

ESTUDIO DEL SUEÑO

AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR EN SUJETOS TRATADOS CON CPAP NASAL

I. GARCÍA TALAVERA, M. MORICHE*, F. RÍO GARCÍA*, J. MUÑOZ, C. PRADOS*, M. VÁZQUEZ, S. DÍAZ, C. VILLASANTE, J. VILLAMOR y R. ÁLVAREZ-SALA.

Servicios de Neumología y *Oftalmología. Hospital La Paz. Universidad Autónoma. Madrid.

La CPAP nasal es hoy en día, posiblemente, el tratamiento de elección del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). Hasta la fecha, prácticamente no se han objetivado contraindicaciones en su aplicación.

Hipótesis: Si se demostrara que la CPAP nasal produce un incremento en la presión intraocular, este tratamiento podría estar contraindicado en ciertas patologías como en el glaucoma.

Objetivos: Estudiar las modificaciones de la presión intraocular tras el tratamiento con CPAP nasal en pacientes con y sin glaucoma.

Metodología: Hemos estudiado dos grupos de sujetos. Grupo I: 10 voluntarios sanos (6 hombres, 4 mujeres; edad media: $28,2 \pm 1,7$ años); grupo II: 10 enfermos con glaucoma (edad media: $52,6 \pm 15,4$ años). Se determinó la presión intraocular (PIO) mediante el tonómetro de aplanación de Goldman, antes e inmediatamente después de la aplicación de CPAP nasal a $12 \text{ cmH}_2\text{O}$ y durante 15 minutos. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el test de la t de Student para la comparación de medias pareadas.

Resultados

	PIO antes	PIO después	p
Grupo I	$13,60 \pm 2,75$	$14,70 \pm 2,21$	NS
Grupo II	$20,80 \pm 8,45$	$22,10 \pm 7,15$	NS
Grupo I + II	$17,20 \pm 7,14$	$18,40 \pm 6,40$	$p < 0,05$

Conclusiones: La CPAP nasal aumenta la PIO. Por ello, consideramos que podría estar contraindicada en pacientes con glaucoma.

Trabajo realizado con la ayuda de la beca FISS (89/0310).

ÍNDICES CEFALOMÉTRICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO

A. DE VEGA GÓMEZ, F. PAYO LOSA, M. CORRALES ZARAUZA y J. COBO*.

Servicio de Fisiología Respiratoria. I. Nacional de Silicosis y *Escuela de Estomatología. Universidad de Oviedo. Oviedo.

Las cefalometrías realizadas en pacientes con síndrome de apnea del sueño (SAS) tienen como finalidad la explo-

ración radiológica del espacio aéreo posterior, midiendo las líneas que relacionan la situación y longitud del paladar blando y la posición del hioides con respecto al plano mandibular y a las vértebras cervicales (C2, C3). Se han encontrado alteraciones de algunos parámetros craneométricos en pacientes con SAS. Uno de los factores que no se describe en estudios cefalométricos de estos pacientes es su patrón facial (dólico, meso o braquicefálico).

Objetivos: El objetivo del estudio es conocer, por medio del análisis de las cefalometrías, el patrón facial de nuestros pacientes con SAS.

Metodología: Se ha realizado una telerradiografía lateral de cráneo en 32 pacientes adultos diagnosticados de SAS mediante estudio polisomnográfico nocturno, con registro de señales EEG (A3C2, 44C1), EOG, EMG, movimientos toraco-abdominales (Respirace), pulsioximetría (Ohmeda), ECG y flujo nasal en un polígrafo (Medelec). Se midieron los índices cefalométricos de Ricketts, Steiner, Harvold y Mc Namara. Los parámetros obtenidos se comparan con los de un grupo control de 50 pacientes sin SAS.

Resultados: Los pacientes con SAS presentaban un índice de apnea hipopnea de 59/hora, despertares 42/hora y saturación media 87 %. Los valores medios de los índices cefalométricos obtenidos en pacientes con SAS son los siguientes:

Ángulos SNA = 70° , SNB = 83° y ANB = 4° ,
Eje facial = 94° , convexidad máxima = -6° ,
Arco Md = 43° , altura facial inferior = 55,
TM, Gn-TM, ENA = 42,

los cuales difieren significativamente del grupo control ($p < 0,05$).

Se observa un patrón facial dolicocefálico con mordida abierta anterior en el 38 % de los pacientes con SAS, frente a 14 % del grupo control. El retrognatismo mandibular absoluto tiene una prevalencia del 9 %, mucho menor que la del grupo control, 24 %.

Conclusiones: Se detecta una elevada prevalencia en pacientes con SAS del patrón facial dolicocefálico con mordida abierta anterior, con una baja prevalencia de retrognatismo mandibular verdadero, en contra de algunos trabajos, en los que el diagnóstico de retrognatismo en pacientes con SAS se basa, exclusivamente, en la disminución del ángulo SNB (falso retrognatismo).

