45 (41,8-50) con $p = 0,01$. La mediana de HbA1c en el grupo respondedor fue 8,8 (8-10,8) y 6,9 (6,2-9,2) en el que no disminuyó, $p = 0,06$. No se encontraron diferencias entre uso de CPAP en meses, gravedad del SAOS medido por IAH o T90, ni por tratamiento para diabetes utilizado.

Conclusiones: En sujetos con diabetes mellitus y apnea obstructiva del sueño, el uso de CPAP disminuye la HbA1c en promedio 0,4%, esta disminución es mayor en aquellos sujetos con menor índice de masa corporal y probablemente en aquellos con mayor descontrol previo al inicio del CPAP.

510. ESTUDIO COMPARATIVO DE 2 GRUPOS, UNO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL OTRO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE, Y SU RELACIÓN CON LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

F. Narváez Vásquez, D. Castillo Beltrán y C. Delgado Viteri

Centro de Especialidades Respiratorias, Hospital Metropolitano.

Introducción: El presente, pretende recopilar las características clínicas y factores de riesgo en dos grupos de pacientes, la primera de pacientes con HTA (hipertensión arterial) de buen control y la segunda con pacientes con HTA resistente y describir la relación con la apnea obstructiva del sueño (frecuencia, gravedad).

Material y métodos: Se realizó un estudio analítico transversal para determinar la frecuencia, factores de riesgo, severidad y características clínicas de los pacientes con HTA e HTA resistente y su relación con la apnea obstructiva del sueño. El estudio se realizó de forma sistemática a pacientes que acudieron a control de su HTA, independientemente del pre test para SAOS (síndrome de apnea obstructiva del sueño), en el Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador. Se asignó a los pacientes de manera consecutiva hasta completar la n requerida, 30 pacientes para cada grupo. Se realizó la prueba de poligrafía respiratoria a todos aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión (tabla 4-5) durante el segundo semestre del año 2015.

Resultados: Encontramos una alta relación entre HTA y SAOS (82%), específicamente, en el grupo de HTA resistente, todos los pacientes presentaron trastornos respiratorios del sueño. La severidad catalogada por IAH (índice apnea/hipoapnea), IDO (índice de desaturación de oxígeno) y la saturación menor a 90% fueron significativamente mayores (40%) en comparación con el grupo control (10%) (tabla 10).

Tabla 4. Criterios de inclusión grupo HTA resistente

| CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO HTA RESISTENTE |
|---|
| Edad igual o mayor a 30 años y menor o igual a 75 años |
| Diagnóstico confirmado de HTA resistente, definida como aquella que mantiene niveles iguales o mayores a 140mmHg y/o iguales o mayores a 90mmHg luego de haber utilizado de manera óptima 3 antihipertensivos, dentro de ellos un diurético, a dosis adecuadas (plenas), que tengan una buena adherencia al tratamiento |
| Creatinina menor de 1,5mg/dl o TFG mayor a 30 (MDRD) |

Realizado por: los autores

Tabla 5. Criterios de inclusión grupo HTA controlada

| CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO HTA CONTROLADA |
|--|
| Edad igual o mayor a 30 años y menor o igual a 75 años |
| Diagnóstico confirmado de HTA bien controlada, definida por valores que se mantienen inferiores a 140mmHg e inferiores a 90mmHg luego de haber sido utilizado de manera óptima de 1 a 3 antihipertensivos, que tengan una buena adherencia al tratamiento. |
| Creatinina menor de 1,5mg/dl o TFG mayor a 30 (MDRD) |

Realizado por: los autores

Valoración de apneas-hipopneas (IAH) según grupo de estudio

Tabla 10. Distribución de 860 pacientes agrupados por grupos de estudio según IAH, Quito 2015

| IAH | Grupo de estudio | | | | | | Valor de p |
|----------|------------------|------|----------------|------|-------|------|------------|
| | HTA controlada | | HTA resistente | | Total | | |
| | n | % | n | % | N | % | |
| Normal | 11 | 36,7 | 0 | 0 | 11 | 18,3 | 0,001 |
| Leve | 9 | 30 | 11 | 36,7 | 20 | 33,3 | |
| Moderado | 7 | 23,3 | 7 | 23,3 | 14 | 23,3 | |
| Severo | 3 | 10 | 12 | 40 | 15 | 25 | |

Chi cuadrado= 16,6 GL=3

Conclusiones: La población con HTA resistente tiene mayor frecuencia de apnea obstructiva del sueño y probabilidad de que estas sean de mayor severidad en comparación con la HTA controlada. Comparada con la población total estudiada la frecuencia de SAOS (82%) es mayor que la reportada a nivel internacional. La apnea obstructiva del sueño es una patología infra diagnosticada en pacientes hipertensos.

511. IMPACTO DE UNA SESIÓN DE ADAPTACIÓN EN LA ADHERENCIA A DISPOSITIVOS DE PRESIÓN POSITIVA EN PACIENTES CON APNEA DEL SUEÑO

M.A. Bazaruto-Zapata, F. Valderrama, M. González-García y L. Vargas

Fundación Neumológica Colombiana.

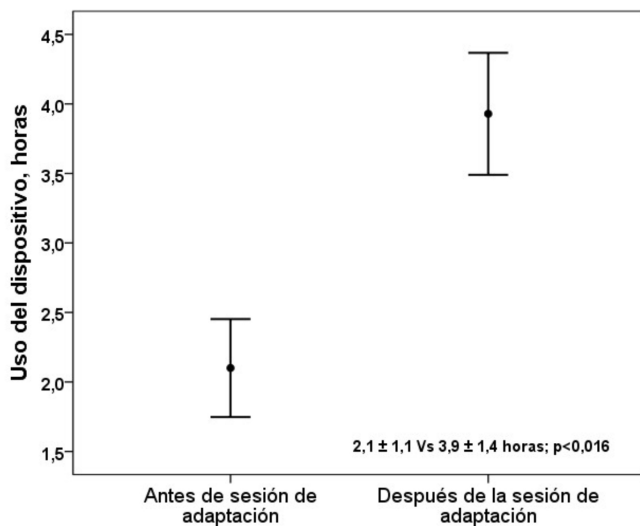
Introducción: La presión positiva en la vía aérea (PAP) es el tratamiento más efectivo para la apnea obstructiva del sueño. Los beneficios de la PAP dependen del tiempo de uso, pero la adherencia a este tratamiento no es óptima. La clínica de trastornos respiratorios del sueño de la Fundación Neumológica Colombiana tiene una sesión de adaptación dirigida a pacientes con dificultades en el uso de dispositivos PAP. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto a corto plazo de esta intervención en la adherencia.

Material y métodos: Estudio analítico de cohorte única de antes y después. Pacientes ≥ 18 años con IAH ≥ 15 /hora remitidos por el médico tratante a una sesión de adaptación por mala adherencia a la PAP,

Tabla 1. Características de los sujetos, problemas e intervenciones (N=42)

| | |
|--|-----------------|
| Edad, años | 64,8 \pm 13,8 |
| IAH, eventos/hora | 45,9 \pm 19,7 |
| Presión CPAP, cmH ₂ O | 10,6 \pm 2,7 |
| Uso del dispositivo pre intervención, horas | 2,1 \pm 1,1 |
| Uso del dispositivo pre intervención, % >4horas | 21,9 \pm 19,2 |
| Uso del dispositivo post intervención, horas | 3,9 \pm 1,4 |
| Uso del dispositivo post intervención, % >4horas | 58,0 \pm 29,3 |
| Diferencia de uso del dispositivo (horas) | 1,8 \pm 1,4 |
| Problemas subjetivos | |
| • Desconocimiento del uso del dispositivo | 18 (42,9) |
| • Relacionados con la humidificación | 6 (14,3) |
| • Relacionados con la máscara, presión, fuga | 29 (69,0) |
| Intervención | |
| • Cambio de máscara | 13 (31) |
| • Educación | 27 (64,3) |
| • Cambio de presión | 2 (4,8) |

Valores como promedio \pm DE o N (%)



definida como uso < 4 horas el 70% de las noches. Se describen los problemas referidos por los pacientes y la intervención realizada. Medición por tarjeta de las horas de uso y el % de días de uso del dispositivo antes y después de 6 semanas de la intervención al paciente y su familia. Prueba t para muestras relacionadas y χ^2 .

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, con IAH de $45,9 \pm 19,7$ /hora. La mayoría de equipos fueron de presión continua (CPAP) con máscara oronasal. Los principales problemas referidos estuvieron relacionados con la máscara, la presión del equipo y fugas (69%) y la principal intervención realizada fue la educación (64,3%) (tabla). Luego de la sesión de adaptación hubo aumento significativo de las horas de uso (fig.) y del % de días de uso > 4 horas.

Conclusiones: Una sesión de educación que incluye al paciente y su familia, con detección y corrección de barreras de uso de la PAP, aumenta de forma significativa las horas y el % de días de uso del dispositivo.

512. CONTRIBUIÇÃO DOS DE EXAMES DE IMAGENS PARA A FONOAUDIOLÓGIA DO SONO

C.C. Corrêa e R.P. Sovinski Silmara

Departamento de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Faculdade de Medicina de Botucatu. UNESP. Forma e Função Clínica de Motricidade Orofacial. Maringá-PR. Brasil.

Introdução: O exame padrão ouro para identificação da Apneia Obstrutiva do Sono, bem como os demais distúrbios do sono, é a polissonografia. Entretanto, métodos de imagem têm sido utilizados para auxiliar no diagnóstico e no acompanhamento da eficácia de determinadas intervenções. O objetivo do trabalho foi relacionar os achados de exames de imagem com os aspectos da avaliação miofuncional orofacial fonoaudiológica em pacientes com Apneia Obstrutiva do Sono.

Material e métodos: Serão descritos três casos clínicos, considerando o resultado da polissonografia alterados em relação ao IAH (5,25, 5,22 e 10,22 eventos/hora), a avaliação clínica fonoaudiológica e o exame auxiliar de imagem, videofluoroscopia, tomografia computadorizada, telerradiografia lateral e análise cefalométrica para apneia do sono, antes do tratamento fonoaudiológico.

Resultados: A partir do exame de imagem de videofluoroscopia da deglutição, pôde-se verificar alterações nas fases oral e faríngea da deglutição, por meio da correlação dos aspectos anatômicos (estruturas comuns à respiração) e fisiológicos da função da deglutição. A imagem da tomografia computadorizada explicitou posicionamento de língua, osso hióide, espaço faríngeo, palato mole e posição da man-

díbula relacionadas às alterações respiratórias. Já a telerradiografia lateral e cefalometria para apneia obstrutiva do sono pôde indicar a área de maior estreitamento das vias aéreas superiores, posicionamento de língua e palato mole, e desta forma, relacionar com alterações respiratórias e de deglutição.

Conclusões: Observou-se a importância e aplicabilidade dos exames de tomografia, telerradiografia e da videofluoroscopia da deglutição para a avaliação de pacientes com apneia obstrutiva do sono para auxiliar no diagnóstico, compreensão do caso e planejamento terapêutico. Apesar da grande gama de exames de imagens disponíveis, o profissional deve se basear na queixa do paciente e avaliação clínica, para que assim sejam elegidos os exames complementares necessários.

513. HIPOVENTILACIÓN CENTRAL Y RESPUESTA VENTILATORIA EN UN HOMBRE CON SÍNDROME DE PERRY

V.R. Ramírez, V. Hernández, M.G. Torres, A.R. Canseco, I. Que y J.L. Carrillo

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: El síndrome de Perry es un trastorno hereditario neurodegenerativo raro caracterizado por parkinsonismo temprano y progresivo, hipoventilación alveolar central, pérdida de peso, insomnio y depresión. A continuación describimos un caso.

Material y métodos: Presentación del caso: hombre 56 años, madre fallecida por enfermedad de Parkinson y hermano por falla respiratoria; diagnóstico de síndrome de Perry con mutación en el exón 2 del gen DCTN1 NM_004082,4:c.212G > A y cambio en la proteína NP_004073,2:p.Gly71Glu (G71E). Roncador 3-4 noches/semana, sin apneas presenciadas, sueño de mala calidad, fatiga, despertares asociados a ahogo 1 noche por mes. IMC 15,79 kg/m², FC 108, FR 31, TAM 73,33, cuello 34 cm, con respiración superficial y polipnea, usando esternocleidomastoideo como músculo accesorio de la respiración. Gasometría pH 7,42, pO₂ 62, pCO₂ 41, sO₂ 92, HCO₃ 29,4, EB 2,1. Espirometría sugestiva de restricción moderada sin respuesta significativa al broncodilatador. En la PSG se observó hipoventilación nocturna y respiración apnéustica. La respuesta ventilatoria a la hipoxemia fue de 0,3 L/min/% desaturación mientras que la respuesta a la hipercapnia 0,002 L/min/mmHg CO₂ exhalado (ausencia de respuesta se define con una pendiente < 0,02).

