

Calidad de vida con el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño

Quality of Life in Obstructive Sleep Apnea Syndrome

Recepción: 31/10/2015 | Aceptación: 16/11/2017

GINA LIZETH CASTELLANOS CARO

Universidad de La Sabana, Colombia

TATIANA LORENA MATIZ IBARRA^a

Universidad de La Sabana, Colombia

ALIRIO RODRIGO BASTIDAS GOYES

Universidad de La Sabana, Colombia

MARÍA ANGÉLICA BAZURTO

Universidad de La Sabana, Colombia

JUAN GABRIEL GARCÍA MANRIQUE

Universidad de La Sabana, Colombia

RESUMEN

El síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) tiene como mecanismo fundamental el fallo de la dilatación tónica de los músculos faríngeos durante el sueño. Su prevalencia se ha fijado entre el 2% y el 4% en mujeres y entre el 4% y el 8% en hombres. Esta patología, a su vez, eleva la presión arterial, aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, causa somnolencia excesiva y disminuye la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Aproximadamente, el 5% de la población general se ve afectada en su vida cotidiana por sufrir este trastorno. Por ello, es pertinente contar con instrumentos que midan de manera eficaz todos los aspectos involucrados en el SAHOS. En Colombia, no existe ninguna escala validada que evalúe la calidad de vida con el SAHOS; sin embargo, existen varios instrumentos con este fin, uno de los cuales es la Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI), validada en cuatro idiomas, incluido el español, pero aún no se ha hecho este proceso en el país, lo que probablemente implica una barrera lingüística y cultural a la hora de aplicarla.

Palabras clave

apnea del sueño; calidad de vida; estudios de validación; Colombia.

ABSTRACT

Obstructive sleep apnea (OSA) has as its fundamental mechanism the failure of tonic dilatation of the pharyngeal muscles during sleep. Its prevalence has been fixed between 2-4% in women and 4-8% in men. This pathology elevates blood pressure, increases the risk of cardiovascular and cerebrovascular disease, causes excessive drowsiness and decreases the quality of life of patients who are suffering it. Approximately, 5% of the general population is affected in their daily lives due to this disorder. Therefore, it is pertinent to have instruments that effectively measure every aspect involved in OSA. In Colombia, there is currently no validated scale that evaluates the quality of life in OSA; however, worldwide, there are several instruments useful in this topic; One of these

^a Correspondencia: tatyanamatiz@hotmail.com

Cómo citar: Castellanos Caro GL, Matiz Ibarra TL, Bastidas Goyes AR, Bazurto MA, García Manrique JG. Calidad de vida con el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño. Univ. Med. 2019;59(2). doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-2.apne>

is the Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI), which is validated in four languages, including Spanish, but has not yet been validated in our country, which probably involves a language and Cultural barrier at the time of application.

Keywords

sleep apnea; quality of life; validation studies; Colombia.

Introducción

El síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) se caracteriza por episodios recurrentes de colapso parcial o total (hipopnea o apnea) de la vía aérea superior, que durante el sueño causa hipoxemia, hipercapnia y fragmentación repetida (1,2,3). Clínicamente, estos cambios fisiopatológicos se reflejan en cansancio diurno permanente, cefalea, depresión, bajo rendimiento laboral y falta de concentración. Todo esto deteriora la calidad de vida de los pacientes que lo padecen (4,5). La prevalencia de este síndrome se ha incrementado en los últimos años (6,7,8,9,10), lo que lo ha convertido en un problema de salud pública (2,11). Además, el SAHOS está asociado con múltiples complicaciones de tipo cardiovascular, metabólico, psicosocial y en la calidad de vida (12,13).

Para la construcción del presente artículo se realizó una búsqueda de literatura científica en las bases de datos: ClinicalKey, Ovid, ProQuest, PubMed, ScienceDirect y SciELO.

El síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño y calidad de vida

Las manifestaciones más comunes del paciente con SAHOS son somnolencia diurna, roncopatía nocturna y despertares relacionados con sensación de ahogo o con el esfuerzo respiratorio (14); aunque también son frecuentes irritabilidad, dificultad para la concentración, afectación de la memoria, baja energía para las actividades diarias, cefalea crónica y síntomas depresivos (15). Además, en los pacientes con SAHOS hay un aumento a corto plazo en la accidentalidad laboral y automovilística (16). Todas estas condiciones se han visto relacionadas directamente con la calidad de vida

del paciente que padece SAHOS, y no solamente con alteraciones cardiovasculares y metabólicas (7,17).

Todos estos síntomas, sumados a los problemas de relación con la pareja, el aumento de riesgo en accidentes automovilísticos y las comorbilidades relacionadas, han hecho de esta condición una enfermedad con costos elevados y con gran impacto en la salud y calidad de vida (5), la cual se define como la representación del efecto funcional de una enfermedad y su tratamiento en la percepción del paciente (18).

El grado de afectación en la calidad de vida no es directamente proporcional a la severidad de la apnea (19), lo que resalta la importancia de cuantificar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida, sin que la severidad sea un marcador determinante. No obstante, el tratamiento sí se ha visto relacionado con la huella en la cotidianidad del paciente, motivo por el cual es necesario no solo medir el impacto en la calidad de vida causado por la enfermedad, sino por las medidas terapéuticas (18,20).

Escalas de medición de calidad de vida en el síndrome

La calidad de vida es uno de los puntos básicos a la hora de evaluar la atención en salud, pues es importante saber por qué se ve afectada, así como desarrollar instrumentos necesarios para poder medirla de manera objetiva.

Las herramientas o escalas se emplean para medir un fenómeno complejo no observable directamente; para realizarlo se descompone dicho fenómeno en grupos de sistemas o manifestaciones que son constantes, llamadas *dominios*, y mediante ítems se desarrolla una estrategia para medirlos (20).

Existen dos grupos diferentes de escalas para valorar la calidad de vida en personas que padecen el SAHOS: el primero comprende escalas genéricas, empleadas en otras enfermedades. Su utilidad radica en que pueden compararse varios tipos de patologías; sin embargo, al evaluar de manera específica una enfermedad como el SAHOS, se pierde

sensibilidad (4,18). Entre ellas se han utilizado la SF36, un cuestionario de 36 ítems que evalúa el funcionamiento físico, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social y enfermedad mental. Su ventaja es que se encuentra validada desde hace más de una década, así como su versión abreviada SF12 (21,22). Este cuestionario es el que más se usa en estudios para validar escalas específicas de calidad de vida. Existen otros tipos de escalas genéricas como son la Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile (SIP), The Functional Limitations Profile (FLP) y EuroQol (EQ-5D) que evalúan ítems similares a la previa, pero con respuestas dicotómicas entre sí o no, donde se puede perder información (4,15,18).

El segundo grupo de instrumentos para valorar calidad de vida en el SAHOS son los específicos, dentro de los cuales se encuentra el Functional Outcomes of Sleep Questionnaire (FOSQ). Este es un cuestionario autoadministrado, cuyo fin es medir el impacto de la somnolencia en las actividades diarias: alimentarse, limpiar la casa, realizar cálculos simples, concentrarse en una actividad, conducir, recordar datos, llevar a cabo actividades recreativas, productividad, interacción social y relaciones sexuales; sin embargo, el enfocarse e indagar por un síntoma en todas las actividades limita su utilización, a pesar de tener una buena validez (4,6,18).

El Obstructive Sleep Apnea Patient-Oriented Severity Index (OSAPOS) es un cuestionario basado en una entrevista semiestructurada que busca identificar las consecuencias físicas, funcionales y emocionales en el SAHOS, incluyendo su tratamiento. Consta de 32 preguntas que se califican de 0 a 5, según la magnitud del problema; sin embargo, no se ha documentado la reproducibilidad ni la consistencia interna (23).

El Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI) es un cuestionario también específico para el SAHOS que se encarga de medir dominios como funcionamiento diario, interacciones sociales, emocionales y síntomas; incluye como último dominio posibles eventos adversos al tratamiento, los cuales se evalúan por medio de escalas tipo Likert de 7 puntos, siendo 1

el de máxima deficiencia, y 7, el de no deficiencia. Esto permite al SAQLI ser más objetivo en la evaluación del paciente con SAHOS. Tales hallazgos fueron confirmados por la Organización Mundial de la Salud (24,25,26).

Los dominios considerados necesarios para evaluar el SAHOS se pueden resumir en seis (5):

Actividad diaria. Dentro del componente de funcionamiento diurno o sintomatología diurna se encuentra la mayor cantidad de coincidencias dentro de las escalas desarrolladas para medir calidad de vida relacionada con salud en pacientes con SAHOS (9). La hipersomnolia que genera la enfermedad afecta de manera importante a los pacientes. Todos los estudios desarrollados coinciden con que el sueño no reparador; la fatiga excesiva; las dificultades para permanecer despierto, con la memoria y para mantener la atención; el quedarse dormido de repente; el malestar general al despertar, y la falta de concentración afectan de manera significativa al paciente (14,16,27). Dentro de este dominio también se busca identificar la participación en actividades y la limitación en estas. Es evidente que los pacientes que padecen SAHOS se enfrentan a varios problemas en cuanto a la movilidad, el trabajo o involucrarse en actividades recreativas como el ejercicio u otras acciones relajantes (28).

Relaciones sociales. La percepción de un individuo de su contexto cultural o las relaciones que mantiene con la sociedad en cuanto a sus proyectos y expectativas son marcadores definitivos de bienestar (14). En los pacientes con SAHOS, la lucha contra el impulso de dormir todo el tiempo, la necesidad de siesta, la dificultad para mantenerse despierto durante la lectura, la actividad social, la conducción, la sensación de mayor esfuerzo para las actividades, así como mayores limitaciones para el rendimiento escolar y laboral marcan una limitante social importante (23).

Estado de ánimo. Se refiere a la sensación de impaciencia, siempre sintiéndose incapaz de reponer fuerzas, ansiedad o depresión, y una preocupación constante sobre su estado de salud (4,29). Además de las molestias sentidas por afectar el sueño de su pareja, la renuencia a

pasar la noche con amigos por los ronquidos, la falta de interés en salir y la preocupación por molestar a los demás causan aislamiento, así como limitación social y emocional (10).

Sintomatología. La sintomatología general y no solo la directamente relacionada, como la roncopatía, la fatiga excesiva o la somnolencia afectan al paciente, son causas adicionales de deterioro, incluyendo la cefalea crónica y el reflujo gastroesofágico, que aumenta con el SAHOS (15,30).

Síntomas relacionados con el tratamiento. Se ha estudiado ampliamente que menos del 50% de los pacientes con indicación de uso de presión positiva continua de la vía aérea tiene adecuada adherencia al tratamiento. Su uso no es óptimo, por la renuencia de los pacientes a este tipo de tratamientos, tiempo de uso y efectos secundarios (15,31,32). Este punto es fundamental, ya que es importante evaluar en cualquier patología los posibles efectos secundarios frente al tratamiento, que limiten la adherencia o sean perjudiciales para el paciente (33).

Impacto del tratamiento. Después de confirmar el diagnóstico y prescribir un tratamiento específico, es importante cuantificar qué impacto ha tenido en el paciente, respecto a la mejoría de los síntomas y bienestar general (11).

