ORIGINAL

¿SON FRECUENTES LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL SAOS?

J.M. Rubio Sánchez, B. Jurado Gámez, M. N. Feu Collado, N. Pascual Martínez, A. Escribano Dueñas, L. M. Entrenas Costa, L. Muñoz Cabrera

Servicio de Neumología. Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar mediante un cuestionario alteraciones psicopatológicas en personas con sospecha de trastornos respiratorios del sueño (TRS).

MÉTODO: Estudio prospectivo de los pacientes que asisten a una consulta de TRS entre mayo-diciembre de 2001. Se les realiza polisomnografía (PSG) diagnóstica y cumplimentan un cuestionario PRIME-MD. Se comparan los resultados del test entre los individuos diagnosticados de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y el grupo en los que se descartó dicha entidad.

RESULTADOS: Se estudiaron 201 individuos: 144 casos (72%) con SAOS, 22 (11%) con roncopatía simple, 6 (3%) con resistencia aumentada de la vía aérea superior, 4 (2%) con síndrome de movimiento periódico de piernas, 5 con hipoventilación nocturna asociada a patología pulmonar (3%), 13 (6%) con afectación del sueño no relacionada con trastornos respiratorios, y 7 (3%) sin trastornos del sueño. En el grupo con SAOS se observó: alteración en el área somatomorfa en un 70%, en la conducta alimentaria (51%), en el estado de ánimo (41%), ansiedad (71%) y alcohol (50%). En un 93% se alteró al menos 1 área, no hubo diferencias en el resultado del cuestionario en los dos grupos de estudio. A 39 de los pacientes con SAOS se volvió a aplicar el cuestionario tras un mes de tratamiento con CPAP sin encontrarse diferencias en ninguna de las áreas psicológicas estudiadas

CONCLUSIONES: El cuestionario PRIME-MD detecta un alto porcentaje de trastornos psicopatológicos en los pacientes de una consulta de TRS; sin embargo no

ARE PSYCHOPATHOLOGICAL ALTERATIONS FREQUENT IN OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME?

ABSTRACT

OBJECTIVE: Use a questionnaire to identify psychopathological alterations in suspects of respiratory alterations while sleeping.

METHOD: Prospective study of the patients who attended the respiratory department due to alterations while sleeping between May and December of 2001. A poly-somnography (PSG) was performed to diagnose the situation and all patients filled in a PRIME-MD questionnaire. The results of the test were compared between individuals diagnosed with obstructive sleep apnea (OSA) and the group in which this pathology was disregarded.

RESULTS: Two hundreds and one individuals were studied: 144 cases (72%) had OSA, 22 (11%) had simple ronchopathy, 6 (3%) increased resistance of the upper respiratory tract, 4 (2%) with periodic leg movement syndrome, five with nocturnal hypoventilation associated to a pulmonary pathology (3%), 13 (6%) with alterations in sleep non-related to respiratory disorders, and 7 (3%) without sleep alterations. In the OSA group the following was observed: alteration in the somatomorphic area in 70%, in eating behavior (51%), in the state of mind (41%), anxiety (71%) and alcohol consumption (50%). At least 1 area was altered in up to 93% of the cases, and there were no differences in the results of the questionnaire in the two groups that were studied. The questionnaire was re-

Recibido: 31 de julio de 2002. Aceptado: 20 de enero de 2003.

Correspondencia:
Dr. J.M. Rubio Sánchez.
Hospital “Reina Sofía”. Serv. Neumología
Avda. Menéndez Pidal s/n
14004-Córdoba.
E-mail: juanmariarubio@hotmail.com

existen diferencias entre el grupo diagnosticado de SAOS y el resto.

Palabras clave:
– Síndrome de apnea del sueño
– Trastornos psicopatológicos
– PRIME-MD.

applied to 39 patients with OSA after one month of treatment with continuous positive airway pressure (CPAP), but no differences in the studied psychological areas were found.

CONCLUSIONS: The PRIME-ME questionnaire detects a high percentage of psychopathological alterations in patients from the respiratory department; nevertheless, there are no differences between the group diagnosed with OSA and the rest.