Resultados: Este síndrome se hereda de forma autosómica dominante, con predominio en el sexo masculino, debe sospecharse en personas con parkinsonismo familiar de aparición temprana, cambios en el estado de ánimo o de personalidad, pérdida de peso e insuficiencia respiratoria crónica hipercápnica de causa desconocida. La edad media de aparición es de 48 años (35 a 61 años) y la duración media de la enfermedad es de 5 años (2 a 10 años). La hipoventilación central, si está presente, apoya firmemente el diagnóstico y se recomienda realizar estudios de sueño para su evaluación; ésta se manifiesta con taquipnea alternada con ciclos respiratorios normales, dando lugar a despertares frecuentes, disnea, inquietud y progresión a apneas. El diagnóstico definitivo se basa en la identificación de una variante patógena en el gen DCTN1 del cromosoma 2p13. El soporte ventilatorio puede prolongar supervivencia con impacto significativo en la calidad de vida; generalmente la muerte se presenta en un promedio de 2 a 10 años, relacionada a hipoventilación e infección pulmonar.

Conclusiones: El síndrome de Perry es un padecimiento raro, siendo este reporte de caso el primero en México y segundo en América latina. El caso descrito es clásico y es relevante destacar desde el punto de vista fisiológico: la hipoventilación con normoxemia diurna, hipoventilación e hipoxemia nocturnas y especialmente la nula respuesta ventilatoria a la hipercapnia presentes.

514. APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES CON ACROMEGALIA

B.N. Orozco-González, D. Hernández-Gordillo, F. Contreras-Rodríguez y M.R. Ortega-Gómez

Clínica de Sueño. Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS.

Introducción: La asociación entre síndrome de apnea obstructiva del sueño y acromegalia está bien documentada, las guías de práctica clínica recomiendan evaluar a todos los pacientes para esta condición. El objetivo del trabajo es informar las características del tamizaje de los pacientes con acromegalia referidos a un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se incluyeron a pacientes consecutivos con diagnóstico de acromegalia por criterios de la sociedad de endocrinólogos clínicos, se les realizó estudio de sueño con monitor portátil, apnea link plus, el registro se calificó en forma manual siguiendo las recomendaciones internacionales, hipopnea se definió como una caída $\geq 30\%$ en la señal de presión nasal con duración de al menos 10 segundos y desaturación $\geq 3\%$.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes, 15 (48%) hombres, con edad promedio de 50 ± 13 años, IMC $29,30 \pm 4,5$ kg/m². Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial 58%, hipotiroidismo 58% y diabetes mellitus 45%. El tratamiento fue quirúrgico en 16 (51%), tenían criterio de inactividad 4 (25%) y 21 (68%) se encontraban recibiendo análogo de somatostatina. El riesgo por Sleep Apnea Clinical Score fue bajo en 28%, intermedio en 44% y alto en 28%. Fueron negativos 57% de los de riesgo bajo, 45% de los de riesgo intermedio y 14% de los de riesgo alto. El 34% tenía somnolencia excesiva definida por Epworth > 10 puntos. El promedio de IAH fue $23,78 \pm 20$ eventos/hora, índice de desaturación $28,7 \pm 20$ eventos/hora, T90 $44 \pm 34,8\%$, saturación mínima $78 \pm 9,8\%$ y saturación promedio $89,9 \pm 3,5\%$. El 80% tenían apnea obstructiva del sueño definido por un IAH mayor a 5/h. En 6 (19,35%) con IAH menor de 5/h, 8 (19,35%) con IAH entre 5 y 15/h, 6 (19,35%) con IAH > 15 y ≤ 30 /h y 11 (35,48%) IAH > 30 /h. Tributarios a CPAP 20 (64,5%) por IAH > 5 y riesgo cardiovascular o somnolencia excesiva. Comparando los sujetos con IAH < 10 y > 10 /h, no hubo diferencias por sexo, escala de Epworth, escala de riesgo SACS, comorbilidades como DM, HAS, hipotiroidismo o menopausia. No se encontró diferencias entre acromegalia activa definida por IGF1. Se encontró diferencias en la circunferencia de cuello en centímetros 36 (34-38) vs 40 (37-41) con $p = 0,04$ y en edad 42 (33-52) vs 56 (45-62) con $p = 0,01$.

Conclusiones: En nuestra serie el 80% de los pacientes con acromegalia tiene apnea obstructiva del sueño, al menos 64% tributarios a tratamiento con CPAP. El alto porcentaje de comorbilidades que también favorecen la aparición de SAOS como diabetes, hipotiroidismo e hipertensión son confusores que deben tomarse en cuenta. Aunque las escalas de predicción sean de bajo riesgo más del 40% tuvieron apnea obstructiva del sueño, por lo que deben tamizarse a todos los pacientes con acromegalia.

515. GANANCIA DE ASA EN NOCHES 1, 3 Y 5 DE MINEROS EXPUESTOS CRÓNICA E INTERMITENTEMENTE A LA ALTURA

J. Rey de Castro, E. Rosales-Mayor, D. Rodríguez-Alvarado, W. Oyola-Neyra y C. Liendo

Clínica Angloamericana. Hospital General de Cataluña. Louisiana State University at Shreveport.

Introducción: Evaluar la aclimatación por medio de la ganancia de asa (GA) (Loop Gain) en las cinco primeras noches de exposición a la hipoxia-hipobárica.

Material y métodos: Se realizó un estudio de prevalencia de trastornos respiratorios de sueño en 69 mineros que vivían en bajas altitudes y subían al campamento intermitentemente. La mina de tajo abierto opera en los Andes Peruanos a 4.200 msnm. La GA fue medida en

Registros de poligrafía (RP) tipo III en noches 1, 3 y 5. Criterios de inclusión: IAC ≥ 5 , apneas predominantemente centrales ($> 50\%$), patrón de respiración periódica con apneas centrales en noche 1 y tiempo de registro (TR) ≥ 180 m en las 3 Noches. Duty Ratio (DR) con medición del ciclo respiratorio según Wedewardt y GA con la fórmula de Sands. Cumplieron criterios 26(38%) y fueron seleccionados aleatoriamente para el análisis 17. Descripción de variables cuantitativas (media, DE, mínimas y máximas) y R de Pearson para covarianza de variables.

Resultados: Hombres 100%, $41,6 \pm 9,7$ años edad, IMC $27,2 \pm 1,9$, Epworth $4,8 \pm 3,5$, Berlín Alto Riesgo 16(94%) y altura domicilio 1426 ± 1498 m. RP Noche 1: IAH $33,4 \pm 16,8$, IAC $20,4 \pm 13,5$, Retraso Circulatorio (RC) $12,0 \pm 2,3$ s, MediaSat $83,6 \pm 2,1\%$, MaxDesat $72,8 \pm 9,8\%$, T90 $99,6 \pm 0,8\%$, T85 $71,9 \pm 25,3\%$ y T80 $14,6 \pm 18,9\%$.

Conclusiones: La prevalencia de apnea central fue alta y con marcada desaturación. Los tiempos RC fueron cortos como los observados en apnea central no cardiogénica. Los valores de GA indican inestabilidad ventilatoria sin cambios sustantivos en las primeras 5 noches luego del ascenso. No hubo aclimatación en la muestra analizada.

516. FALLAS TÉCNICAS EN LA POLISOMNOGRAFÍA DOMICILIARIA (TIPO 2). EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

M.A. Bazarro-Zapata, L. Vargas-Ramírez, F. Fernández-Bernal, E. Dueñas-Meza, M. Suárez, M.I. Escamilla y M. González-García

Fundación Neumológica Colombiana.

Introducción: Los estudios polisomnográficos (PSG) tipo 2 son estudios completos no supervisados, realizados fuera del laboratorio de sueño. Tienen la ventaja que incluyen electroencefalografía (EEG), por lo que se pueden determinar los estadios de sueño y hacer diagnóstico de trastornos diferentes a la apnea del sueño. Sus desventajas son requerir personal entrenado que lo instale y un mayor riesgo de pérdida de señales. El objetivo del estudio es describir los hallazgos de PSG tipo 2 realizados en el domicilio y la frecuencia de repetición debido a fallas técnicas.

Material y métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes consecutivos, mayores de 13 años a quienes se les realizó PSG tipo 2 (SOMNOScreenMR Plus PSG) en el domicilio por sospecha de apnea obstructiva del sueño entre enero y diciembre de 2017. Se realizó descripción de la muestra utilizando promedios y desviación estándar para las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas. Para evaluar diferencias demográficas y de los síntomas relacionados con el trastorno de sueño entre los sujetos con y sin falla técnica, se utilizó la prueba t para las variables continuas y el estadístico χ^2 para las variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 1439 pacientes, 45,2% mujeres, con edad de $49,8 \pm 13,3$ años. En el PSG la eficiencia de sueño fue $78,8 \pm 12,0\%$, el REM $19,6 \pm 6,1\%$ y el IAH $31,7 \pm 26,6$ /h. Se repitieron 24 estudios (1,7%), 12 (0,8%) por falla de señales (EEG, SpO₂, flujo), 9 (0,6%) por falla del equipo y 3 (0,2%) por desconexión por el paciente (flujo, SpO₂, EEG). No hubo diferencias en las características clínicas entre los sujetos con y sin falla técnica (tabla).

Tabla 1. Características de los sujetos (N=1439)

| | Grupo total N=1439 | Repetidos N=24 | No repetidos N=1415 | p |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------|------------------------|-------|
| Edad (años) | 49,8 \pm 13,3 | 51,5 \pm 15,3 | 49,8 \pm 13,2 | 0,536 |
| Mujeres | 650 (45,2) | 12 (50,8) | 638 (45,1) | 0,632 |
| Síntomas | | | | |
| Pausas respiratorias | 1283 (89,2) | 23 (95,8) | 1260 (89,0) | 0,289 |
| Ronquido | 654 (45,4) | 10 (41,7) | 644 (45,5) | 0,708 |
| Somnolencia o cansancio | 700 (48,6) | 8 (33,3) | 692 (48,9) | 0,129 |
| IMC (kg/m ²) | 27,9 \pm 4,6 | 26,5 \pm 6,0 | 28,0 \pm 4,5 | 0,124 |
| Cuello (cm) | 38,9 \pm 4,1 | 39,3 \pm 4,1 | 38,9 \pm 4,1 | 0,632 |
| Abdomen (cm) | 98,7 \pm 11,9 | 98,0 \pm 10,8 | 98,7 \pm 12,0 | 0,754 |
| Escala de somnolencia de Epworth | 11,2 \pm 5,8 | 9,1 \pm 6,2 | 11,2 \pm 5,8 | 0,071 |

Valores como promedio \pm DE o N (%)

Conclusiones: La polisomnografía tipo 2 en el domicilio del paciente, es una opción válida para el diagnóstico de apnea del sueño con una adecuada eficiencia de sueño y de sueño REM. La frecuencia de fallas técnicas fue muy baja.

517. NIVEL DE SOMNOLENCIA DIURNA Y SU RELACIÓN CON LA COMPOSICIÓN CORPORAL DE SUJETOS CON SOBREPESO

S. Romero, D. Zona, A. García, S. Sánchez, W. Amador, J. Buitrago y J. Téllez

Universidad Manuela Beltrán ESMIC.

Introducción: En la actualidad, según cifras de la OMS, un 39% de la población adulta presenta sobrepeso y un 13% se encuentra con obesidad, constituyendo uno de los grandes problemas de salud pública mundial, relacionándose con la presencia de alteraciones respiratorias y cardíacas, como el síndrome de apnea hipo apnea obstructiva del sueño (SAHOS), donde algunos instrumentos juegan un papel de importancia para su diagnóstico, como las escalas de somnolencia diurna. Otro punto es que gran parte de las personas que tienen un riesgo de desarrollar (SAHOS) no son detectados. Objetivo: determinar la correlación de las variables antropométricas con el nivel de somnolencia diurna, con el propósito de brindar herramientas para su prevención y promoción.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal, 44 sujetos con sobre peso y obesidad fueron seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico a conveniencia, con previa firma del consentimiento informado. La recolección de la información para determinar las variables antropométricas fue realizada por un técnico antropometrista ISAK 1. Se realizó una correlación de Pearson, regresión lineal y se determinó el OR, por medio del software SPSS versión 22.0.

Resultados: De los 44 sujetos de estudio, el 50% (n = 22) eran hombres y el 50% (n = 22) fueron mujeres, con una edad media de 31 ± 10 años, un índice de masa corporal (IMC) de 25 ± 3,1, una puntuación de nivel de somnolencia diurna de 8,0 ± 4,5, un porcentaje de masa muscular de 48,6 ± 9,9, un porcentaje de grasa de 27,24 ± 15,7, un perímetro de cuello de 34,8 ± 3,5 cm y un índice de cintura cadera (ICC) de 0,8 ± 0,05. Se realizó una categorización por edad, encontrando correlaciones de Pearson positivas en el rango de 18 a 23 años (n = 15), entre el porcentaje grasa y el perímetro de cuello (r = 0,749 p = 0,001) se determinó una regresión lineal (coeficiente beta = 0,74, IC95% 0,21-0,52, p = 0,001) ICC y perímetro de cuello (r = 0,744 p = .001) (coeficiente beta = 0,74, IC95% 38-9,54, p = 0,001); Igualmente se encontraron correlaciones positivas en el rango de edad de 30 a 35 años (n = 3), entre el IMC y el nivel de somnolencia diurna (r = 0,999 p = .020) el análisis de regresión logística (coeficiente beta = 0,99, IC95% 3,5-0,11, p = 0,020). No se observó correlación mediante la determinación del OR, observándose valores de (OR = 0,625, IC95% = 0,93-4,2; p > 0,005).