El instrumento más completo y ampliamente utilizado en el mundo es la escala SAQLI, que individualiza y tiene en cuenta los aspectos directos que afectan a los pacientes con esta enfermedad, además de incluir un dominio de respuesta al tratamiento y sus posibles efectos adversos, que ninguna de las otras escalas considera (6). La escala SAQLI está validada en varios idiomas, incluidos lituano, chino y el español; sin embargo, el idioma español utilizado en la Península Ibérica puede tener palabras fuera de nuestro dialecto, por lo que es necesario verificar su significado y entendimiento en países latinoamericanos (7,17). En Colombia no se cuenta con ninguna herramienta validada y adaptada a nuestro dialecto que permita medir la afectación de la calidad de vida de los pacientes con SAHOS, así como la respuesta al tratamiento.

Conclusión

La importancia de medir la calidad de vida deriva de que es dinámico y multidimensional la definición del concepto de salud. Está fundamentada en una proyección biopsicosocial del individuo, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, funcionalidad social y percepción. Debido a que en el SAHOS se afecta de forma crónica el sueño y hay múltiples alteraciones de tipo cardiovascular y neuropsiquiátricas, como depresión y disfunción cognitiva, es necesario tener herramientas que valoren la calidad de vida en este tipo de pacientes.

Dentro de los elementos existentes en la actualidad, la escala SAQLI es la más apropiada para evaluar diferentes ítems en calidad de vida, además de medir el impacto que tiene el tratamiento en ésta.

Referencias

1. Horacio G, Pallavidino C, Antinori M, Simonit MS, Gisela D, Rozas V. Síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño. Rev Posgrado la VIa Cátedra Med. 2008;180(1):12-20.
2. Jordan AS, McSharry DG. Adult obstructive sleep apnoea syndrome. J R Coll Physicians Lond. 2014;33(5):439-44.
3. Jorquera. J. Síndrome de apnea obstructiva del sueño. Boletín Esc Med UC, Pontif Univ Católica Chile. 2007;32(2):83-8.
4. Fundación Científica y Tecnológica (FUCYT). Apnea [Internet]. 2013;1:1-7. Disponible en: <http://www.fucyt.cl>.
5. Stucki A, Cieza A, Schuurmans MM, Ustun B, Stucki G, Gradinger F, et al. Content comparison of health-related quality of life instruments for obstructive sleep apnea. Sleep Med. 2008;9(2):199-206.
6. Williams C, Franic D. Pnd28 psychometric evaluation of obstructive sleep apnea specific health related quality of life instruments. Value Heal. 2007;10(3):A95.