ESTIMACIÓN DE LA VALIDEZ DIAGNÓSTICA DEL SISTEMA PORTÁTIL MESAM IV EN EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO (SAS)

J. DURÁN CANTOLLA y R. RUBIO ARAMENDI*.

Servicios de Neumología y *Neurofisiología. Hospital Txagorritxu. Vitoria.

Objetivos: Estimar la validez diagnóstica del sistema portátil denominado MESAM IV, sistema informatizado de análisis automático de las variaciones de la saturación de

oxígeno (IDO), las variaciones de la frecuencia cardíaca (VFC) y el índice de ronquidos (IR) en el diagnóstico del SAS.

Metodología: Se evalúan de forma consecutiva 22 pacientes (21 varones y una mujer; edad media 62 años, DE 10,2) enviados para estudio polisomnográfico (PLG) por sospecha clínica de SAS. A todos se les realizó, de forma simultánea, una PLG y el MESAM IV (tiempo medio de colocación 10 minutos). Los resultados fueron leídos de forma independiente y ciega y analizados para el rendimiento de una prueba diagnóstica.

Resultados: De los 22 pacientes estudiados, cinco no eran SAS por lo que la probabilidad preprueba (PP) fue de 0,77. El índice de Broca de las SAS fue de 125,1 (DE 22,1) y el índice de apnea/hipopnea (IAH) de 37,8 (DE 25,6). El estudio de la IDO se mostró como el más sensible (1) pero con una inaceptable especificidad (0,2), aunque la mayoría de los falsos positivos correspondieron a pacientes portadores de EPOC. Por otra parte, el condicionar el diagnóstico a la presencia de alteraciones conjuntas (más de 10 por hora de registro) en IDO, VFC e IR reducían la sensibilidad a 0,65 pero con una especificidad de 1. Finalmente, el análisis global del médico que interpretaba el registro, utilizando conteo manual, arrojó una sensibilidad de 1 y una especificidad de 0,8 (sólo hubo un falso positivo y se trataba de una EPOC).

Conclusiones: 1) El MESAM IV es un sistema portátil, de fácil colocación y lectura, que puede utilizarse en el domicilio y permite una primera aproximación diagnóstica, de forma que un resultado negativo hace altamente improbable un SAS. 2) Un resultado positivo no permite afirmar con seguridad que se trate de un SAS, aunque la mayoría de los falsos positivos serán pacientes EPOC. 3) Una serie más amplia podrá seleccionar mejor los pacientes de cara a un resultado positivo.

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA A TRAVÉS DE LA NARIZ EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

R. VÁZQUEZ OLIVA, S. CANO GÓMEZ, F. CAPOTE GIL, F. ORTEGA RUÍZ, R. AYERBE GARCÍA y J. CASTILLO GÓMEZ.

Servicio de Neumología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Valorar la acción de la presión positiva continua a través de la nariz (CPAPn) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

Material y métodos: Hemos estudiado a 17 pacientes varones de edad media de 57 ± 5 , peso medio de 104 ± 10 , BMI de 32 ± 4 , con obstrucción crónica al flujo aéreo (FEV_1/FVC 54 ± 6) y SAOS (índice de apnea-hipopnea: $34,9 \pm 15$). A todos ellos se practicó exploración funcional basal con espirometría, pletismografía con determinación de capacidad residual funcional (FRC) y resistencia de la vía aérea (RAW), patrón ventilatorio, presiones inspiratorias estáticas máximas medidas en boca a nivel de FRC (P_{Imax}) y determinación de gases arteriales en pacientes respirando a aire ambiente. Poste-

riormente se aplicó dispositivo de CPAPn Respironics Sleepeasy III nocturno a una presión que osciló entre 7,5 y 12,5 cmH₂O. Se practicaron controles sucesivos de los enfermos durante un tiempo medio de 15 meses (valores extremos: 2-42) determinándose las mismas pruebas funcionales que en condiciones basales.

Resultados: Durante el período de seguimiento, el peso disminuyó significativamente ($p < 0,009$), sin cambios significativos en el BMI. Se encontró un incremento significativo de la capacidad vital forzada (FVC) ($p < 0,03$), con descenso de FRC ($p < 0,04$) y volumen residual (RV) ($p < 0,02$) sin cambios significativos en capacidad pulmonar total. No se modificó el patrón ventilatorio ni los flujos espiratorios forzados, aunque la RAW experimentó un descenso significativo ($p < 0,04$). La P_{Imax} también se incrementó significativamente ($p < 0,04$). La PaCO₂ disminuyó significativamente ($p < 0,04$) y la PaO₂ sufrió un incremento no significativo ($p < 0,6$).

Conclusiones: 1) Creemos que el incremento de la FVC, P_{Imax}, con descenso de FRC, RV y PaCO₂ podría estar en relación con una mejoría de la función muscular respiratoria, posiblemente secundaria al efecto de la CPAPn y a la pérdida de peso. 2) No está claro el descenso de la RAW, aunque podría estar en relación con un aumento del diámetro de la vía aérea superior tras la pérdida de peso.