Conclusiones: En este estudio se identifica una correlación positiva entre el índice de cintura cadera y el índice de masa corporal con el nivel de somnolencia diurna, aclarando que no son factores de riesgo ni factores de protección para la misma, pero constituyen herramientas de fácil aplicación en el tamizaje de pacientes con sospecha de SAHOS. No hay conflicto de interés.

518. UN PUNTAJE ALTO DEL CUESTIONARIO STOP-BANG IDENTIFICA A PACIENTES PERUANOS CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO MODERADO-GRAVE

E. Rosales-Mayor y J. Rey de Castro

Clínica Angloamericana. Hospital General de Catalunya.

Introducción: El cuestionario STOP-BANG es usado para el cribado de síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS). El cuestionario no

está validado en población peruana. Hemos evaluado la validez del cuestionario en población peruana y su asociación entre este y la probabilidad de SAHS.

Material y métodos: Se realizó un estudio en la población derivada a un centro especializado en medicina del sueño por sospecha de SAHS. En todos los participantes se recolectó información demográfica, se aplicó el STOP-BANG, la escala de somnolencia de Epworth (ESE) y se realizó una polisomnografía. El estudio fue aprobado por un Comité de Ética.

Resultados: Se analizaron 233 pacientes. Edad promedio 49,5 ± 12,1 y 38 (16%) fueron mujeres. Del total, 206 (88%) tenían SAHS y en el resto el estudio fue normal o mostró una roncopatía simple. Entre los que tenían SAHS, 44 (21,4%) eran leve, 60 (29,1%) moderado y 102 (49,5%) severo. El IAH promedio fue 33,6 ± 27,8. Sobre el STOP-BANG, 205 (87,9%) participantes tuvieron un puntaje mayor o igual a 3. Si comparamos la población con puntaje STOP-BANG ≥ 3 vs < 3; los que tenían mayor puntaje fueron más varones (87% vs 61%), tenían más SAHS (91% vs 68%) y mayor IAH (35,4 vs 20,8) pero no mayor puntaje de la ESE. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo para un IAH ≥ 15 (SAHS moderado o severo) fue para un puntaje STOP-BANG ≥ 3: 93%, 24%, 74% y 61% respectivamente. Para un puntaje STOP-BANG ≥ 5: 40%, 86%, 95% y 16% respectivamente.

Conclusiones: En población peruana derivada a un centro especializado en medicina del sueño, un puntaje de STOP-BANG ≥ 5 identifica a pacientes con alta probabilidad de SAHS moderado o severo.

519. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE OBESIDAD-HIPOVENTILACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

Z. Romero López, J. Rivera Ruiz, E.A. García Ramos y M.D. Ochoa Vázquez

Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Nacional la Raza.

Introducción: El síndrome de obesidad hipoventilación (SOH) se define por tres criterios: 1. Hipercapnia diurna $\text{paCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$; 2. Obesidad: índice de masa corporal (IMC) $> 30 \text{ Kg/m}^2$; y 3. Ausencia de otro causa de hipoventilación. La prevalencia del SHO se estima entre el 0,15 a 0,6% de la población general y el % de los pacientes asociado con SAOS. En México no existen estudios sobre la prevalencia de SHO, o sobre las características clínicas que de estas pacientes. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de obesidad es importante definir cuál es la prevalencia de SHO en nuestra población ya que esta enfermedad sin tratamiento tiene mortalidad de 23%.

Material y métodos: Estudio tipo observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, abierto, donde se incluyeron personas atendida en la consulta externa de neumología Centro Médico Nacional la Raza mayores a 18 años y hasta 70 años referidos al servicio de neumología por algún trastorno del sueño, que se hubiera realizado polisomnografía por sospecha de trastorno respiratorio del dormir del 1 enero al 30 de junio 2017. Medidas de tendencia central para el cálculo de la prevalencia de SHO y las comorbilidades y prueba de correlación de Spearman buscando la existencia de correlación entre la presencia de comorbilidades y SHO.

Resultados: Se analiza el registro de 596 pacientes con media de edad 57 años (D ± 12,97) obteniendo una prevalencia de SHO del 21,6% y de SAOS de 97,8%. Con relación a las comorbilidades el 77,2% tiene obesidad, 38,1% son diabéticos, el 21,6% tiene poliglobulia, 5% tiene hipotiroidismo, hipertensión arterial 64,3%, y la insuficiencia cardíaca 9,4%. Encontrando correlación significativa con solo dos comorbilidades. De ellas la correlación entre el SAOS y SHO fue del

0,92. Los pacientes poliglobulia la correlación fue de 0,169 y con respecto a la circunferencia de cuello el nivel de correlación fue de 0,138.

Conclusiones: La prevalencia de SHO este estudio es ligeramente más alta que a reportada en la población estadounidense la cual también tiene elevada prevalencia de obesidad. Existe correlación significativa con comorbilidades como el SAOS también con otras comorbilidades como poliglobulia y la circunferencia de cuello.

520. POLISOMNOGRAFÍA NOCTURNA SIN SUPERVISIÓN TÉCNICA (PSG NIVEL 2) PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO: EXPERIENCIA EN 2 CENTROS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

F. Angellotti, V. Giovini, S. Grandval, V. Jaritos, G. Díaz y J.F. Nogueira

Sección de Medicina del Sueño. Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires. Laboratorio de Sueño. Instituto Argentino de Investigación Neurológica.

Introducción: La polisomnografía sin supervisión técnica es considerada un procedimiento (PSG nivel II) para el diagnóstico de trastornos respiratorios del sueño. Pese a la potencial utilidad, son pocos los datos divulgados sobre su uso y no se cuenta a la fecha con datos locales. La escasa experiencia publicada indica una alta tasa de estudios perdidos que limita su aplicación y la mayoría de los consensos no la recomiendan. Objetivo: determinar la capacidad de obtener trazados de calidad aceptable y estudios interpretables mediante PSG nivel II y estimar la prevalencia de registros que deban ser repetidos.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo. Se incluyeron pacientes adultos evaluados por sospecha de trastornos respiratorios del sueño en dos centros de la ciudad de Buenos Aires. Se les realizó PSG nivel II utilizando un equipo Alice PDx, Philips. Dos técnicos entrenados conectaron los equipos a 75 pacientes en domicilio y otros 75 en el laboratorio de sueño, sin monitoreo a lo largo del estudio. Dos observadores evaluaron los trazados, determinando el porcentaje de la noche en el que la calidad de cada una de las señales resultó adecuada, considerando aceptable un valor $\geq 70\%$ del tiempo total de registro (TTR). Se determinó además la necesidad de repetir los estudios.

Resultados: Se reclutaron 150 pacientes; 66 mujeres (44%); edad $57,33 \pm 15,45$ años; IMC $29,43 \pm 6,5$. El TTR fue $397,53 \pm 45,90$ min; la eficiencia de sueño fue $79,92 \pm 14,27$; IAH $22,26 \pm 20,98$; tiempo de saturación por debajo de 90% (T90) $37,30 \pm 80,19$. Las señales de EEG y EOG fueron aceptables en 149/150 registros y las de EMG de piernas en el 100% de los estudios. Las señales de flujo por cánula de presión nasal fueron aceptables en 146 estudios y por termistor en el 67,8%. En solo un estudio la señal de ambas bandas de esfuerzo resultaron inaceptables. Se consideró no evaluable la señal de SaO₂ en 4 casos. Cumplían con los criterios de repetición 9 trazados (6%); 7 hospitalarios y 2 domiciliarios. En comparación con la población hospitalaria, los pacientes estudiados en domicilio presentaron menor edad, mayor TTR y latencia de sueño y menor IAH.

Conclusiones: Se obtuvieron registros aceptables en la gran mayoría de los estudios de PSG nivel II, tanto en domicilio como en laboratorio de sueño. La tasa de repetición de estudios por pérdida de señal resultó del 6%, siendo la mayor causa de la indicación el fallo en la SaO₂ o en las señales de flujo.

521. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE PRESIÓN POSITIVA EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ARGENTINA

F. Nogueira, F. Angellotti, C. Franceschini, V. Giovini, G. Montiel, S. Guardia, J. Sillio, S. Leiva, M. Smurra, D. Visentini, L. Larrateguy, A. Cazaux, M. Coronel, M. de Vega, O. Fernández, A. Fernández, M. Franchi, F. González, P. Gross, C. Laso, A. Nevado, A. Martínez-Fraga, R. Rojas, M. Salazán, T. Vallone, C. Victorio, C. Becerra, I. Zabert, J. Anconetani, Y. Chumino y C. Nigro

Sección de Medicina del Sueño. Asociación Argentina de Medicina Respiratoria.

Introducción: El tratamiento de elección del síndrome de apneas del sueño (SAS) moderado-severo (IAH, índice de apneas e hipopneas > 15 ev/h) y leve asociado a somnolencia o comorbilidades son los dispositivos de presión positiva (DPP). Existen diferentes modalidades ventilatorias y variedad de máscaras, cuya elección impacta en la efectividad, tolerancia y costo de terapia. El objetivo del estudio es describir el perfil de pacientes en quienes se indican DPP, caracterizar las prescripciones y establecer la concordancia con los criterios establecidos en guías.

Material y métodos: Estudio observacional, multicéntrico (32 centros, Argentina). Adultos con diagnóstico de SAS por polisomnografía (PSG) o poligrafía (PR) a los que se indicó DPP. Se recabaron datos antropométricos, cobertura, antecedentes, clínica, severidad y tratamiento indicado.

Resultados: 809 pacientes; 65,1% hombres; $56,2 \pm 13,4$ años; IMC $35 \pm 8,5$ kg/m²; IMC > 30 71,8%; IAH $40,2 \pm 25,4$ ev/h; presión efectiva CPAP $9,5 \pm 2,2$ cmH₂O. Tenían seguro social de salud el 49,3%, privado 34,5 y sin cobertura 16,2%. Los métodos diagnósticos más empleados fueron PR y auto-titulación, hechas institucionalmente o en domicilio. Padeían SAS severo 59,6%, moderado 35,2% y leve 5,2%. Somnolencia mod-sev 61,3% y 8,6% sin somnolencia. La media de Escala de Somnolencia de Epworth (ESS) fue $11,6 \pm 5,5$; el 69,5% tuvo ESS ≥ 11 . El 65% padecía HTA y diabetes el 28%. Al 75% se le indicó CPAP, al 21% Auto-CPAP y al 4% presión positiva binivelada (PPBN); con máscara nasal 78%, buconasal 18% y almohadillas 4%. Comparados con los pacientes con CPAP fija aquellos con PPBN presentan $>$ IMC ($41,9 \pm 15,4$ vs $34,6 \pm 8,1$, $< 0,0001$); $>$ IAH ($48,6 \pm 40,1$ vs $38,6 \pm 24,4$, $< 0,0001$); $>$ T90 ($131,1 \pm 133,8$ vs $63,3 \pm 89,6$, $< 0,0001$) y $>$ presión titulada ($16,11 \pm 4,3$ vs $9,52 \pm 2,23$, $< 0,005$) y con AutoCPAP $>$ IAH ($43,9 \pm 24,8$ vs $38,6 \pm 24,4$, $< 0,0001$) y $>$ T90 ($83,9 \pm 108,7$ vs $63,3 \pm 89,6$, $p < 0,0001$).

Conclusiones: La población fue mayormente obesa, con comorbilidades, IAH elevado y en su mayoría sintomática. Casi todos los pacientes cumplían los criterios de tratamiento sugeridos por las Guías. La mitad se estudió en domicilio. Los equipos de CPAP y máscaras nasales constituyeron la principal indicación. Al 25% de los pacientes se le indicó una modalidad ventilatoria auto-ajustable o binivelada, por mayor severidad o requerimiento de presiones elevadas.

522. MODIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE APNEA-HIPOPNEA POSTERIOR A BAJAR DE PESO MEDIANTE CIRUGÍA BARIÁTRICA

D. García-Camero, B.N. Orozco-González, F.J. Contreras-Rodríguez y D. Hernández-Gordillo

Clínica del Sueño. Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS.

Introducción: La prevalencia de apnea obstructiva del sueño (AOS) en obesidad es entre 55% y 100%. Por lo que el tratamiento de AOS en obesidad, además de CPAP se debe incentivar a bajar de peso, ya que incluso una reducción del 5% del peso corporal demostró reducir la gravedad del AOS. El objetivo principal de este estudio es evaluar si existe modificación del IAH en pacientes adultos mayores de 25 años

con un IMC > 35 Kg/m² y apnea del sueño posterior a seis meses o más de haber sido intervenidos de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio longitudinal, en el cual se estudiaron pacientes con obesidad y apnea del sueño antes y posterior a seis meses o más de cirugía bariátrica. Criterios de inclusión: sujetos mayores de 25 años. IMC > 35 Kg/m². Con IAH > 5/h. por poligrafía o polisomnografía. Usuarios de CPAP. Intervenidos a cirugía bariátrica. Firmaron consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes de los cuales 11 (64%) fueron hombres, la media de edad fue 49,3 ± 11 años, con un IMC mínimo de 40,4 y máximo de 77,7. De los 17 pacientes, se observó que en 11 (64%) el IAH disminuyó a menos de 10/h. El 100% de las mujeres alcanzaron un IAH menor a 10/h, mientras que sólo el 45,5% de los hombres alcanzó un IAH menor a 10/h. En las tablas se muestran las mediciones basales y posterior a bajar de peso y la comparación entre los que lograron IAH < 10/h.