7. Catalán P, Martínez A, Herrejón A, Martínez-García MÁ, Soler-Cataluña JJ, Román-Sánchez P, et al. Consistencia interna y validez de la versión española del cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome de apnea del sueño: Sleep Apnoea Quality of Life Index. *Arch Bronconeumol*. 2012;48(12):431-42.
8. Sampaio RS, Pereira MG, Winck JC. Adaptation of the sleep apnea quality of life index (SAQLI) to Portuguese obstructive sleep apnea syndrome patients. *Rev Port Pneumol*. 2012;18(4):166-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppnen.2012.02.003>.
9. Saddki N, Mohamad H, Mohd Yusof NI, Mohamad D, Mokhtar N, Wan Bakar WZ. Validity and reliability of the Malay version of sleep apnea quality of life index -- preliminary results. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2013;11(1):100. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3710083&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>.
10. Tufik S, Santos-Silva R, Taddei JA, Bittencourt LRA. Obstructive sleep apnea syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. *Sleep Med*. 2010;11(5):441-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2009.10.005>.
11. Gutierrez C, Brady P. Obstructive sleep apnea: a diagnostic and treatment guide. *J Fam Pract* [Internet]. 2013;62(10):565-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24143347>.
12. Parati G, Lombardi C, Hedner J, Bonsignore MR, Grote L, Tkacova R, et al. Position paper on the management of patients with obstructive sleep apnea and hypertension. *J Hypertens*. 2012;30(4):633-46.
13. Loke YK, Brown JW, Kwok CS, Niruban A, Myint PK. Association of obstructive sleep apnea with risk of serious cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012;5(5):720-8.
14. Kyle SD, Morgan K, Espie CA. Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Med Rev*. 2010;14(1):69-82.
15. Moroni L, Neri M, Lucioni AM, Filippini L, Bertolotti G. A new means of assessing the quality of life of patients with obstructive sleep apnea: The MOSAS questionnaire. *Sleep Med*. 2011;12(10):959-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2011.07.010>.
16. Dutt N, Janmeja AK, Mohapatra PR, Singh AK. Quality of life impairment in patients of obstructive sleep apnea and its relation with the severity of disease. *Lung India* [Internet]. 2013;30(4):289-94. Disponible en: 10.4103/0970-2113.120603 <http://ezproxy.umsl.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92749014&site=ehost-live&scope=site>.
17. Catalán P, Martínez A, Herrejón A, Chiner E, Martínez-García MÁ, Sancho-Chust JN, et al. Consistencia interna y validez de la versión española del cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome de apneas-hipopneas del sueño Quebec Sleep Questionnaire. *Arch Bronconeumol*. 2012;48(4):107-13.
18. Moyer CA, Sonnad SS, Garetz SL, Helman JJ, Chervin RD. Quality of life in obstructive sleep apnea: A systematic review of the literature. *Sleep Med*. 2001;2(6):477-91.
19. Marshall NS, Marshall NS, Wong KKH, Wong KKH, Liu PY, Liu PY, et al. Sleep apnea as an independent risk factor for all-cause mortality: the Busselton Health Study. *Sleep* [Internet]. 2008;31(8):1079-85. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18714779>.
20. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública*. 2004;6(3):302-18.
21. Vera Villarroel P, Silva J, Celis-Atenas K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Red Med Chile*. 2014;142(10):1275-83.

22. Ramírez-Vélez R, Agredo-Zúñiga RA, Jerez-Valderrama AM. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. *Rev Salud Pública.* 2011;12(5):807-19.
23. Lacasse Y, Godbout C, Series F. Health-related quality of life in obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J.* 2002;19(3):499-503.
24. Flemons WW, Reimer MA. Development of a disease-specific health-related quality of life questionnaire for sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158(2):494-503.
25. Flemons WW, Reimer MA. Measurement properties of the Calgary sleep apnea quality of life index. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;165(2):159-64.
26. Flemons WW. The Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI) Manual. 1999; 1-14.
27. Chica-Urzola HL, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth. *Rev Salud Pública.* 2007;9(4):558-67.
28. Elso TMJ, Brockmann VP, Zenteno AD. Consecuencias del síndrome de apnea obstructiva del sueño. *Rev Chil Pediatr.* 2013;84(2):128-37.
29. Lomelí HA, Pérez-Olmos I, Talero-Gutiérrez C, Moreno CB, González-Reyes R, Palacios L, et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2008;36(1):50-9.
30. Lloberes P, Durán-Cantolla J, Martínez-García MÁ, Marín JM, Ferrer A, Corral J, et al. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño. *Arch Bronconeumol.* 2011;47(3):143-56.
31. Ip S, D'Ambrosio C, Patel K, Obadan N, Kitsios GD, Chung M, et al. Auto-titrating versus fixed continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnea: a systematic review with meta-analyses. *Syst Rev [Internet].* 2012;1(1):20. Disponible en: <http://www.systematicreviewjournal.com/content/1/1/20>.
32. Bazurto MA, Herrera K, Vargas L, Dueñas E, González-García M. Factores subjetivos asociados a la no adherencia a la CPAP en pacientes con síndrome de apnea hipopnea de sueño. *Acta Médica Colomb.* 2013;38(2):71-5.
33. Smith I, Nadig V, Lasserson TJ. Educational, supportive and behavioural interventions to improve usage of continuous positive airway pressure machines for adults with obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2).