Key words:
– Sleep apnea syndrome
– Psychopathological alterations
– PRIME-MD

INTRODUCCIÓN

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es una enfermedad frecuente con una prevalencia estimada del 2 al 4 % entre la población adulta[1,2]. Su presentación clínica incluye a los trastornos cardiorrespiratorios y la desestructuración del sueño, este último aspecto es el origen de la excesiva somnolencia diurna y la repercusión sobre el área cognitiva del sujeto.

En el SAOS se observa una mayor frecuencia de trastornos psicopatológicos[3,4], no obstante, debido a que tanto esta entidad como los trastornos psiquiátricos son comunes en la población general puede existir un considerable solapamiento entre ellos. No se conoce bien la frecuencia de estos trastornos en los individuos que acuden a la consulta externa de un hospital de tercer nivel por sospecha de SAOS y qué relación pueda existir con determinados parámetros del sueño que típicamente se encuentran alterados en esta entidad.

Es conocido el escaso tiempo disponible en cualquier escalón asistencial, por lo cual la aplicación de un test de cribado facilita y ahorra costes y tiempo. El PRIME-MD (Primare Care Evaluation of Mental Disorders)[5] es un instrumento de detección de trastornos mentales basado en los criterios del DSM-IV[6]. Si las alteraciones psicopatológicas son más frecuentes en los enfermos con SAOS, debería reflejarse en un resultado distinto al cumplimentarse el cuestionario PRIME-MD. Sin embargo, este aspecto aún no ha sido estudiado en la población que acude a consulta por sospecha de trastornos respiratorios durante el sueño (TRS). Con este fin se diseña un trabajo prospectivo dirigido a estos pacientes con la intención de determinar si las alteraciones psicopatológicas, valoradas mediante un cuestionario, son más frecuentes en el grupo que padece SAOS.

PACIENTES Y MÉTODO

Durante un período de tiempo comprendido entre mayo y diciembre de 2001 fueron estudiados todos aquellos sujetos a los que se les realizó una polisomnografía (PSG) ante la sospecha de padecer un TRS.

Nuestra unidad de trastornos respiratorios del sueño (UTRS) depende funcionalmente del Servicio de Neumología y se ubica en un hospital universitario de tercer nivel. Atiende a una población de aproximadamente 800.000 personas, cuya principal actividad económica asienta en el área agrícola y de servicios.

Los pacientes fueron citados a la UTRS a través del servicio de cita previa del hospital. En la consulta externa se realizó una entrevista clínica con anamnesis general y específica para detectar trastornos durante el sueño. Se solicitaron, si es que no los aportaba el paciente, los parámetros analíticos básicos y una valoración funcional mediante gasometría arterial y espirometría. Tras la primera consulta fueron incluidos en el estudio todos aquellos sujetos a los que se les indicó una PSG diagnóstica.

Las variables de la PSG fueron registradas con un polisomnógrafo Compumedic sleep VS (Compumedic, sleep Ltd. Abbttsford. Australia). Se monitorizaron dos canales de electroencefalografía (C4/A1 y C3/A2), electrooculografía, electromiograma submentoniano y tibial anterior. La ventilación oro-nasal se estudió por medio de termosensores (triple thermistor airflowtermistor Compumedic, sleep Ltd. Abbttsford. Australia), e igualmente se registró la señal electrocardiográfica, micrófono traqueal, esfuerzo torácico y abdominal con bandas de impedancia (Compumedic, sleep Ltd. Abbttsford. Australia) y, mediante pulsioxímetro digital (Pulxox-7 Minolta, Co, Ltd. Japan) se determinó la saturación de oxígeno (SaO_2). Todos los estudios fue-

ron corregidos manualmente según las recomendaciones de Rechtschaffen y Kales[7].