Tabla 1. Comparación de medidas antropométricas, IAH y T90 antes y después de la Cirugía

| Variable | Inicial | Posterior a Qx | p |
|-----------------------|-------------|----------------|----------|
| Peso, Kg | 157.4 (38) | 98.9 (25) | < 0.0001 |
| IMC kg/m ² | 56 ± 12 | 35.4 ± 8.4 | < 0.0001 |
| IAH (eventos/hora) | 39.42 ± 27 | 11.5 ± 13 | 0.0002 |
| % T90 | 38.6 ± 19.5 | 22 ± 23 | 0.0002 |

Tabla 2. Comparación de medidas antropométricas y valores de poligrafía de acuerdo al IAH

| Variable | IAH postQx < 10 n=11 | IAH postQx ≥ 10 n=6 | p |
|--------------------------------|-------------------------|------------------------|-------|
| Edad | 49.7 ± 11 | 48.5 ± 12.6 | 0.9 |
| Peso | 150 ± 43 | 170 ± 25.9 | 0.26 |
| % Peso corporal perdido postQX | 31.1 ± 12.5 | 44 ± 9.8 | 0.04 |
| IMC Inicial | 54 ± 13 | 60 ± 10.5 | 0.31 |
| Disminución de IMC | 17.35 ± 9.7 | 27.14 ± 9.8 | 0.07 |
| IAH Inicial | 25.7 ± 12.6 | 64.6 ± 30 | 0.002 |
| %T90 Inicial | 35.5 ± 20 | 44.2 ± 18 | 0.31 |

IAH: Índice de apnea-hipopnea; IMC: Índice de masa corporal; Kg: Kilogramos; m: metros; postQX; Posterior a la Cirugía; T9: Tiempo en porcentaje en que la saturación estuvo por debajo de 90.

Conclusiones: Posterior a bajar de peso con cirugía bariátrica hasta 64% el IAH disminuye a menos de 10/h. Los factores asociados a mayor disminución de IAH fueron menor gravedad de la apnea y género femenino.

523. ASOCIACIÓN DE OBESIDAD Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS CON AUMENTO DE RESISTENCIAS PERIFÉRICAS DE LA VÍA AÉREA MEDIDAS MEDIANTE OSCILOMETRÍA DE IMPULSO Y ESPIROMETRÍA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DEL SUEÑO EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE-IMSS

R. Ibarra, D. Hernández, F. Contreras, L. Razura, S. García, J. Loeza y A. Mendoza

Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Nacional de Occidente.

Introducción: A nivel mundial la obesidad se ha convertido en una epidemia con una tasa de mortalidad anual de por lo menos 2,8 millones de personas. En México la Encuesta Nacional de Población Urbana Adulta de México reveló una prevalencia de obesidad del 30%. La disminución del volumen de reserva espiratorio es la alteración pulmonar más precoz que se produce en la obesidad y es consecuencia del cierre precoz de las pequeñas vías aéreas. La oscilometría de impulso es una técnica de evaluación de la mecánica del sistema respiratorio que presenta ventajas en relación a otros exámenes como espirometría y plestimografía por su capacidad de diferenciar obstrucción en vías aéreas centrales y periféricas.

Material y métodos: Estudio transversal analítico. Pacientes consecutivos, obesos con espirometría normal. Se les realizó un cuestionario validado de síntomas respiratorios y oscilometría de impulso pre y post-broncodilatador. Se analizó la información mediante Stata v9.2.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes de los cuales 55 (55%) eran mujeres y 45 (45%) hombres. El 90% del total de la población presentaba al menos un síntoma respiratorio. En conjunto el 49% de los diagnósticos clínicos de asma y EPOC estaban equivocados ya que todos nuestros pacientes tuvieron espirometría normal. Del total de pacientes 17% presentaba aumento en las resistencias centrales (R20 > 150%) y 37% aumento en las resistencias en todo el sistema respiratorio (R5 > 150%) lo que nos da como resultado un delta de R5-R20 de 42%, que se traduce en aumento de las resistencias de la vía aérea pequeña. En la comparación de saturación con oxímetro de pulso entre pacientes con resistencias normales vs resistencias aumentadas, fue menor y estadísticamente significativa (p 0,01) en los pacientes con las resistencias periféricas aumentadas. La comparación de FEV1 y FVC post-broncodilatador entre pacientes con resistencias periféricas normales vs aumentadas fue menor y estadísticamente significativo tanto para FEV1 (0,0002) como para FVC (0,009), para los pacientes con aumento en las resistencias periféricas.

Conclusiones: En el paciente obeso podríamos estar frente a la posibilidad de realizar un diagnóstico más precoz de enfermedad a nivel de la vía aérea pequeña y en donde la intervención terapéutica podría tener un gran impacto sobre la calidad de vida y los síntomas respiratorios. En otras palabras podríamos estar frente a una nueva herramienta de tamizaje para el diagnóstico precoz de enfermedad pulmonar en los pacientes con obesidad.

524. IMPACTO DEL TIEMPO EN SUPINO COMO DETERMINANTE DE GRAVEDAD EN ESTUDIOS DE SUEÑO

F. Di Tullio, G. Ernst, G. Robaina, J. Pascua, A. Meraldi, S. Valiensi, C. Berrozpe, M. Blanco, A. Salvado y E. Borsini

Hospital Británico.

Introducción: En el síndrome de apneas hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS) se ha descrito que los eventos aumentan al dormir en supino. El método diagnóstico de referencia es la polisomnografía (PSG) que podría incrementar el tiempo en que el paciente permanece en decúbito supino desfavorable y por lo tanto podría influir en la severidad del trastorno. Objetivos: determinar qué porcentaje del tiempo los pacientes permanecen en posición supina (TS) tanto en poligrafías respiratorias ambulatorias (PR) como PSG en el laboratorio de sueño y si el TS es un determinante en la severidad de la enfermedad evaluado mediante el índice de apneas hipopneas (IAH) por hora de sueño (PSG) o de registro (PR).

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre una base de datos de la Unidad de Sueño del Hospital Británico de Buenos Aires desde enero hasta diciembre 2014. Se incluyeron en forma consecutiva, mayores de 18 años derivados para PR o PSG debido a síntomas cardinales sugestivos de SAHOS. Se recolectaron los datos demográficos, antropométricos y de somnolencia subjetiva medida con escala de Epworth (ESS). Los registros fueron tomados con dispositivos Alice PDX portátiles (nivel III de la American Academy of Sleep Medicine-AASM) y polisomnógrafos Alice 6 (Philips-Respironics®, EEUU), editados y analizados manualmente utilizando software específico G3® y bajo las normas de la AASM.

Resultados: Se analizaron 65 estudios, 27 PR y 38 PSG. Entre ambos grupos no existieron diferencias significativas en la edad (52,6 ± 2,5 vs 59,9 ± 3,6 p = 0,09), índice de masa corporal (32,5 ± 1,2 vs 29,2 ± 2,3 p = 0,51) ni somnolencia subjetiva por ESS (8,1 ± 1,0 vs 8,9 ± 1,3 p = 0,55). En el grupo PR el 80% fueron hombres mientras que en el de PSG el 55% (p < 0,05). El análisis de los registros evidenció que el porcentaje del tiempo en el que el paciente permanece en supino fue mayor en la PSG que en la PR (70,6 ± 4,9% vs 43,3 ± 5,2% p < 0,001). El

IAH medio fue significativamente mayor en supino para ambos métodos diagnósticos (PR: IAH en supino $23,3 \pm 3,5$ vs IAH en no supino: $12,3 \pm 2,9$ $p < 0,01$ y PSG: IAH en supino $31,6 \pm 3,9$ vs IAH en no supino $18,8 \pm 5,0$ $p < 0,01$). Al analizar el IAH total de ambos grupos, si bien la media fue mayor en el grupo de PSG, la diferencia no fue significativa ($24,6 \pm 3,3$ vs $17,1 \pm 2,9$ $p = 0,1$). En el grupo PSG se encontraron más SAHOS moderados/severos (60 vs 52) que en el de PR pero la indicación de tratamiento con CPAP fue similar en ambos grupos (46% vs 36% respectivamente $p < 0,16$).

Conclusiones: Los estudios de sueño en el laboratorio pueden incrementar el tiempo en supino en comparación con los estudios ambulatorios pudiendo modificar la severidad por IAH, sin embargo no hemos encontrado mayor indicación de CPAP.

525. PERMEABILIDADE NASAL EM CRIANÇAS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

C.C. Corrêa, L.D. Campos e S.A.T. Weber

Departamento de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Faculdade de Medicina de Botucatu. UNESP Campus Botucatu. Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Faculdade de Filosofia e Ciências. UNESP Campus Marília.

Introdução: Dentre as avaliações da respiração, está a permeabilidade nasal, aferida por meio da quantidade de vapor de água expirado e condensado no espelho de Glatzel, aspecto importante a ser investigado em crianças com apneia obstrutiva do sono (AOS). O objetivo foi verificar os achados de permeabilidade nasal em crianças com AOS.

Material e métodos: O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas. A casuística contemplou 51 crianças, de 4 a 11 anos (média 7 ± 2) com e sem queixas respiratórias. Foram excluídas crianças com síndromes genéticas ou malformações craniofaciais. Foi realizada a polissonografia (Stardust II, Respironics), considerando AOS para o Índice de Apneia e Hipopneia (IAH) $\geq 5,6$ eventos/hora. Para a análise da permeabilidade nasal, utilizou-se o espelho milimetrado de Altmann, posicionado abaixo das narinas, sendo esta área transferida para uma folha milimetrada. Os registros foram importados para o computador (scanner Epson L575), e então, a área foi estimada quantitativamente pelo software ImageJ (transformação da escala de 74 pixels por 1cm^2). Adicionalmente, a simetria do fluxo nasal foi classificada em 0, quando havia simetria entre as narinas direita e esquerda, 1, quando havia alguma assimetria, ou 2, quando havia ausência de fluxo em uma das narinas. As crianças foram distribuídas em dois grupos: Grupo N-AOS (IAH $< 5,6$ eventos/hora, $n = 15$) e Grupo AOS (IAH $\geq 5,6$ eventos/hora, $n = 36$). A análise descritiva foi utilizada para apresentar os dados de área nasal e da assimetria. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparação entre os grupos e os testes de Pearson ou de Spearman para a correlação entre as variáveis, considerando $p \leq 0,05$.

Resultados: Foi observado que a área nasal média foi de $22 \pm 14\text{cm}^2$ (Grupo N-AOS) e $17 \pm 7\text{cm}^2$ (Grupo AOS), porém a diferença não foi significativa ($p = 0,32$). No Grupo N-AOS, 60% apresentaram fluxo nasal simétrico, e 40% assimétrico, enquanto no Grupo AOS as porcentagens foram 44% e 56%, respectivamente. Não houve correlação entre a área nasal e o IAH, porém, foi encontrada correlação entre a área nasal e a simetria do fluxo, mostrando que, quanto mais assimétrico o fluxo, menor a área nasal ($p = 0,016$, $r = -0,336$).

Conclusões: Os resultados sugerem que crianças com AOS apresentam a permeabilidade nasal diminuída em relação às crianças sem AOS. Apesar de não observada significância estatística, provavelmente pelo tamanho reduzido da amostra de crianças sem AOS, os achados apresentam importância clínica.

526. INTERVENÇÃO NA HIGIENE DO SONO DE ADOLESCENTES COM ENFOQUE NAS TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO

C.C. Corrêa, B.A. Vidal, B.F. Savian, G.G.O. Trevisse, L.P. Sodré, L.D. Campos, y S.A.T. Weber

Departamento de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Faculdade de Medicina de Botucatu. UNESP Campus Botucatu. Colégio Embraer Casimiro Montenegro Filho. Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Faculdade de Filosofia e Ciências. UNESP Campus Marília.

Introdução: As tecnologias de comunicação têm otimizado as atividades diárias, embora estejam influenciando na qualidade do sono, pelo aumento de horas de uso durante o dia e também próximo ao horário de dormir, principalmente pelos jovens. O objetivo foi avaliar o uso das tecnologias em adolescentes e intervir quanto à higiene do sono.

Material e métodos: A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética. Foi utilizado o questionário Sleep Time-Related Information and Communication Technology, composto por 11 questões, que avaliam a interferência das tecnologias no sono, com a somatória de "0", nenhuma influência, até o "42", demasiada influência das tecnologias no sono. Participaram alunos do terceiro ano do ensino médio. Após 6 meses da avaliação inicial, foi planejada uma intervenção para conscientizar sobre a importância de um sono de qualidade. Por meio da incitação da competitividade e do trabalho em equipe, foi elaborado um Quiz com 15 assertivas sobre o sono, no qual os alunos deveriam julgá-las entre verdadeiras e falsas, contendo informações sobre os hábitos, comportamentos, distúrbios e curiosidades, com uma posterior explicação, sobre os pontos com mais alterações no questionário previamente aplicado.

