



## Reporte de caso

# Síndrome de apnea obstructiva del sueño en personas atendidas en consulta externa de psiquiatría: serie de casos



Nathalie Tamayo Martínez\* y Diego Rosselli Cock

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 4 de enero de 2016

Aceptado el 15 de agosto de 2016

On-line el 28 de septiembre de 2016

#### Palabras clave:

Síndrome de apnea obstructiva del sueño

Trastorno depresivo

Trastornos de ansiedad

Esquizofrenia

Trastorno afectivo bipolar

Reporte de casos

### R E S U M E N

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) se asocia a múltiples desenlaces negativos. Se ha propuesto que las personas con enfermedad mental están en mayor riesgo, en parte por sobrepeso y por las alteraciones del sueño asociadas con algunos medicamentos. Sin embargo, son pocos los estudios en esta población.

**Objetivo:** Describir a la población y el resultado de las polisomnografías solicitadas ante sospecha clínica en pacientes de consulta externa de una clínica psiquiátrica.

**Métodos:** Estudio descriptivo de una muestra de pacientes consecutivos atendidos entre 2012 y 2014.

**Resultados:** De los 58 pacientes de los que se solicitó polisomnografía, 52 (89%) presentaban SAOS. De estos, el 16% cursaba con obesidad y el 19% tomaba benzodiazepinas.

**Conclusiones:** Esta es una enfermedad que se debe tener en cuenta durante la evaluación clínica de los pacientes con enfermedad mental, dado que su presencia implica precaución al plantear el tratamiento farmacológico y hacer el seguimiento.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Obstructive sleep apnea syndrome in patients attending a psychiatry outpatient service: a case series

#### A B S T R A C T

**Background:** Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) is a condition associated with multiple negative outcomes. People with mental illness might be at increased risk of having it, given that medication given has adverse effects on weight and there are alterations in sleep associated with them; however, there are few studies in this population.

#### Keywords:

Obstructive sleep apnea syndrome

Depressive disorder

Anxiety disorders

\* Autor para correspondencia. Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Hospital Universitario San Ignacio. 2do piso, Cr 7 # 40-62, Bogotá, 11001000. Teléfono: +(1) 3208320 Ext 2802; fax: +(1) 3208320 Ext 2765.

Correo electrónico: nathalietamayo@gmail.com (N. Tamayo Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.007>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Schizophrenia  
Bipolar disorder  
Observational study

**Objective:** Describe the patients and the results of polysomnography ordered based on clinical symptoms in a psychiatric outpatient clinic between 2012 and 2014.

**Methods:** A case series in which medical records were evaluated.

**Results:** 58 patients who underwent polysomnography, 89% of them had OSAS, 16% were obese and 19% were been treated with benzodiazepines.

**Conclusions:** This is a condition that must be considered during the clinical evaluation of patients with mental illness, since its presence should make clinicians think about drug treatment and follow up.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El síndrome de apnea obstructiva de sueño (SAOS) se clasifica como un «trastorno del sueño relacionado con la respiración» y se caracteriza por el cierre repetitivo de la vía aérea superior durante el sueño, con disminución de la saturación arterial de oxígeno. El patrón de referencia para el diagnóstico es el polisomnograma y la gravedad se clasifica, según el número de eventos respiratorios de apneas e hipopneas por hora, en leve si hay entre 5 y 15 eventos más algún síntoma (como somnolencia excesiva, sueño no reparador, fatiga, insomnio, respirar con dificultad durante la noche, sensación de ahogo durante la noche, pausas respiratorias o ronquido ruidoso), moderado si hay más de 15 pero menos de 30 y grave con más de 30 eventos/h<sup>1</sup>.

Esta es una enfermedad de alta prevalencia, que se estima en un 4-8% de los adultos, con repercusiones negativas importantes en la calidad de vida y alta morbimortalidad asociada<sup>2-4</sup>. Aunque el SAOS se definió en los años setenta, hace unos 20 años se documentó su impacto negativo en la mortalidad y la calidad de vida. Estos pacientes tienen más riesgo de hipertensión arterial, resistencia a la insulina, diabetes mellitus, eventos coronarios, eventos cerebrovasculares, alteraciones cognoscitivas, complicaciones perioperatorias, mortalidad intrahospitalaria y mortalidad por cualquier causa, además de sufrir accidentes laborales y vehiculares<sup>5-7</sup>. En ello radica la importancia de hacer el diagnóstico e iniciar el tratamiento. Entre los factores de riesgo de SAOS, se encuentran la obesidad, el sexo masculino, la edad mayor de 50 años, la historia familiar, la obstrucción nasal, el consumo de alcohol o sedantes, el consumo de cigarrillos, el reflujo gastroesofágico, el hipotiroidismo y la acromegalia, entre otros<sup>8,9</sup>.