Se consideró la presencia de apnea ante la ausencia de flujo oronasal de al menos 10 segundos de duración e hipopnea cuando se observó un descenso mínimo del 50% en la señal de flujo acompañada de una caída de un 4% en la SaO_2 con o sin arousal acompañante. Se estableció la presencia de un arousal como el cambio brusco en la frecuencia del EEG, que puede incluir ondas theta, alfa y/o frecuencias mayores a 16 hz, excluyendo husos del sueño, y de una duración superior a 3 segundos, siempre y cuando el paciente estuviese dormido antes y después del evento[8]. El índice de apnea-hipopnea (IAH) fue valorado en cada sujeto como el número total de apneas e hipopneas divididas por el número de horas de sueño. Se estableció un IAH igual o superior a 10 como anormal[9].

El diagnóstico de resistencia aumentada en la vía área superior (RAVAS) se estableció en aquellos pacientes que presentaban hipersomnia diurna y un índice de arousals respiratorios en la PSG superior a 15/hora de sueño. Para registrar el arousal respiratorio sin presión esofágica se requirió una disminución visible del flujo aéreo medido por termistor, sin llegar a ser apnea o hipopnea, y/o disminución de la amplitud del esfuerzo respiratorio (valorado por las señales de las bandas toracoabdominales) seguido de arousal[10].

Se consideró como hipoventilación no asociada a SAOS la constatación de desaturaciones nocturnas sin acompañarse de apneas o hipopneas obstructivas.

Cuando el motivo principal de consulta fue el ronquido y en la PSG no se demostraron apneas/hipopneas ni arousals respiratorios, el cuadro se catalogó como roncopatía simple.

El síndrome de movimiento periódico de piernas (PLM) se diagnosticó cuando el índice de PLM fue mayor de 10/hora y los PLM no se asociaron a eventos respiratorios.

En aquellos casos en los que el resultado de la PSG no estaba justificado por la existencia de enfermedad respiratoria o trastorno del sueño específico subyacente se catalogó el cuadro clínico como alteración del sueño de causa no respiratoria. Finalmente, se consideró un grupo sin trastornos del sueño en la PSG.

El PRIME-MD es un instrumento validado en castellano y capaz de detectar alteraciones somatomorfas, de depresión y ansiedad con una sensibilidad del 81% y una especificidad del 66%[11]. Las alteraciones psiquiátricas fueron establecidas utilizando la versión autoadministrada del PRIME-MD, que consta de un cuestionario que cumplimenta el propio paciente y una guía de evaluación para el médico. El cuestionario lo forman 25 preguntas de tipo si/no y examina cinco trastornos: de

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

NOMBRE: _____

SEXO: ☐ Varón ☐ Mujer **EDAD:** _____ **FECHA:** _____

ESTADO CIVIL:
- ☐ Soltero
- ☐ Casado / Vive en pareja
- ☐ Viudo
- ☐ Separado / Divorciado

NIVEL EDUCATIVO:
- ☐ Sin alfabetizar
- ☐ Sabe leer y escribir
- ☐ EGB / Estudios primarios
- ☐ BUP / FP1 - FP2
- ☐ FP3 / Diplomaturas Grado Medio
- ☐ Universitarios

INSTRUCCIONES: Este cuestionario facilitará la compresión de determinados problemas que puede que usted tenga. Es posible que sea necesario hacerle más preguntas sobre algunas de estas cuestiones. Por favor, asegúrese de marcar una opción para cada una de las preguntas.

Durante el **último mes** ha sufrido **a menudo** de...	SI	NO		SI	NO	Durante el **último mes**...	SI	NO
1. dolor de estómago	☐	☐	12. estreñimiento, vientre suelto o diarrea	☐	☐	21. ha tenido un ataque de ansiedad (sentir de repente miedo o pánico)	☐	☐
2. dolor de espalda	☐	☐	13. náuseas, gases o indigestión	☐	☐	22. ha pensado que debería beber menos alcohol	☐	☐
3. dolor en las piernas, brazos o articulaciones (rodillas, caderas etc.)	☐	☐	14. sentirse cansado o con poca energía	☐	☐	23. se ha quejado alguien de que usted bebe demasiado	☐	☐
4. dolor o molestias con la regla	☐	☐	15. dificultades para dormir	☐	☐	24. se ha sentido culpable o a disgusto por la bebida	☐	☐
5. dolor o dificultades durante el acto sexual	☐	☐	16. no poder controlarse con la comida	☐	☐	25. hubo algún día en el que haya bebido 5 o más cervezas, vinos o "copas".	☐	☐
6. dolor de cabeza	☐	☐	17. falta de interés o placer en las cosas	☐	☐	En general diría que su salud es:		
7. dolor de pecho	☐	☐	18. sentirse decaído, deprimido o desesperado	☐	☐	Excelente	☐	
8. mareos	☐	☐	19. "nervioso", ansioso o a punto de explotar	☐	☐	Muy buena	☐	
9. episodios de desmayo	☐	☐	20. preocupado por muchas cosas diferentes	☐	☐	Buena	☐	
10. sensación que el corazón le late más fuerte o más aprisa	☐	☐				Regular	☐	
11. sensación que le falta el aire	☐	☐				Mala	☐	