Resultados: Participaram 99 alunos, de 15 a 17 anos (média 16 ± 0), IMC médio 22 ± 3 . Verificou-se maior pontuação nas questões 3, 9 e 11, que abordam o tempo gasto em tecnologia antes de dormir, horário de dormir aos finais de semana e duração do sono aos finais de semana. A média do escore total do questionário foi de 22 ± 5 . A dinâmica ocorreu em um auditório, com a duração de 50 minutos, em que os alunos demonstraram participação e motivação por se referir a uma competição entre turmas. Ao final, uma turma foi a campeã do Quiz, sendo bonificada com um prêmio. A dinâmica foi adotada como um indicador, observando conhecimento prévio dos alunos, entretanto, algumas questões ainda eram desconhecidas, como alguns distúrbios do sono e hábitos de higiene do sono.

Conclusões: Os adolescentes apresentaram frequente uso das tecnologias, inclusive próximo ao horário de dormir. A metodologia da intervenção despertou interesse e motivação nos adolescentes, obtendo-se êxito em sua aplicabilidade. Sugere-se que novos estudos sejam realizados nesta temática abrangendo populações de diferentes faixas etárias.

527. EFECTO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

R. Vera-Uribe, R. Torres-Castro, R. Díaz y F. Figueroa

Departamento de Kinesiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Introducción: Una de las consecuencias importantes de los trastornos respiratorios del sueño (TRS) son las alteraciones neurocognitivas. Los TRS pueden ser un factor que contribuye al bajo rendimiento académico, problemas de aprendizaje en niños, déficit en la atención, memoria y funciones ejecutivas. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la calidad del sueño y la presencia de TRS, y correlacionar estas variables con el rendimiento académico de los estudiantes de primer

año de la carrera de kinesología de la Universidad de Chile durante el año 2017.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, en donde participaron 41 estudiantes de primer año de la carrera de kinesología de la Universidad de Chile durante el año 2017. Éstos contestaron el cuestionario de somnolencia diurna de Epworth (CSDE) y se midió: peso, talla, perímetros de cuello, cintura y cadera, al inicio y final del periodo académico 2017. Se registraron las calificaciones obtenidas durante el periodo. A todos los sujetos que obtuvieron un puntaje mayor a 10 puntos en el CSDE se les realizó una poligrafía respiratoria para determinar el índice de apneas e hipoapneas del sueño (AHIS). Los datos fueron analizados mediante software estadístico SPSS versión 15,0. Se realizó prueba de Shapiro-Wilk para determinar la normalidad de la muestra, una prueba t-Student para muestras independientes y se correlacionaron variables de rendimiento académico con predictores de calidad de sueño.

Resultados: De los 41 participantes, el 36,6% (n = 15) presentó un puntaje mayor a 10 puntos en la CSDE y se les realizó una poligrafía respiratoria. 2 sujetos (4,9%) presentaron un IAHS ≥ 5 , siendo sujetos con trastorno del sueño. No se encontraron resultados estadísticamente significativos al comparar el rendimiento académico entre los grupos: género, CSDE > 10 y ≤ 10 e IAHS < 5 e IAHS ≥ 5 .

Conclusiones: A partir de los datos obtenidos se puede concluir que la prevalencia de trastornos respiratorios de sueño en el grupo estudiado se asemeja a la encontrada en la literatura. Además no es posible afirmar que exista una relación entre TRS y rendimiento académico, ya que no se observó diferencia ni correlación significativas en los sujetos que presentaban TRS.

528. RELACIÓN ENTRE LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL Y EL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOAPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE NEURORREHABILITACIÓN EN SANTIAGO DE CHILE

G. Monge, M. Otto, R. Torres-Castro, D. Oyarzo y C. Tapia

Facultad de Ciencias de la Rehabilitación. Universidad Andrés Bello. Clínica los Coihues, Chile.

Introducción: En los últimos años los trastornos respiratorios del sueño, y especialmente el síndrome de apneas-hipoapneas obstructivas del sueño (SAHOS), han generado un interés creciente en las sociedades científicas y en los estamentos gubernamentales. Dada la alta prevalencia en pacientes con enfermedades neurológicas y neuromusculares, las sociedades científicas especializadas en dichas áreas han puesto su atención. La American Stroke Association ha incluido al SAHOS como un factor de riesgo independiente de Stroke, y recomienda su evaluación y tratamiento dada la evidencia de peor pronóstico cuando ambos cuadros coexisten. Es necesario seguir investigando si la presencia y severidad del SAHOS en pacientes con enfermedades neurológicas afectan los procesos de aprendizaje y de neurorrehabilitación. Objetivo: evaluar la relación entre el IAH y la recuperación funcional en una unidad de neurorrehabilitación de Santiago de Chile.

Material y métodos: El estudio se realizó mediante la revisión de una base de datos anónima de pacientes institucionalizados en Clínica Los Coihues (Santiago, Chile) durante el año 2017. Se incluyeron todos los pacientes con registro de poligrafía respiratoria, mayores de 18 años, con diagnóstico de alguna patología neurológica o neuromuscular, con el alta institucional. Se excluyeron aquellos pacientes con traqueostomía, ventilación mecánica nocturna y/o enfermedad respiratoria o cardíaca concomitante. Se analizaron 10 registros, incluyendo las variables de: edad, sexo, diagnóstico al ingreso, escala de independencia funcional (FIM) y parámetros durante el sueño medidos con el equipo de poligrafía respiratoria Embletta MPR-PG (País). Se realizó prueba de evaluación de normalidad con Shapiro-Wilks, estadística

descriptiva y prueba correlación de Spearman. Los datos serán expresados en mediana (rangos intercuartílicos) o en frecuencia (porcentaje) según corresponda.

Resultados: De los 10 registros incluidos, 7 eran de sexo masculino, edad 65,6 (54,3-78,8), IAH 27,2 (14,3-53,6), tiempo en supino 404,5 (250,2-493,3) min, tiempo en no supino 13 (0,15-142,1) min, tiempo con SpO₂ $< 90\%$ 19,1 (6,4-75,1)%, delta FIM (FIM al alta - FIM al ingreso) 12,5 (4,8-24,3). La ganancia en FIM (deltaFIM) se correlacionó de manera significativa con el IAH (r: -0,58; p 0,04), IAH no supino (r: 0,64; p: 0,02), tiempo en supino (r: -0,69; p: 0,01) y tiempo en no supino (r: 0,69; p: 0,01).

Conclusiones: El dormir en posición supina y presentar un IAH mayor se relaciona con presentar menores ganancias en recuperación funcional medida mediante la FIM en pacientes de una unidad de neurorrehabilitación de Santiago de Chile.

529. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA SOBRE LA COGNICIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE OBESIDAD-HIPOVENTILACIÓN Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

C. Colonia, S.S. Reyes, M. Reyes, S. Guerrero y L. Bouscoulet

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Introducción: Los trastornos respiratorios relacionados con el sueño se caracterizan por anomalías de la respiración durante el dormir, en estos se incluyen el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y el síndrome de hipoventilación-obesidad (SOH). La falta de tratamiento de estas enfermedades se ha relacionado con alteraciones en los procesos cognoscitivos. El objetivo fue comparar las funciones cognoscitivas mediante baterías que evalúan áreas específicas del lóbulo frontal y los cambios gasométricos de los pacientes con SAOS y SOH antes y después del tratamiento con presión positiva continua de la vía aérea (CPAP).

Material y métodos: Se incluyeron adultos con obesidad, riesgo alto de SAOS y con criterios de SOH. Se les realizó polisomnografía y tratamiento con CPAP por 30 días. Se les realizaron baterías neuropsicológicas (Neuropsi y BANFE-2) y gasometría previas al estudio del sueño y posterior al tratamiento con CPAP. Se utilizó mediana y percentil 25-75. Las diferencias entre los grupos, se evaluaron a través de la prueba exacta de Fisher, y U de Mann Whitney según el tipo de variable. La comparación de las pruebas de cognición se evaluó con la prueba de Wilcoxon de rangos con signo. Se exploraron las posibles correlaciones por medio de la prueba de Spearman y mediante modelos logísticos.

Resultados: Se analizaron 19 pacientes, 14 del grupo de SAOS y 5 de SOH. El IAH fue de 78,9 eventos/h y fue mayor en el grupo con SAOS. La SpO₂ promedio en el grupo de hipoventilación-obesidad fue de 71,7 mmHg, significativamente menor que en pacientes con SAOS la que fue de 85,2%. El 47,4% de los pacientes tenían deterioro en la prueba Neuropsi, de estos 15,8% deterioro grave. La puntuación general de BANFE-2 catalogaba a la población con alteración Leve-moderada. Posterior al tratamiento con CPAP se observó un incremento significativo de 9 puntos en la prueba de Neuropsi. En la prueba BANFE-2 hubo una tendencia al incremento en el puntaje normalizado en ambos grupos. Se observó una disminución de 10 puntos en la escala de Epworth. En los valores gasométricos incremento la saturación de oxígeno y disminuyó de 7 mmHg de los niveles de pCO₂ y 4,8 mEq/l de HCO₃ en pacientes con SOH. Se encontró una correlación negativa moderada ($\rho = -0,51$, $p = 0,034$), entre el tiempo de SO₂ menor a 88%, y el tiempo de dióxido de carbono por arriba de 45 mmHg, con un puntaje menor en el test BANFE-2.

Conclusiones: Los pacientes con SAOS y síndrome de hipoventilación-obesidad muestran algún deterioro en la prueba Neuropsi y deterioro leve-moderado en la prueba BANFE-2. El tratamiento con CPAP por 30 días mejora el desempeño cognoscitivo y las variables gasométricas.

530. QUALIDADE DO SONO E DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

C.C. Corrêa¹, D.C. Sousa², T.O. Pegatin², S.A.T. Weber¹ e L.D. Campos^{2,3}

¹Departamento de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Faculdade de Medicina de Botucatu. UNESP. Botucatu. ²Departamento de Fisioterapia. Faculdade Marechal Rondon. ³Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Faculdade de Filosofia e Ciências. UNESP. Marília.

Introdução: O sono de baixa qualidade pode interferir de forma negativa no processo de crescimento, desenvolvimento, aprendizagem e saúde geral da criança. Crianças com síndrome de Down (SD) apresentam tempo diferenciado de desenvolvimento motor em relação às crianças com desenvolvimento típico. Além disso, em crianças com SD, diversos fatores contribuem para o aparecimento de distúrbios respiratórios do sono (DRS). O objetivo do presente estudo foi avaliar se há relação entre a qualidade do sono e o desenvolvimento motor de crianças com SD, sob a hipótese de que naquelas em que sono tem maior impacto na qualidade de vida, há maior atraso no desenvolvimento.

Material e métodos: Foram avaliadas 18 crianças com SD, de ambos os sexos, com idade média de 3 ± 3 anos. O questionário OSA-18 foi utilizado para avaliar o impacto dos DRS na qualidade de vida da criança. A pontuação pode variar de 18 a 126, sendo que pontuações < 60 foram consideradas indicativas de pequeno impacto na qualidade de vida, pontuações entre 60 e 80 indicativas de impacto moderado, e pontuações > 80 indicativas de grande impacto. O desenvolvimento motor foi avaliado por meio da escala PEDI, sendo considerada para análise a pontuação normativa obtida na Parte I, que avalia o desempenho funcional da criança. Os resultados foram comparados por meio do teste t de Student.

Resultados: A pontuação total média no questionário OSA-18 foi de 62 ± 16 pontos, sendo que 50% dos participantes apresentaram pontuações sugestivas de pequeno impacto dos DRS na qualidade de vida, e 50% apresentaram impacto moderado a grande. De acordo com os resultados do OSA-18, os participantes foram divididos em 2 grupos: Grupo 1 (n = 9, pontuação < 60), e Grupo 2 (n = 9, pontuação ≥ 60). A pontuação média obtida na área de autocuidado do PEDI foi de 26 ± 16 para o Grupo 1 e 19 ± 10 para o Grupo 2. Na área mobilidade, o Grupo 1 apresentou pontuação média de 22 ± 17 , e o Grupo 2 de 20 ± 17 . Na função social, as médias obtidas pelos Grupos 1 e 2 foram 46 ± 22 e 29 ± 16 , respectivamente, diferença estatisticamente significativa (p = 0,03).

Conclusões: Os resultados sugerem que nas crianças com SD com maior impacto dos DRS em sua qualidade de vida, há maior atraso no desenvolvimento motor (em especial em relação à função social), em comparação com crianças em que os DRS têm pequeno impacto na qualidade de vida. Os achados apontam para a necessidade de diagnóstico e tratamento adequado dos distúrbios do sono nesta população.

531. RISCO PARA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E QUEDAS EM IDOSOS: RESULTADOS PRELIMINARES

C.C. Corrêa¹, K. Cafisso², L.F.P. Brizola², L.V.T. Queiroz², A.G. Santos², M.B. Cruz², M.V. Santos², T.O. Pegatin², S.A.T. Weber¹ e L.D. Campos^{2,3}

¹Departamento de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Faculdade de Medicina de Botucatu. UNESP Botucatu.

²Departamento de Fisioterapia. Faculdade Marechal Rondon.

³Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Faculdade de Filosofia e Ciências. UNESP Marília.