La asociación de SAOS con enfermedad mental y su curso, su pronóstico y su impacto se han estudiado poco. Se ha propuesto que las personas con enfermedad mental pueden estar en mayor riesgo de sufrirlo, lo cual se atribuye al aumento de peso relacionado con el uso de la mayoría de los antipsicóticos y los moduladores del ánimo, por la presencia de eventos respiratorios relacionados con el uso de medicamentos con efecto sedante y por los estilos de vida menos saludables<sup>10-14</sup>. Al realizar una búsqueda en PubMed con los términos MeSH “Depressive Disorder, Major” y “Sleep Apnea, Obstructive”, se encuentran 18 artículos, uno de los cuales halló que, según un estudio de una base de datos de

más de 2 millones de obesos, que los pacientes con SAOS tienen más riesgo de depresión (*odds ratio* [OR] = 1,85; intervalo de confianza [IC], 1,80-1,88;  $p < 0,001$ )<sup>15</sup>. Otro estudio evaluó a 53 personas con enfermedad coronaria y encontró similar prevalencia de depresión en pacientes con y sin SAOS<sup>16</sup>; el reducido tamaño de muestra no permite conclusiones definitivas. Una revisión sistemática más reciente halló una prevalencia de hasta el 69% de las personas con trastorno afectivo bipolar, pero con un alto riesgo de sesgo de selección<sup>17</sup>. Y en una revisión sistemática de la literatura sobre personas con enfermedad mental mayor, se ha encontrado una prevalencia de SAOS en personas con trastorno depresivo mayor del 36,3%, el 24,5% de los pacientes con trastorno afectivo bipolar y el 15,4% de aquellos con esquizofrenia; sin embargo, al revisar los artículos, en algunos de ellos se solicitaba la polisomnografía por sospecha de la enfermedad, como síntomas de somnolencia diurna, que pueden ser causados por la medicación, lo que puede generar sesgos para definir la verdadera prevalencia<sup>18</sup>. Incluso, en un reporte de personas mayores, el índice de apneas-hiponeas se asocia con peor funcionamiento cognitivo y mayor riesgo de demencia<sup>19,20</sup>.

El objetivo de este estudio es describir las características generales y los parámetros polisomnográficos de una muestra de pacientes que asisten a consulta externa de psiquiatría en una clínica psiquiátrica.

## Material y métodos

Este es un estudio descriptivo de una serie de pacientes consecutivos de los que se solicitó polisomnograma ante sospecha clínica de SAOS a una clínica psiquiátrica, que en consulta externa atiende aproximadamente a 5.000 pacientes adultos al mes, de EPS contributivas que en su mayoría cubren a personas que viven en el área urbana de Bogotá. Se tomaron los datos de la historia clínica de los pacientes que asistieron a consulta externa de psiquiatría entre 2012 y 2014. La información obtenida de las historias clínicas se organizó y se resumió en una tabla de Microsoft® Excel® 2013, en la que también se calcularon las medidas de resumen de los hallazgos con medidas de tendencia central y dispersión; el trabajo fue aprobado por el comité de ética de la institución y es una investigación sin riesgo, dado que se están tomando datos de la historia clínica y no se realiza ningún tipo de intervención ni de recolección de datos<sup>21</sup>.

**Tabla 1 – Características generales de los pacientes (n = 58)**

Mujeres	44 (76)
Edad (años)	61 (37-80) [53-65]
Índice de masa corporal	
< 25	19 (33)
25,0-29,9	26 (45)
30,0-34,9	9 (15)
> 35,0	4 (7)
Apneas/h	32 ± 22
SAOS (índice de apneas-hipopneas/h)	
Sin apnea	6 (10)
5-14 eventos más síntomas diurnos	10 (17)
15-30 eventos	14 (24)
Más de 30 eventos	28 (48)
Diagnósticos	
Trastornos de depresivos y de ansiedad	35 (58)
Trastorno afectivo bipolar	8 (13)
Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo	6 (10)
Trastornos del sueño	4 (7)
Deterioro cognoscitivo y enfermedad de Parkinson	4 (7)
Otros	3 (5)
Medicamentos recibidos	
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	25 (43)
Trazodona	16 (28)
Benzodiazepinas	11 (19)
Clozapina	10 (17)
Moduladores del afecto	9 (16)
Antipsicóticos típicos	3 (5)
Antipsicóticos atípicos	2 (3)
Antidepresivos duales	2 (3)
Hipnóticos no benzodiazepínicos	2 (3)
Antidepresivos tricíclicos	1 (2)

Los valores expresan n (%) o mediana (intervalo) [intervalo intercuartílico].