ánimo, ansiedad, conducta alimentaria, abuso de alcohol y alteraciones somatomorfas (apéndice). Se considera un resultado anormal si responde afirmativamente a tres o más preguntas de las 15 que exploran el área somatomorfa o a una pregunta en cualquiera de las restantes áreas.

En nuestro trabajo, tras obtener el consentimiento, el personal de enfermería de la UTRS hizo entrega al paciente del cuestionario con las instrucciones precisas para su cumplimentación. A continuación se realizó la PSG cuyo resultado clasificó a los sujetos en los distintos grupos de diagnóstico.

El protocolo de estudio fue aprobado por el comité de investigación del hospital y a todos los enfermos se les informó de la naturaleza del estudio y otorgaron su consentimiento.

Las variables principales fueron el resultado de la aplicación del cuestionario en cada una de las áreas y el diagnóstico derivado de la clínica del paciente y de la PSG. Las variables cuantitativas se expresaron como media (desviación estándar), y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje. En el tratamiento estadístico se utiliza la prueba Chi-cuadrado para el análisis de variables cualitativas y la T de Student para la comparación de las variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se realizaron 217 PSG diagnósticas de noche completa, aunque se excluyeron a 16 pacientes por mala cumplimentación del test. Por lo tanto la muestra consta de 201 casos, 167 hombres y 34 mujeres, con una edad media de 51 ± 11 años.

Tras la PSG , y en función de la clínica y el resultado polisomnográfico, los sujetos fueron diagnosticados de SAOS en 144 casos (72%), mientras que los restantes fueron: roncopatía simple en 22 (11%), RAVAS en 6 (3%), 5 pacientes con hipoventilación no asociada a SAOS (3%) y síndrome de movimiento periódico de piernas en 4 (2%). Hubo 13 casos (6%) que mostraron una alteración en la arquitectura del sueño sin causa respiratoria que lo justificase. En otros 7 (3%) no se detectó ninguna alteración en la PSG. El diagnóstico, así como algunos parámetros de la PSG (IAH, arousals/hora, T90 y saturación de oxígeno mínima) se detallan en la tabla 1.

Considerando el diagnóstico se valoró la relación entre el trastorno en cada una de las áreas psicopatológicas y la presencia de SAOS (tabla 2). Como se puede observar el porcentaje de alteraciones psicopatológicas es alto en cualquiera de los grupos, siendo el

TABLA 1
RESULTADOS GLOBALES DEL ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO

Diagnóstico	n (%)	IAH	Arousals	T90	Valor mínimo de SaO_2
SAOS	144 (72%)	47±25	50±25	21	73±13
Roncopatía simple	22 (11%)	4,5±3	16±7	0	86±5
RAVAS	6 (3%)	3,5±3	26±9	0	87±4
Hipoventilación no asociada a SAOS	5 (3%)	5±2	21±12	58	77±12
PLMS	4 (2%)	4±2	21±6	7	88±1
Alteración del sueño no respiratoria	13 (6%)	4±3	21±11	1	87±5
Ausencia de trastornos del sueño	7 (3%)	2±2	21±10	0	89±5
Total	201 (100%)	34±29	41±26	16	77±13

SAOS: Síndrome de apneas obstructivas durante el sueño. RAVAS: resistencia aumentada en la vía área superior. PLMS: Síndrome de movimiento periódico de piernas. IAH: índice de apnea-hipopnea. SaO_2: Saturación de O_2.