Introdução: O envelhecimento humano é um processo fisiológico, progressivo, associado a diminuição da funcionalidade física e meta-

bólica em todo o organismo. Diversos fatores externos e internos, como, por exemplo, a má qualidade do sono, podem aumentar consideravelmente o risco de quedas na terceira idade. Esta, por sua vez, pode ocasionar sérias complicações, comprometendo a qualidade de vida desta população. A literatura sugere que cerca de 50% da população idosa apresenta distúrbios de sono e, alguns autores, relacionam problemas do sono com maior risco de quedas. Considerando que a apneia obstrutiva do sono (AOS) é de alta prevalência na população, especialmente em idosos, o objetivo do presente estudo foi investigar se há associação entre risco para AOS e risco de quedas em idosos.

Material e métodos: Foram avaliados, prospectivamente, 20 idosos, com idade média de 73 ± 8 anos (61 a 81 anos), de ambos sexos, divididos em 2 grupos: Grupo NQ (n = 9) composto por indivíduos que não apresentaram história de quedas nos últimos 12 meses e Grupo Q (n = 11), composto por indivíduos que apresentaram história de quedas nos últimos 12 meses. Foram considerados critérios de exclusão: indivíduos que faziam uso de cadeira de rodas ou outra forma de tecnologia assistiva para locomoção, amputados e indivíduos restritos ao leito. O risco para AOS foi avaliado por meio do questionário STOP-BANG. A pontuação geral do questionário pode variar entre 0 e 8, sendo que pontuações de 0-2 foram consideradas indicativas de baixo risco para AOS, de 3-4 indicativas de risco intermediário e ≥ 5 indicativas de alto risco. O índice de massa corpórea (IMC) foi calculado para todos os participantes. Os dados foram apresentados como média \pm DP ou porcentagem de casos.

Resultados: Foi observado que o IMC médio do Grupo NQ foi de 28 ± 4 Kg/m² e do Grupo Q de 27 ± 4 Kg/m². A pontuação média obtida no questionário STOP-BANG pelo Grupo NQ foi de $2,7 \pm 1$ pontos, sendo que 44% do grupo apresentava risco intermediário a alto para AOS. Para o Grupo Q, a pontuação média foi de $3,1 \pm 1$ pontos, sendo que 73% do grupo apresentava risco intermediário a alto para AOS.

Conclusões: Os resultados preliminares mostraram que indivíduos com histórico de quedas nos últimos 12 meses apresentam maior risco para AOS do que indivíduos sem histórico de quedas, sugerindo associação entre os dois fatores. O estudo está sendo conduzido em uma amostra maior a fim de confirmar os achados.

532. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y POLISOMNOGRÁFICAS QUE DETERMINAN LA GRAVEDAD DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOAPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHOS) EN EL NORESTE DE COLOMBIA

F. Rojas, A. Villabona, G. Estévez, T. Mendoza, J. Fajardo y F. Bolívar

Universidad Industrial de Santander.

Introducción: Se encuentran disponibles varios puntajes clínicos para evaluar pacientes con alto riesgo de síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) pero que carecen de confiabilidad. La polisomnografía (PSG) es actualmente el estándar de oro. Con este estudio se busca determinar las variables clínicas y polisomnográficas relacionadas con la gravedad del SAHOS.

Material y métodos: Estudio analítico transversal de 131 pacientes. Criterios de exclusión: trastornos secundarios del sueño y embarazo. Se tomaron los datos clínicos y de PSG. Se realizó un análisis de regresión logística univariante y bivariado con el cual se determinaron las características asociadas con SAHOS moderado a severo.

Resultados: La edad promedio fue 56 ± 13 años. El promedio de IMC, perímetro del cuello y distancia mentoesternal: $32 \pm 6,4$; $41,2 \pm 4,33$ y $15 \pm 2,41$ respectivamente. El 57,9% de los pacientes tenían un AHI ≥ 15 . La prevalencia de hipertensión fue del 33,07% en pacientes con SAHOS moderado a severo. La media de SPO₂: $89\% \pm 11,6$ y T90 media: $23,26 \pm 30,1$. Tener un T90 ≥ 26 estaba relacionado con una mayor severidad (OR: 2,71, p: 0,02, IC: 1,111-6,616). SPO₂ $\geq 94\%$ puede actuar como factor de protección para la gravedad del SAHOS (OR: 0,5, p: 0,07, IC: 0,241-1,061). El promedio del índice de desaturación de oxí-

geno: $31,26 \pm 24,7$ y el promedio más bajo de SPO2 durante el sueño: $74\% \pm 13,12$. El cambio en la etapa de sueño por hora, los cambios de etapa y el promedio de ciclos REM fueron de 16 ± 27 , $71,49 \pm 105,7$ y $3,9 \pm 2,56$ respectivamente. Un tiempo de sueño REM total ≥ 61 minutos es menos probable que esté relacionado con la gravedad del SAHOS (OR: 0,46; p: 0,051; IC: 0,216-1,003). El valor de Epworth ≥ 15 se relacionó con la gravedad del SAHOS (OR: 2,84, p: 0,016, IC: 1,21-6,599).

Conclusiones: Se observó más somnolencia y menos tiempo de sueño REM a medida que aumentaba la gravedad. La escala de Epworth es una herramienta útil cuando se selecciona. Los datos antropométricos y de SPO2 no se relacionaron estadísticamente con la gravedad.

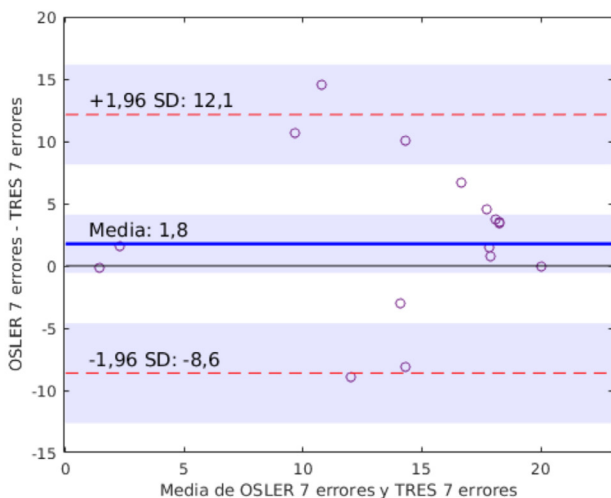
533. NUEVO TEST DE RESISTENCIA AL SUEÑO SIMPLIFICADO

L. Larrateguy, C. Pais, L.I. Larrateguy, G. Schlotthauer y S. Larrateguy
Centro Privado de Medicina Respiratoria.

Introducción: La somnolencia diurna excesiva (SDE) es un síntoma con alta prevalencia que incrementa el riesgo de accidentes de tránsito y deteriora la calidad de vida. Su detección objetiva es difícil por la compleja infraestructura que requiere. El objetivo de este trabajo consiste en desarrollar un dispositivo y un método para simplificar la detección de la SDE y compararlo con el test OSLER como prueba de referencia.

Material y métodos: El nuevo método propuesto y el dispositivo TRES (Test de RESistencia al Sueño) se compararon en una muestra de 23 pacientes sintomáticos con trastornos respiratorios del sueño, con el test OSLER (Oxford Sleep Resistance Test) descrito por Bennet et al en 1997 y validado por Priest et al para la detección de SDE. En todos los sujetos se realizó una polisomnografía completa la noche anterior. El día siguiente, entre las 09:00 y las 11:00 AM, se realizaron el test OSLER y el nuevo test TRES, previo sorteo para decidir con qué prueba comenzaba cada paciente, en la misma habitación a la que se adaptó según lo descrito en estudios similares. De acuerdo con los estudios de Bennet et al., Krieger et al., Priest et al y Mazza et al., se realizó una sola prueba con cada método, que se detenía si cometían 7 errores consecutivos en respuesta a los destellos luminosos o una duración máxima de 20 minutos, lo que primero ocurría.

Resultados: Analizando el método propuesto como prueba diagnóstica detectando siete errores, y tomando como prueba de referencia al OSLER, la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 61% con un valor predictivo positivo del 67% y negativo del 100%. Utilizando



el área bajo la curva ROC, se obtuvo un valor de 0,81 (0,62-0,99), $p = 0,013$. Se observa que la mayoría de los tiempos de latencias para la detección de siete errores con ambos métodos están dentro de los intervalos de confianza del 95% ($p = 0,05$). La línea del cero está dentro del intervalo de confianza de la media y la mayoría de los resultados positivos están por encima de la línea del cero (fig.). El coeficiente Kappa de Cohen, mostró un valor moderado de 0,58 (0,29-0,88).

Conclusiones: En esta muestra de pacientes, el método propuesto detecta SDE en forma similar al OSLER, es más simple y no requiere infraestructura especial ni personal experto.

534. STOP-BANG NO RASTREIO DE SAOS

L. Maia Santos, J. Cravo e C. Chaves Loureiro

Hospitais da Universidade de Coimbra. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Existe uma elevada prevalência de SAOS na população geral, uma grande porção dos quais permanece por diagnosticar. Mesmo quando assintomático, o SAOS está associado de forma independente a um aumento da morbi-mortalidade, pelo que um diagnóstico precoce é imperativo. O questionário STOP-Bang é simples e rápido de aplicar e tem mostrado alta sensibilidade e valor preditivo positivo, podendo ser uma ferramenta útil de screening. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência do risco de SAOS, inferida por componentes do STOP-Bang, numa população que procura informação online sobre esta patologia.

Material e métodos: Estudo transversal e retrospectivo de uma amostra de indivíduos que procurou ativamente informação sobre SAOS, visitando um site sobre o mesmo dirigido à população geral, onde respondeu online e voluntariamente a um questionário aberto. A avaliação da sonolência diurna foi realizada pelo questionário EPWORTH e o risco de SAOS inferido pelo STOP-Bang.

Resultados: 70,4% ($n = 243$) das pessoas que responderam ao questionário ($n = 345$), julgavam ter SAOS. 52,3% eram do género masculino; 57,1% tinha mais de 50 anos, 39,1% excesso de peso e 37,9% obesidade. Em 41,2% dos casos tinha existido procura de ajuda médica por este motivo. A sonolência diurna foi negada em 62,1% dos doentes, afirmada como ligeira em 18,9%, moderada em 10,3% e grave em 8,7%, segundo o questionário EPWORTH. De acordo com o questionário STOP-Bang, pelo menos 54,3% apresentou risco elevado de SAOS, 10,7% respondeu afirmativamente a, pelo menos, 4 itens do questionário e 35% a pelo menos 2. Das restantes pessoas que responderam ao questionário (29,6%, $n = 102$), a maioria era do género feminino (73,5%), com menos de 50 anos (61,8%) e não apresentavam excesso de peso/obesidade (57,8%). 95,1% negou sonolência diurna e não tinha procurado ajuda médica. O grau de sonolência e risco de SAOS são maiores nos doentes que suspeitam ter a doença e nos que já procuraram ajuda médica e essa diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Existiu concordância entre os dois questionários, embora fraca ($\kappa = 0,322$, $p < 0,001$). Ambos se relacionam de forma positiva com maior suspeita de doença pelo doente, mas de forma mais forte com o questionário STOP-Bang ($\kappa = 0,595$ vs $0,448$, $p < 0,001$). Existiu concordância moderada entre a percepção individual da doença e o risco da doença ($\kappa = 0,494$, $p < 0,001$).

Conclusões: Mais de metade da população estudada apresentou risco elevado de SAOS e 10,7% pelo menos risco moderado. Esta população mostrou também uma elevada consciencialização para a patologia, verificando-se uma correlação significativa entre a percepção individual e o risco da doença segundo o questionário validado STOP-Bang. A correlação entre os dois questionários utilizados é significativa mas fraca.

535. ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A ADOLESCÊNCIA E QUALIDADE DO SONO NO INÍCIO DA VIDA ADULTA: A COORTE DE PELotas DE 1993

F.C. Wehrmeister, A.T. Wendt, H. Gonçalves, M.C.F. Assunção, I.C.M. Silva e A.M.B. Menezes

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Brasil.

Introdução: A maioria da literatura científica aborda a associação entre atividade física (AF) e desfechos relacionados ao sono de maneira transversal, encontrando benefício da AF sobre o sono, sendo os efeitos da AF de longo prazo ainda pouco compreendidos. O objetivo deste estudo é avaliar a associação entre AF na adolescência e qualidade do sono no início da vida adulta.

Material e métodos: Estudo de coorte, com participantes que nasceram em Pelotas no ano de 1993. Atividade física foi avaliada aos 11, 15, 18 e 22 anos, através de questionário e dividida em moderada e vigorosa para posterior categorização em tercís. Foram somados os períodos em que o indivíduo se manteve no tercil mais alto de AF, categorizada em nenhum, 1 ou 2+ períodos, tanto para AF moderada quanto para AF vigorosa. Qualidade do sono foi medida através do Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), podendo variar de 0 a 21, sendo o maior valor indicativo de pior qualidade de sono. Para testar a associação, foi realizada regressão linear, a fim de estimar o efeito da AF na adolescência sobre o sono no início da vida adulta.

Resultados: A coorte original foi composta por 5.249 indivíduos dos quais 76,4% foram acompanhados aos 22 anos. Para esta análise a amostra foi de 3.101 indivíduos. Entre os homens, aqueles que ficaram 2+ períodos no tercil mais alto de AF moderada tiveram um escore de 5,5 pontos (IC95% 5,3 a 5,7) no PSQI, enquanto aqueles que nunca estiveram no tercil mais alto o escore foi de 5,1 (IC95% 4,8 a 5,4) ($p = 0,035$). Nas mulheres, esta diferença foi ainda maior: 6,0 (IC95% 5,8 a 6,3) pontos em quem mais praticou AF contra 5,5 pontos (IC95% 5,2 a 5,9) daquelas que não estiveram no tercil mais alto de AF em algum período ($p = 0,016$). A AF vigorosa não foi associada à qualidade do sono.