## Resultados

La tabla 1 presenta las características generales de la muestra, constituida por 58 adultos, con predominio femenino, la mitad de ellos con sobrepeso. Entre los hallazgos se encuentra que, en la escala de somnolencia de Epworth la mediana fue 7 (0-24) puntos, y 52 pacientes (89%) cumplían criterios diagnósticos de SAOS y los diagnósticos con que estos pacientes venían siendo manejados (algunos pacientes con más de un diagnóstico) y el resumen de los medicamentos que venían recibiendo; 16 (28%) recibían un medicamento, 25 (43%) recibían 2, 12 (20%) no recibían ninguno y los otros 5 (9%) recibían 3 o más. Los antidepresivos formulados en orden de frecuencia eran fluoxetina, sertralina, escitalopram, duloxetina, mirtazapina, amitriptilina y trazodona; las benzodiazepinas lorazepam, clonazepam y alprazolam, los moduladores del afecto carbonato de litio y ácido valproico, los antipsicóticos típicos haloperidol, levomepromazina y pipotiazina, los atípicos risperidona, aripiprazol y clozapina y los hipnóticos no benzodiazepínicos zolpidem.

## Discusión

Este estudio es una primera aproximación en el reconocimiento de la importancia de SAOS pacientes con enfermedad mental en Colombia. La estrategia de muestreo de los pacientes no permite el cálculo de la prevalencia de esta condición, dado que el polisomnograma se ordenó por la sospecha clínica de trastorno de sueño y, por lo tanto, esta no es representativa de la población con enfermedad mental. A pesar de esas limitaciones, es interesante que el 89% de la población a la que se solicitó el estudio polisomnográfico presentaba un índice de apneas-hipopneas de al menos 5 eventos/h asociados a síntomas diurnos<sup>1</sup>, y una baja proporción de ellos cursaba con obesidad (16%) o tomaba benzodiazepinas (19%). Estos resultados hay que interpretarlos con cautela, dado que la solicitud del examen se basó en los síntomas clínicos de esta y la población estudiada consistía en mujeres mayores con sobrepeso, que son factores asociados a esta enfermedad<sup>6</sup>.

Son pocos los estudios que han evaluado la prevalencia de SAOS en población con enfermedad mental, tienen muestras pequeñas y se basan, como en este caso, en polisomnograma solicitado ante la sospecha clínica, lo que hace que no sean representativos de las personas con enfermedad mental. Un estudio<sup>22</sup>, por ejemplo, encontró una prevalencia SAOS del 39% de una población de 51 pacientes con trastorno depresivo mayor, y otro estudio<sup>23</sup>, una prevalencia del 59% de los individuos con trastorno depresivo mayor o trastorno afectivo bipolar. En el único estudio que comparó a pacientes con varios diagnósticos<sup>10</sup> encontró una prevalencia de SAOS del 46% de los varones y el 58% de las mujeres con esquizofrenia, el 20% de los varones y el 3% de las mujeres con trastorno depresivo mayor y el 27% de los varones y el 15% de las mujeres con trastorno afectivo bipolar remitidos a polisomnografía ante sospecha de SAOS. Finalmente otro estudio<sup>24</sup> encontró una prevalencia del 21% de los pacientes con trastorno afectivo bipolar también remitidos a estudio polisomnográfico ante sospecha clínica.

## Conclusiones

El SAOS se debe tener en cuenta durante la evaluación clínica de los pacientes con enfermedad mental, dado que su presencia implica precaución al plantear el tratamiento farmacológico y hacer el seguimiento. Son pocos los estudios de este trastorno sobre población con enfermedad mental, pero parecer que la prevalencia es mayor que la reportada en población general.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

---

## Financiación

Este estudio no cuenta con financiación.