TABLA 2
TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y DIAGNÓSTICO DE SAOS

	Somatomorfa	Ánimo	Conducta Alimentaria	Ansiedad	Alcohol	Al menos un área
SAOS	100/142 (70%)	72/141 (51%)	58/141 (41%)	102/143 (71%)	70/139 (50%)	134/144 (93%)
NO SAOS	36/57 (63%)	25/57 (44%)	23/57 (40%)	41/57 (72%)	20/56 (36%)	51/57 (89%)
TOTAL	136/199 (68%)	97/198 (49%)	81/198 (41%)	143/200 (71%)	90/195 (46%)	185/201 (92%)
p	NS	NS	NS	NS	NS	NS

área más frecuentemente afectada la que examina los trastornos somatomorfos. Debido a que en esta área existen tres preguntas que son motivo común de consulta en la población estudiada, tales como "dificultades para dormir", "sensación que le falta el aire" o "sentirse cansado o poca energía", y asumiendo que la mayoría de los pacientes puedan contestar afirmativamente a estas cuestiones se analizó el resto de las preguntas estableciendo como afectación del área si además existían tres respuestas afirmativas, con esta modificación, el área somatomorfa se encontró alterada en el 63% (119/190) de los casos, sin embargo este resultado tampoco influye en el porcentaje de enfermos con afectación en al menos un área, que de esta forma es del 92%.

En un análisis más detallado se pudo comprobar que en 28 pacientes (14% del total) solo se detectó un trastorno, en 11 casos (39%) lo fue en el área relacionada con el abuso de alcohol, en 7 (25%) la que explora trastornos de ansiedad, y en el área sobre conducta alimentaria y somatomorfa en 5 (18%) ocasiones cada una de ellas.

Cuando se relacionó la severidad del SAOS, según el IAH, con las distintas áreas examinadas (tabla 3) no se alcanzó significación estadística en ninguna de ellas. Tampoco el índice de arousals/hora se asoció con una mayor frecuencia de trastornos psicopatológicos, tal y como se observa en la tabla 4.

A 39 de los pacientes del grupo con diagnóstico de SAOS se volvió a aplicar el cuestionario PRIME-MD tras un mes de tratamiento con CPAP sin encontrarse diferencias en ninguna de las áreas psicológicas estudiadas (tabla 5).

DISCUSIÓN

En una consulta específica de trastornos respiratorios del sueño, la utilización del cuestionario para el paciente del PRIME-MD capta un alto porcentaje de alteraciones psicopatológicas en pacientes con SAOS (93%), aunque no observa diferencia significativa respecto a los que no lo son.

Los trastornos neuropsiquiátricos son una patología frecuente en estudios realizados en el ámbito de atención primaria donde se presentan con una prevalencia del 36 al 53%[12-16], que asciende a un 81% cuando únicamente se empleó el cuestionario para el paciente[5]. En este contexto el PRIME-MD además de demostrar su eficacia como herramienta diagnóstica[17], muestra buena

TABLA 3
PACIENTES CON SAOS. TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS E IAH

	Áreas psicopatológicas afectadas											
	Somatomorfa		Ánimo		Conducta Alimentaria		Ansiedad		Alcohol		Al menos un área	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
IAH	47±25	46±28	49±26	45±25	47±24	46±27	46±25	49±27	47±26	47±26	46±25	53±30
p	NS		NS		NS		NS		NS		NS	

TABLA 4
PACIENTES CON SAOS. TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y AROUSALS

	Áreas psicopatológicas afectadas											
	Somatomorfa		Ánimo		Conducta Alimentaria		Ansiedad		Alcohol		Al menos un área	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
Aurosals/h.	49±26	50±26	41±25	41±27	47±22	51±27	40±25	43±27	43±25	39±27	40±25	50±36
p	NS		NS		NS		NS		NS		NS	