Conclusões: Maior quantidade de períodos no mais alto tercil de AF moderada esteve associada com pior qualidade do sono. Efeitos de curto prazo parecem ser mais importantes para a qualidade do sono do que efeitos de longo prazo.

536. PREVALENCIA DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN CONDUCTORES ECUATORIANOS UTILIZANDO EL CUESTIONARIO STOP-BANG

I. Cherrez-Ojeda, A. Fernández-García, G. Alvarado, J.C. Calderón, B. Intriago y S. Cherrez

Respiralab Hidelberg University.

Introducción: La prevalencia estimada de apnea obstructiva del sueño (AOS) moderada a grave en la población adulta es del 17% en hombres y del 9% en mujeres, pero se cree que es más alta (25-50%) en la población de conductores comerciales. Se estima que entre el 20% al 30% de los accidentes automovilísticos (AA) están relacionados con hipersomnolencia diurna (HSD). Dado que HSD es una característica principal de AOS, se considera un factor de riesgo para AA.

Material y métodos: Llevamos a cabo un estudio anónimo utilizando el cuestionario STOP-Bang para evaluar la prevalencia de alto riesgo de AOS. A 407 conductores de autobuses comerciales en Ecuador completaron el cuestionario STOP-Bang (≥ 3 ítems positivos considerados de alto riesgo), así como el cuestionario de escala de somnolencia Epworth (ESE) (considerado positivo ≥ 11 ítems) para determinar la frecuencia de HSD; información sobre los AA también fue recolectada.

Resultados: Analizamos los datos de 340 sujetos (tasa de respuesta 83,53%). El 99% de ellos eran hombres; la edad promedio fue 44,34 años (DE $\pm 9,37$); el IMC medio fue de 31,82 kg/m² (DE $\pm 4,91$), el 23,8% ($n = 81$) de ellos extremadamente obesos (IMC ≥ 35 kg/m²). La circunferencia media del cuello (CC) fue de 42,50 (DE $\pm 3,24$), y el 71,5% ($n = 243$) tuvo más de 40 cm. Casi el 55% ($n = 186$) de los conductores tuvo al menos un AA. El 59,7% ($n = 203$) conductores comerciales estaban en riesgo de AOS, (STOP-Bang ≥ 3); 48,8% ($n = 166$) tenían riesgo intermedio (STOP-Bang 3-4), y 10,9% ($n = 37$) tenían alto riesgo (STOP-Bang ≥ 5). El 9,7% ($n = 33$) de los conductores de autobuses tenían HSD (ESE ≥ 11). Además, encontramos que el 84,84% ($n = 28$) de los pacientes con HSD, estaban en alto riesgo de tener AOS ($p = 0,002$). Los sujetos con alto riesgo de AOS tienen más probabilidades de obtener ≥ 11 en ESE (OR = 4,22; IC (1,58-11,23)). Además, los pacientes con riesgo intermedio de AOS que además tienen una CC de más de 40 cm, son clasificados como alto riesgo, y estos pacientes tienen mayor probabilidad de HSD ($p = 0,016$; OR = 2,61, IC (1,17-5,80)).

Conclusiones: Encontramos una prevalencia ligeramente mayor de AOS entre los conductores ecuatorianos, cerca del 60%, en comparación con el 54% de lo reportado. El 57% de los conductores informaron un AA, mientras que solo el 34,8% se informó en todo el mundo. Hay una correlación positiva entre HSD y AA. Pensamos que son necesarios más estudios con polisomnografía para confirmar nuestra alta prevalencia de AOS; sin embargo, consideramos necesario comunicar estos hallazgos a los responsables de salud pública, y transporte, para implementar pruebas de detección de trastornos del sueño entre los conductores comerciales, y así disminuir la carga de la enfermedad.

537. VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ASOCIADOS AL SUEÑO EN NIÑOS PRE- Y POSAMIGDALECTOMÍA

M.H. Sánchez-Bustillos, N. Limas-Frescas, R. Aguirre-Palacios y J. Granados-Chávez

Unidad Médica de Atención Ambulatoria #68 IMSS.

Introducción: Los trastornos respiratorios asociados al sueño (TRAS) afectan al 30% de la población infantil, causados comúnmente por hipertrofia amigdalina (HA); pero no es frecuente que la indicación de amigdalectomía sea la presencia de TRAS. Este estudio valora la presencia de TRAS previo a la amigdalectomía y la variación de sus síntomas posterior a ella en niños con HA no diagnosticados previamente con TRAS. Ponderando la utilidad de este procedimiento para tratamiento de TRAS en niños.

Material y métodos: De enero a diciembre del 2013, se captaron a todos los niños menores de 12 años, previamente valorados por otorrinolaringología, que fueron enviados a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria #68 (UMAA68) para amigdalectomía con el diagnóstico de HA, se excluyeron a aquellos que tuviesen ya diagnóstico previo de TRAS y alteraciones anatómicas diferentes a la HA, firmaron consentimiento Informado los Padres y asentimiento a los menores. Se les aplicó el cuestionario PSQ abreviado de Charvin en su versión al español, antes de la cirugía, 15 días posterior a la cirugía y 3 meses después. Se utilizó la prueba t de Student para analizar las variables cuantitativas y χ^2 para las cualitativas. Se aceptó un valor significativo de $p < 0,05$. Se considera TRAS con un PSQ mayor del 33% de respuestas afirmativas.

Resultados: Se captaron 74 pacientes, con edad media de 6,8 ($\pm 2,7$). En la primera medición 85% de los pacientes fueron positivos a TRAS, en la segunda el 31% y en la última el 18,92% ($p < 0,05$). Hubo un aumento de peso promedio de 240 g a los 15 días y 1.550 g a los 3 meses, disminuyendo los pacientes de peso bajo de 58,11% a 41,89%. También se presentó mejoría en los síntomas sugerentes del trastorno de déficit de atención (TDA) con disminución en promedio del 30,40% en los diferentes síntomas al 3^{er} mes.

Tabla 1. Variación de los TRAS posterior a la amigdalectomía

| | n (número total de pacientes) | Pacientes TRAS positivos (# pacientes / %) | Pacientes TRAS negativos (# pacientes / %) | Valor de P |
|---|-------------------------------|--|--|------------|
| Pre Adenoamigdalectomía | 74 | 63 (85.14%) | 11 (14.86%) | — |
| 15 días posterior a Adenoamigdalectomía | 74 | 23 (31.08%) | 51 (68.92%) | <0.005* |
| 3 meses posterior a Adenoamigdalectomía | 74 | 14 (18.92%) | 60 (81.08%) | <0.005** |

*Valor de p entre pre adenoamigdalectomía y 15 días posterior a la misma.

**Valor de p entre pre adenoamigdalectomía y 3 meses posterior a la misma.

Tabla 2. Variación del peso posterior a la amigdalectomía

| Variable | Peso pre adenoamigdalectomía | Peso 15 días post adenoamigdalectomía | Peso 3 meses post adenoamigdalectomía |
|-----------------------|--|--|---|
| Peso (X±DC) | 29.5(±13.3) | 29.74(±13.21) | 31.05(±12.57) |
| Obesidad (Promedio %) | Peso bajo (43 pac= 58.11%) Normal (21 pac= 28.38%) Sobrepeso (8 pac= 10.81%) | Peso bajo (42 pac= 56.76%) Normal (22 pac= 29.73%) Sobrepeso (8 pac= 10.81%) | Peso bajo (31 pac= 41.89%) Normal (31 pac= 41.89%) Sobrepeso (10 pac= 13.51%) |
| Obesidad grado I | (1 pac= 1.35%) | Obesidad grado I (1 pac= 1.35%) | Obesidad grado I (1 pac= 1.35%) |
| Obesidad grado II | (1 pac= 1.35%) | Obesidad grado II (1 pac= 1.35%) | Obesidad grado II (1 pac= 1.35%) |
| Valor de P | <0.005* | <0.005** | 0.005*** |

pac= Pacientes

*Entre peso inicial y 15 días posterior a adeno-amigdalectomía.

**Entre peso a los 15 días de adeno-amigdalectomía y 3 meses posterior a la misma.

***Entre el peso inicial y 3 meses posterior a adeno-amigdalectomía.

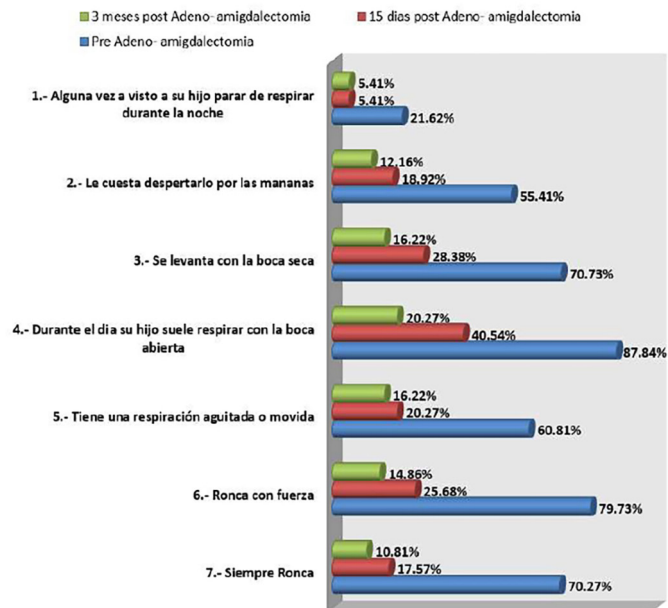


Figura 1. Variación de los síntomas en forma individual.

Conclusiones: El subdiagnóstico de TRAS es enorme 85 no diagnosticados al momento de la cirugía, los TRAS remiten en 78% al 3er mes de la cirugía, hay mejoría en el peso el 22,6% de los pacientes sale del rubro de peso bajo peso normal. Además, se aprecia una disminución de los síntomas de TDA en un 30%. Debe considerarse la presencia de TRAS como indicación para amigdalectomía.

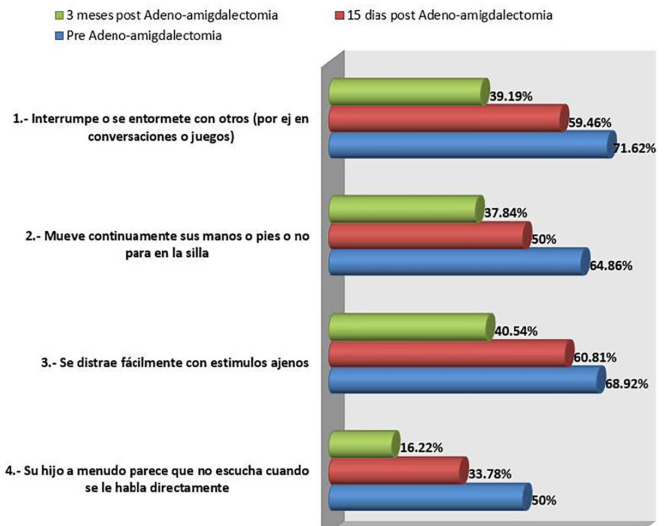


Figura 2. Variación de los síntomas relacionados con TDA.

538. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE BERLÍN PARA EL DIAGNÓSTICO DE APNEA DEL SUEÑO EN EL VALLE DE MÉXICO

S. Guerrero, E.B. Gaona, L. Cuevas, M. Reyes, M. Hernández, I. Méndez, R. Pérez, T. Shamah y L. Torre

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Instituto Nacional de Salud Pública.

Introducción: El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es un problema de salud pública. El cuestionario de Berlín se utiliza para identificar sujetos en riesgo y no ha sido utilizado en población abierta con representatividad nacional en Latinoamérica, por lo que fue incluido en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. El objetivo del estudio es validar el cuestionario de Berlín en comparación con poligrafía respiratoria.

Material y métodos: Estudio transversal en mayores de 18 años, habitantes de Ciudad de México. Se les aplicó cuestionario de Berlín y poligrafía respiratoria domiciliar. Se calculó sensibilidad y especificidad del riesgo alto por cuestionario de Berlín con SAOS definido por poligrafía respiratoria con índice de apnea hipopnea (IAH) ≥ 15. Se exploraron modelos de regresión logística para predecir SAOS con el resto de las variables.