---

## Conflicto de intereses

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

---

## BIBLIOGRAFÍA

- Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 2009;5:263-76.
- Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine: expert consult premium edition. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2010.
- Kushida CA, editor. Obstructive sleep apnea: pathophysiology, comorbidities and consequences. 1.<sup>a</sup> ed. CRC Press; 2007.
- Ryan S, Taylor CT, McNicholas WT. Predictors of elevated nuclear factor-kappaB-dependent genes in obstructive sleep apnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006;174:824-30.
- Ejaz SM, Khawaja IS, Bhatia S, Hurwitz TD. Obstructive sleep apnea and depression: a review. *Innov Clin Neurosci.* 2011;8:17-25.
- Vozoris NT. Sleep apnea-plus: prevalence, risk factors, and association with cardiovascular diseases using United States population-level data. *Sleep Med.* 2012;13:637-44.
- Young T, Palta M, Dempsey J, Peppard PE, Nieto FJ, Hla KM. Burden of sleep apnea: rationale, design, and major findings of the Wisconsin Sleep Cohort study. *WMJ Off Publ State Med Soc Wis.* 2009;108:246-9.
- Al Lawati NM, Patel SR, Ayas NT. Epidemiology, risk factors, and consequences of obstructive sleep apnea and short sleep duration. *Prog Cardiovasc Dis.* 2009;51:285-93.
- Shepherd KL, James AL, Musk AW, Hunter ML, Hillman DR, Eastwood PR. Gastro-oesophageal reflux symptoms are related to the presence and severity of obstructive sleep apnoea. *J Sleep Res.* 2011;20 Pt 2:241-9.
- Winkelmann JW. Schizophrenia, obesity, and obstructive sleep apnea. *J Clin Psychiatry.* 2001;62:8-11.
- Alam A, Chengappa KNR, Ghinassi F. Screening for obstructive sleep apnea among individuals with severe mental illness at a primary care clinic. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34:660-4.
- Soreca I, Levenson J, Lotz M, Frank E, Kupfer DJ. Sleep apnea risk and clinical correlates in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2012;14:672-6.
- Forbus L, Kelly UA. Screening for obstructive sleep apnea in veterans seeking treatment of posttraumatic stress disorder. *ANS Adv Nurs Sci.* 2015;38:298-305.
- Annamalai A, Palmese LB, Chwastiak LA, Srihari VH, Tek C. High rates of obstructive sleep apnea symptoms among patients with schizophrenia. *Psychosomatics.* 2015;56:59-66.
- Babson KA, Del Re AC, Bonn-Miller MO, Woodward SH. The comorbidity of sleep apnea and mood, anxiety, and substance use disorders among obese military veterans within the Veterans Health Administration. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 2013;9:1253-8.
- Carney RM, Freedland KE, Duntley SP, Rich MW. Obstructive sleep apnea and major depressive disorder in cardiovascular disease. *Int J Cardiol.* 2011;149:283-4.
- Gupta MA, Simpson FC. Obstructive sleep apnea and psychiatric disorders: a systematic review. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 2015;11:165-75.
- Stubbs B, Vancampfort D, Veronese N, Solmi M, Gaughran F, Manu P, et al. The prevalence and predictors of obstructive sleep apnea in major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;197:259-67.
- Ramos AR, Tarraf W, Rundek T, Redline S, Wohlgemuth WK, Loredó JS, et al. Obstructive sleep apnea and neurocognitive function in a Hispanic/Latino population. *Neurology.* 2015;84:391-8.
- Chang W-P, Liu M-E, Chang W-C, Yang AC, Ku Y-C, Pai J-T, et al. Sleep apnea and the risk of dementia: a population-based 5-year follow-up study in Taiwan. *PloS One.* 2013;8:e78655.
- Resolución 8430. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud, República de Colombia; 1993.
- Ong JC, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Manber R. Frequency and predictors of obstructive sleep apnea among individuals with major depressive disorder and insomnia. *J Psychosom Res.* 2009;67:135-41.
- Hattori M, Kitajima T, Mekata T, Kanamori A, Imamura M, Sakakibara H, et al. Risk factors for obstructive sleep apnea syndrome screening in mood disorder patients. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63:385-91.
- Kelly T, Douglas L, Denmark L, Brasuell G, Lieberman DZ. The high prevalence of obstructive sleep apnea among patients with bipolar disorders. *J Affect Disord.* 2013;151:54-8.