TABLA 5
PACIENTES CON SAOS. TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS TRAS TRATAMIENTO CON CPAP

	Áreas psicopatológicas afectadas				
	Somatomorfa	Ánimo	C. Alimentaria	Ansiedad	Alcohol
Pre-CPAP	56%	49%	36%	64%	45%
Post-CPAP	60%	49%	36%	64%	44%
p	NS	NS	NS	NS	NS

concordancia con la escala de Goldberg para detectar trastornos de ansiedad y ánimo[18]. Sin embargo, en el medio hospitalario son menos numerosos los trabajos realizados. Entre ellos se encuentran aquellos llevados a cabo en pacientes reumatológicos[19], en hipertensos[20] y en enfermos remitidos al neurólogo[21], que objetivan un porcentaje de enfermedades psiquiátricas que oscila entre el 40-51%.

En el SAOS de ha descrito una mayor frecuencia de trastornos psicopatológicos[3,4]. Sin embargo, nuestros resultados son muy superiores a los anteriormente mencionados, de tal forma que el cuestionario muestra alteración en un área como mínimo en el 93% de los enfermos. No obstante, este porcentaje conviene matizarlo ya que existen varias limitaciones en el estudio que hay que tener en cuenta. En primer lugar en nuestro trabajo se aplica sólo el cuestionario para el paciente del test PRIME-MD cuya finalidad es la de captar alteraciones psicopatológicas, que deben ser confirmadas mediante nueva entrevista médica, aunque este aspecto lógicamente consume tiempo, una media de 10 minutos por paciente, y requiere unos conocimientos mínimos en patología psiquiátrica. Por tanto, la prueba tiene una capacidad discriminativa limitada, lo que parece indicar la alta cantidad de casos "positivos" en los dos grupos. En segundo lugar, también diferentes trastornos del sueño como el síndrome de PLM y RAVAS presentan una mayor frecuencia de alteraciones psicopatológicas[1], lo que podría justificar el alto porcentaje de trastornos detectados en pacientes no diagnosticados de SAOS. En algunos estudios recientes se ha relacionado un IAH en torno a cinco con un riesgo aumentado de procesos cardiovasculares y cerebrovasculares[22], hipertensión arterial[23] y accidentes de tráfico[24]. Lo mismo podría ocurrir con los trastornos psicopatológicos. En nuestro trabajo, hemos encontrado en el grupo sin SAOS un IAH medio de 3,93 y desconocemos si esto influye en la alta prevalencia de alteraciones psicopatológicas en estos pacientes. Por otra parte, un número no despreciable de enfermos es enviado a la UTRS por hipersomnia diurna como síntoma predominante que, en algunos de los casos, es secundario a un trastorno depresivo que también puede alterar la arquitectura del sueño[25]. Lo expuesto anteriormente, explicaría que los resultados obtenidos en nuestra población no sean diferentes entre el grupo de SAOS y el no SAOS.

Una de las áreas más frecuentemente puntuadas fue aquella que valora las alteraciones somatomorfas (68%); sin embargo hay dos aspectos que hay que aclarar. Primeramente, el propio test sobreestima los trastornos somatomorfos cuando ha sido comparado con los resultados de una entrevista clínica estructurada mediante el "Cuestionario para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría"(SCAN)[26]. Por otro lado, el PRIME-MD es un instrumento diseñado para captar trastornos mentales en una población adulta en el entorno de Atención Primaria. Al estudiar a pacientes seleccionados por una enfermedad concreta o en un contexto distinto como es el hospitalario puede variar su rentabilidad diagnóstica. Así, algunas de las preguntas que componen el área somatomorfa son síntomas habituales en los pacientes que acuden a la consulta de TRS, lo que probablemente sobreestime el resultado. En un estudio realizado sobre 185 pacientes que fueron remitidos al reumatólogo[19], en el área somatomorfa se excluyeron dos síntomas que son comunes en las manifestaciones reumáticas como son el dolor de espalda y dolor en piernas o articulaciones con la finalidad de no sobrevalorar la alteración en esta área. En nuestro estudio, las preguntas que han obtenido una mayor puntuación en el área somatomorfa son las que hacen referencia a "sensación de que le falta el aire" (61%) y "sentirse cansado o con poca energía" (72%). En el resultado de la primera puede influir el hecho de tratarse de pacientes, en muchas ocasiones, seleccionados en la consulta de Neumología y con patología pulmonar de base. También el segundo de los ítem referidos pertenece al cuadro sindrómico de la mayoría de las alteraciones del sueño, entre ellas el SAOS y, por lo tanto, en la población estudiada[27]. Por último, otra de las preguntas que pudiera inducir a confusión es la 15 (ver apéndice), ya que la dificultad para dormir es uno de los síntomas habituales en los pacientes que son enviados al UTRS.