Resultados: Se obtuvieron 196 poligrafías con registro válido, sus características generales se muestran en la tabla. El cuestionario de Berlín presenta sensibilidad de 77% y especificidad de 53% para identificar IAH > 15. Mediante regresión logística se desarrolló una escala con los si-

Tabla 1. Características generales

| Característica | Participantes n=196 |
|------------------------------------|---------------------|
| Edad (años) | 48.1 ± (16.2) |
| Sexo (femenino) | 128 (65.3) |
| IMC (Kg/m²) | 29.6 ± (5.34) |
| Circunferencia de cuello (cm) | 37.9 ± (4.19) |
| PCO _{2ET} (mmHg) | 36 ± (2.99) |
| SpO ₂ diurna (%) | 92.9 ± (2.33) |
| IAH (eventos/hora)* | 9.2 (4-22.15) |
| IDO (desaturaciones/hora)* | 12 (5-26.5) |
| % registro SpO ₂ <88% * | 19.5 (2-63) |

Se presentan frecuencias y porcentajes o Media y desviación estándar. * Por su distribución se muestra Mediana (P25-P75)

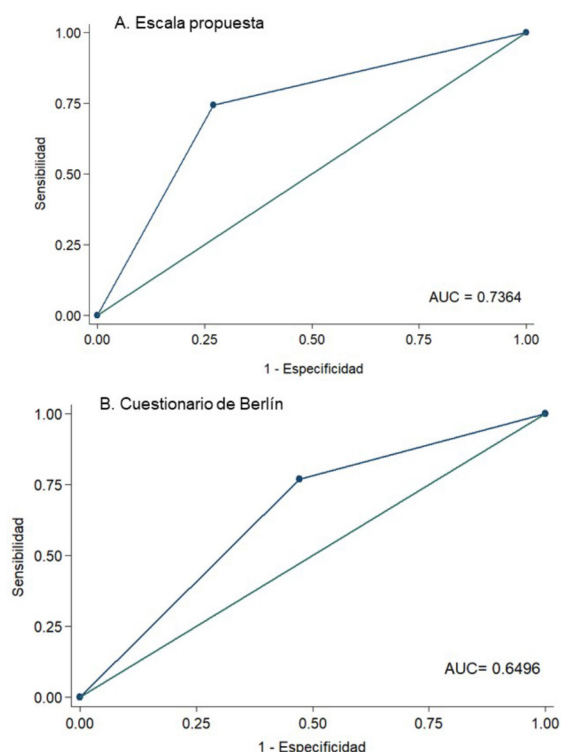


Figura 1. Curva de ROC para SAOS (IAH > 15) según diferentes.

güentes predictores: sexo masculino = 5, edad > 40 años = 4, sobrepeso = 3 u obesidad = 6 y ronquido = 2 que con un punto de corte en 12 presenta una sensibilidad de 74% y especificidad de 73%. Las curvas ROC del cuestionario de Berlín y la escala propuesta están en la figura.

Conclusiones: El cuestionario de Berlín presenta una sensibilidad aceptable, pero baja especificidad en población abierta mexicana. Se propone una escala basada en sexo, edad, IMC clasificado y ronquido que pudiera presentar una mejor capacidad de predicción en México.

539. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, OBESIDAD Y SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

N. Machuca y A. Castorena

INER.

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) evalúa el impacto de la enfermedad. Es un indicador válido de los resultados de la intervención y un predictor de la mortalidad y la morbilidad. La asociación de SAOS y DM2 en la población adulta es elevada. El impacto en la CVRS de los pacientes depende de factores como el nivel de control de cada una de las enfermedades, sus complicaciones y comorbilidades. No existe información sobre el impacto de la CVRS en estas dos condiciones ni la relación que hay entre los diferentes instrumentos que miden CVRS genérica y específica, por lo que es necesario su estudio. El objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, comparando los cuestionarios genéricos y específicos en pacientes con SAOS y DM2 y evaluarlo con respecto al control de ambas enfermedades.

Material y métodos: Se reclutaron pacientes con DM2 y obesidad con una probabilidad moderada y alta en los cuestionarios de síntomas del dormir. Se les realizó una poligrafía respiratoria con monitor tipo III con una colecta mayor de 5 horas. Se realizó la medición de glucosa sérica y hemoglobina glucosilada. Se aplicaron los cuestionarios de específicos y genéricos: SAQLI, SF-12, INCAVISA y PAIS-SR y se midió la actividad física con actigrafía. Se realizó un análisis descriptivo de

los datos demográficos, pruebas de asociación mediante correlaciones y se utilizaron tablas de contingencia con extracción de la significancia mediante la distribución de Pearson o Fisher según correspondiera. Se formaron dos grupos de contraste, según el control glucémico. Se construyeron tablas de contingencia con medidas de asociación y se utilizó la prueba de rangos señalados de Wilcoxon (prueba de U Mann Whitney).

Resultados: La evaluación con SAQLI, el instrumento específico para SAOS demostró que la CVRS en esta población fue superior a la media. Con los cuestionarios genéricos, el SF-12 demostró puntuaciones por debajo de la media con deterioro en los rubros de evaluación física y mental. INCAVISA reportó un impacto negativo sobre el desempeño físico en las actividades, el aislamiento del paciente, el abandono, la mala percepción corporal y el deterioro en el disfrute de su tiempo libre. El PAIS-SR reveló que más de la mitad de los pacientes se encuentran adaptados a su enfermedad. En la comparación entre grupos con control glucémico no se encontró diferencia significativa en el nivel de actividad física con respecto al control glucémico ni con los cuestionarios de evaluación de CVRS.

Conclusiones: La CVRS se ve deteriorada en pacientes con SAOS, DM y obesidad evaluados por cuestionarios genéricos y esta no se ve modificada según la actividad física medida por actigrafía, la gravedad del SAOS ni el control glucémico.

540. FRECUENCIA DE RIESGO PARA EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS) Y COMORBILIDADES ASOCIADAS EN UNA MUESTRA DE ADULTOS OBESOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º 2 (UMF2) EN LA CIUDAD DE PUEBLA, MÉXICO

J. Toledo Estrada y M.J. Sandoval

Hospital General de zona N.º 20 (HGZ 20) y Unidad de Medicina Familiar N.º 2 (UMF 2). Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Delegación Puebla. México.

Introducción: El SAOS, una afección poco conocida en el primer nivel. La incidencia aumenta proporcionalmente al índice de masa corporal (IMC). En México la prevalencia es de 2,2% en mujeres y el doble en hombres. La obesidad es uno de los principales motivos de envío a neumología en IMSS Puebla, observando un desconocimiento notorio del SAOS por parte de médicos familiares. Es prioritaria la detección oportuna y prevención de las complicaciones asociadas al SAOS en el primer nivel. El Cuestionario de Berlín (CB) es un método sencillo y validado para diagnosticar SAOS. Objetivo: determinar la frecuencia de riesgo para SAOS utilizando el CB, en población obesa de la UMF2 IMSS Puebla, conocer sus características y comorbilidades asociadas. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo, unicéntrico. En adultos obesos, derechohabientes de la UMF2 IMSS Puebla, de marzo a diciembre 2016. Se realizaron medidas antropométricas, circunferencia de cuello, oximetría de pulso. Se aplicó el CB para catalogar el riesgo de SAOS. Análisis de resultados con estadística descriptiva. Chi cuadrada para la comparación entre variables categóricas.

Resultados: 250 adultos obesos, 183 mujeres (73,2%), 67 hombres (26,8%). Edad 18-87, media 53,2 ± 14,2, IMC media 33,9 ± 3,41, circunferencia de cuello 34-47 cm, 26% con más de 40 cm; saturación de oxígeno 89-99%, media 96,2 ± 2,2. De 173 con obesidad grado I, 31,2% con riesgo alto para SAOS; de 62 con obesidad grado II, 56,6% con riesgo alto; de 13 obesos grado III, 84,6% con riesgo alto; 2 (0,8%) con obesidad extrema ambos con riesgo alto; significancia estadística entre mayor IMC y riesgo de SAOS. 68% (171) con hipertensión, 40% (100) diabéticos, tabaquismo en 20,8% (52), alcoholismo 22,4% (56), 4% (10) hipotiroidismo, cardiopatía y neumopatía en el 5,6% (14) respectivamente.

Conclusiones: Observamos un mayor porcentaje de mujeres con obesidad y riesgo para SAOS, a diferencia de lo citado en la literatura,

predominando em varones. Se corroboró un incremento de riesgo para SAOS de acuerdo al CB, con respecto a mayor IMC, más notorio en la obesidad grado III y extrema. Las principales comorbilidades fueron la hipertensión y la diabetes. Se demuestra la utilidad y sencillez para el médico familiar, de la aplicación del cuestionario de Berlín en los pacientes obesos para sospechar de forma oportuna a aquellos con alto riesgo para SAOS, implementando así maniobras preventivas y envío oportuno a neumología.

541. TRÊS ANOS DE LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO DO HCFCMB BOTUCATU/SÃO PAULO, BRASIL: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

C.C. Corrêa, L.D. Campos, A.T.P. Rocha, G.M.C. Cardoso, M.P.F.N. Silva e S.A.T. Weber

Faculdade de Medicina de Botucatu. UNESP.

Introdução: O Laboratório de Diagnóstico e Tratamento dos Distúrbios Respiratórios do Sono do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, Brasil, inaugurado há 3 anos, abriga uma equipe multidisciplinar (Otorrinolaringologia, Pneumologia, Fonoaudiologia, Odontologia e Fisioterapia). O objetivo do presente estudo é Analisar a produção científica de três anos de pesquisas do Laboratório do Sono.

Material e métodos: Foi realizada uma consulta no banco de dados do Currículo Lattes dos pesquisadores que atuaram no laboratório de 2015 até março de 2018. Os trabalhos publicados em anais em formato de resumo simples, resumo expandido, artigos científicos, prêmios, teses e dissertações foram tabeladas e assim descritos nos resultados.

Resultados: A busca resultou em 12 artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, 2 trabalhos completos e 21 resumos simples publicados em anais, 3 resumos expandidos. Na formação acadêmica, localizaram-se 5 dissertações de mestrado, 4 teses de doutorados e 1 pós-doutorado. Apneia Obstrutiva do Sono em crianças foi o tema mais abordado, além de qualidade e higiene do sono, Síndrome de overlap (DPOC e SAOS), associação entre o uso de tecnologias e os efeitos no sono de jovens e sobre os ritmos biológicos. Foram contabilizados cinco prêmios e/ou menções honrosas, sendo duas por instituições internacionais: Deutsche Gesellschaft fuer Schlafmedizin (DGSM) (2017) e pela Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT), em 2016.

Conclusões: A análise dos trabalhos científicos realizados mostrou intensa atividade científica do grupo envolvido, que embora mantenha o seu foco original de SAOS infantil, aborda as diversas áreas da medicina do sono, reforçando o seu compromisso com a formação e divulgação de conhecimento.

542. SEMANA DO SONO 2018 NO INTERIOR DE SÃO PAULO, BRASIL

C.C. Corrêa, L.D. Campos e S.A.T. Weber

Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista (UNESP).

Introdução: No Brasil, a “Semana do Sono” é organizada pela Associação Brasileira do Sono (ABS), tendo a coordenação de uma Fonoaudióloga no interior do estado de São Paulo, organizando ações para a conscientização de aspectos de prevenção de distúrbios do sono, além da procura precoce pelo tratamento quando necessário. Em 2017, o tema da campanha foi “Sonhos bons nutrem a vida” e esta coordenação conseguiu abordar 455 pessoas da população. O objetivo do estudo é descrever as ações de promoção de saúde desenvolvidas nas cidades do interior paulista na semana do sono do ano de 2018.

Material e métodos: As atividades do interior do estado de São Paulo foram lideradas por uma fonoaudióloga de Bauru/SP, por uma fisioterapeuta de Marília/SP e uma médica otorrinolaringologista de Botucatu/SP para o planejamento das ações da semana do sono dos dias 12 a 16 de março de 2018. Foram realizadas parcerias com escolas, universidades, hospitais, empresas e estabelecimentos comerciais para a realização de palestras com o tema “Respeite o seu sono e siga o seu ritmo. Essas ações tiveram o apoio da divulgação da ABS, entrevistas em rede sociais e entrevistas em mídias vinculadas a hospitais e a instituições de ensino e pesquisa.

Resultados: As palestras aconteceram nos seguintes locais (número de pessoas que presenciaram): FEMSA Coca-cola, Lençóis Paulista/SP (17 motoristas de caminhão); FEMSA Coca-cola, Bauru/SP (90 trabalhadores de turno); UNESP, Marília/SP (108 universitários); Faculdade Marechal Rondon, São Manuel/SP (35 universitários); Hospital das Clínicas de Botucatu UNESP, Botucatu/SP (180 pacientes e acompanhantes); Lwart, Lençóis Paulista/SP (120 funcionários, trabalhadores de turno); Escola Estadual Guedes de Azevedo, Bauru/SP (615 alunos do ensino fundamental); Colégio EMBRAER, Botucatu/SP (250 alunos do ensino médio); Faculdade de Odontologia de Bauru USP, Bauru/SP (25 idosos, Grupo “Revivendo”, englobando a melhor idade); Secretaria Municipal da Saúde, Bauru/SP (30 funcionários públicos). Dessa forma, as ações abrangeram desde crianças, adolescentes, universitários e idosos de cinco cidades do interior paulista. Sendo assim, foram abordadas 1.470 pessoas diretamente, além da disponibilização de cartilhas extras nesses mesmos ambientes em áreas de grande circulação de pessoas, e realizar quatro entrevista em veículos de considerável circulação.

Conclusões: Nota-se a importância da semana do sono para a propagação de informações sobre o sono e esclarecimentos da população. As ações do interior paulista ocorreram de modo abrangente, atuando na população universitária até com grupos de idosos. Sugere-se que ações como esta sejam repetidas, abrangendo número ainda maior de participantes, em diferentes regiões.