En el total de la muestra, únicamente se alteró un área en 28 pacientes (14%) y la más frecuente fue en 11 casos (39%) la relacionada con el abuso de alcohol; llama la atención este hecho, ya que en el análisis global de la muestra se encuentra en la cuarta posición (46% de los pacientes). Es probable que algunas preguntas planteadas en el test no constituyan un buen índice, por sí sólo, de abuso de alcohol en el entorno socio-cultural de la población estudiada. Los ajustes realizados en el área de trastornos somatomorfos y en la de abuso de alcohol para intentar aminorar estos sesgos, disminuyen el porcentaje de pacientes afectados en cada una de estas áreas, aunque no desciende de manera apreciable la proporción de individuos que tienen al menos un trastorno, de tal forma que solo cambia del 93 al 92%, por tanto, existe en la mayoría de los enfermos un resultado alterado en al menos una de las áreas que examinan la conducta alimentaria, depresión o ansiedad.

Determinados trastornos como la depresión y la ansiedad son comunes en enfermos con otras patologías respiratorias como la EPOC y han sido relacionados con la gravedad de la enfermedad[25]. En nuestro trabajo tampoco la severidad del SAOS, valorada por el IAH, se asoció a una mayor frecuencia de trastornos neuropsiquiátricos.

La característica desestructuración del sueño y la excesiva somnolencia diurna que origina el SAOS ha sido el mecanismo implicado en la mayor frecuencia de alteraciones psicopatológicas. Sin embargo, en nuestra población, aunque lógicamente se observó mayor afectación de la arquitectura y fragmentación del sueño en el grupo de SAOS, esto no se asoció con un resultado distinto en el cuestionario PRIME-MD. En la tabla 4 puede observarse que el índice arousals/hora tampoco se relacionó con una mayor alteración en determinada área psíquica. Sorprendentemente, tras la corrección del trastorno con CPAP no hemos encontrado mejoría en los resultados del cuestionario, lo que constituye uno de los resultados más relevantes del estudio.

Teniendo en cuenta las limitaciones anteriormente expuestas, el estudio presente contribuye a mostrar la elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes que acuden a consulta por sospecha de trastornos respiratorios del sueño. Sin embargo, es necesario profundizar más en este aspecto y diseñar estudios, en colaboración con salud mental, a fin de confirmar estos resultados y establecer el valor de un test de cribado para detectar alteraciones psicopatológicas en la población estudiada y contribuir a un manejo más adecuado de este tipo de enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. N Engl J Med 1993; 328:1230-5.
2. Durán J, Esnaola S, Rubio R, Iztueta A. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subject aged 30 to 70 yr. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163:685-89.
3. Borak J, Cieslicki JK, Koziej M, Matuszewski A, Zielinski J. Effects of CPAP treatment on psychological status in patients with severe obstructive sleep apnea. J Sleep Res 1996; 5:123-7.
4. Cheshire K, Engleman H, Deary I, Shapiro C, Douglas NJ. Factors impairing daytime performance in patients with sleep apnea/hypopnea syndrome. Arch Intern Med 1992; 152:538-41.
5. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA 1994; 272:1749-56.
6. American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
7. Rechtschaffen A, Kales A. A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Washington, DC: Government Printing Office; 1968. NIH Publication No.204.
8. EEG arousals: scoring rules and examples: a preliminary report from the Sleep Disorders Atlas Task Force of the American Sleep Disorders Association. Sleep 1992; 15:173-84.
9. Barbé F, Amilibia J, Capote F, Durán J, Mangado NG, Jiménez A et al. Diagnóstico del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño: informe de consenso del área de insuficiencia respiratoria y trastornos del sueño. Arch Bronconeumol 1995; 31:460-62.
10. Corral J, Masa JF, Martín MJ, Fernández A, Sojo A, Sánchez AM. Diagnóstico del síndrome de resistencia aumentada de la vía aérea superior sin sonda esofágica. Arch Bronconeumol 2001; (Supl.1): 28-9.
11. Baca E, Sáiz J, Agüera L, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos J et al. Validación de la versión española del PRIME-MD: un procedimiento para el diagnóstico de trastornos mentales en atención primaria. Actas Esp Psiquiatr 1999; 27:375-83.
12. Barret JE, Barret JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:1100-6.
13. Martínez Álvarez JM Marijuan Arcocha L, Retolaza Balsategui A, Duque Valencia A, Cascan Martín JM. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en El Centro de Salud de Basauri. Aten Primaria 1993; 11:127-32.
14. Baca Baldomero E, Sáiz Ruíz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. Aten Primaria 1999; 23:275-9.
15. Padierna Acero J, Gastain Sáens F, Díaz López P, Etxebeste Antón A. La morbilidad psiquiátrica en atención primaria: detección y derivación por el médico de familia. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1988; 7:21-9.
16. Rico Bodi L, Mora B. Morbilidad psiquiátrica en un centro de atención primaria. Detección y deri-

vación por el médico de familia. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1994; 14:217-34.
17. Valenstein M, Dalack G, Blow F, Figueroa S, Standiford C, Douglass A. Screening for psychiatric illness with a combined screening and diagnostic instrument. J Gen Intern Med 1997; 12:679-85.
18. Martínez Bernardos R, Baylín Larios A, Ortiz Jiménez MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. Aten Primaria 1999; 23:285-8.
19. O´Malley PG, Jackson JL, Kroenke K, Yoon K, Hornstein E, Dennis GJ. The value of screening for psychiatric disorders in rheumatology referrals. Arch Intern Med 1998; 158:2357-62.
20. Bensenor IM, Pereira AC, Tannuri AC, Valeri CM, Akashi D, Fucciolo DQ et al. Systemic arterial hypertension and psychiatric morbidity in the outpatient care setting of a tertiary hospital. Arq Neuropsiquiatr 1998; 56:406-11.
21. Carson AJ, Ringbauer B, MacKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Neurological disease, emotional disorder, and disability: they are related: a study of 300 consecutives new referrals to a neurology outpatient department. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 68:202-6.
22. Shahar E, Whitney CW, Redline S, Lee ET, Newman AB, Javier Nieto F et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study. Am J Respir Crit Care Med 2001 Jan; 163 (1): 19-25.
23. Nieto FJ, Young TB, Lind BK, Shahar E, Samet JM, Redline S, et al. Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study. Sleep Heart Health Study. JAMA 2000; 283: 1829-36.
24. Terán-Santos J, Jiménez-Gómez A, Cordero-Guevara J. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. Cooperative Group Burgos-Santander. N Engl J Med. 1999; 340: 847-51.
25. Bardwell WA, Moore P, Ancoli-Israel S, Dimsdale JE. Does obstructive sleep apnea confound sleep architecture findings in subjects with depressive symptoms?. Biol Psychiatry 2000; 48:1001-9.
26. Vázquez-Barquero JL, Gaite L, Artal Simón J, Arenal A, Herrera Castañedo S, Díez Manrique JF et al. Desarrollo y verificación de la entrevista psiquiátrica “Sistema SCAN” (“Cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría”). Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1994; 22:109-20.
27. Quintana E, Carmona C, Fuentes MA, Borja G, Sánchez A, Capote F. Comportamiento de las variables clínicas según el índice de apnea-hipopnea (IAH) en un grupo de hombres y mujeres con síndrome de apnea del sueño (SAS). Neumosur 2001; 13:87-8.
28. Light RW, Merrill EJ, Despars JA, Gordon GH, Mutalipassi LR. Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD. Relationship to functional capacity. Chest 1985; 87:35-8.