VOCALIZACIÓN EN PACIENTES CON EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA (SAO)

J.A. FIZ, J. ABAD, M. HARO, P. CAMINAL*, R. JANÉ y J. MORERA.
*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona e *Instituto de Cibernética UPC-CSIC, Barcelona.*

Estudiamos dieciocho hombres afectados de SAO (edad media $49 \pm 7,5$, BMI $33,6 \pm 7,6$) y diez sujetos normales como grupo control (edad media $46,7 \pm 6,2$, BMI $24,6 \pm 2,2$). Los resultados polisomnográficos de los pacientes con SAO fueron: tiempo total de sueño (TST) de $387,5 \pm 27,9$ min; estadio I: 21,5 (15,7 % TST); estadio II: 22,9 (19 % TST); estadios III y IV: 1,4 (0,2 % TST), estadio REM: 4 (1,7 % TST), saturación de O₂ inferior a 73,6 (11,4). Estudio de la vocalización: todos los sujetos emitieron las vocales españolas a través de un micrófono. Se realizaron cuatro maniobras para cada vocal para su posterior análisis. Se digitalizaron a 10.000 Hz segmentos de 512 puntos de la señal sonora, correspondientes a la maniobra de cada vocal. Se calculó la potencia del espectro para obtener los parámetros siguientes: frecuencia máxima (MF), número de armónicos y espectro de frecuencia media (MFS) para cada vocal.

Resultados: Hallamos diferencias significativas entre ambos grupos en la MF de la "i" 2650 (672) Hz de los controles, 425 (71,2) Hz de los pacientes con SAO, $p < 0,001$ y el número armónico 4,5 (1,2) del grupo control, 2,7 (1) Hz de los pacientes con SAO, $p < 0,01$ (con un test t para grupos no apareados, p significativa: $p < 0,01$).

Conclusiones: La vocalización en los pacientes afectados de SAO es diferente a los sujetos normales. La vocal "i" puede diferenciar estos pacientes de los sujetos normales.

EVALUACIÓN DE UN TEST DE SUEÑO SIMPLIFICADO

J. AMILIBIA, N. TALAYERO, M. PÉREZ, C. BADIOLA y V. SOBRADILLO.

Servicio de Neumología. Hospital de Cruces. Vizcaya.

Existe un interés creciente en conseguir tests sencillos que simplifiquen el diagnóstico de síndrome apnea de sueño (SAS). El problema reside en su fiabilidad.

Objetivo: Verificar la validez del test diurno simplificado (TDS) de sueño que se realiza en nuestro Servicio, comparándolo con la polisomnografía nocturna (PN).

Material y métodos: 15 pacientes con edad media $55 \pm 9,4$ años, con sospecha clínica de SAS. A todos ellos y en un intervalo inferior a 10 días, se les realizó un TDS y una PN en orden aleatorio. En el TDS, con una duración media de $2,76 \pm 0,8$ h se registraron movimientos torácicos y abdominales y sumatorio de ambos (Respirace) saturación de O_2 y control de ruidos laríngeos. En la PN, con una duración media de $6,44 \pm 1,0$ h se registró EEG, EOG, EMG, ECG, flujo nasobucal y movimientos torácicos y abdominales. Calculamos el índice de apnea (IA) y el índice de apnea-hipopnea (IAH) respecto al tiempo de test y respecto al tiempo de sueño en el TDS, comparándolos con el IA e IAH respecto al tiempo de sueño en la PN. Se consideró diagnóstico de SAS, IA ≥ 5 , IAH ≥ 10 , más de 30 apneas/noche (6 horas) o más de 60 hipopneas/noche.

Resultados: Se obtuvo diagnóstico de SAS en ambos tests en 11 casos. Hubo un caso que resultó negativo en las dos pruebas. En dos pacientes no se obtuvo diagnóstico de SAS con el TDS, pero sí con la PN. Un caso no fue válido por ausencia de sueño en la PN. En el TDS, el IA medio fue de $11,8 \pm 14,2$ cuando se calculó respecto al tiempo total de test, frente a un IA medio de $19,8 \pm 15,2$ en la PN. Esta diferencia es muy llamativa aunque no significativa estadísticamente. El IA medio en el TDS fue de $15 \pm 16,6$ y en la PN $19,8 \pm 15,2$ cuando se tomó en ambos tests el tiempo de sueño. El IAH fue significativamente mayor en la PN ($32,7 \pm 19,9$) que en el TDS ($20 \pm 15,5$) si en el TDS tomamos el tiempo total de test ($p < 0,05$).

Conclusiones: 1) El TDS fue concordante con la PN en la mayoría de los casos, en cuanto al diagnóstico de SAS (12/14 o 85,7 %). 2) Con sospecha clínica de SAS, si el TDS es negativo, hay que realizar PN. 3) El TDS no dio falsos positivos.

VALIDACIÓN DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO PARA LA CODIFICACIÓN DEL REGISTRO POLISOMNOGRÁFICO

J. CARDÚS, C. GISTAU, J.A. BARBERÀ, E. CHIMENO, J.M. MONTSERRAT, O. BIURRUN, J. ROCA, y R. RODRÍGUEZ-ROISIN.

Servei de Pneumologia. Hospital Clinic. Barcelona.

La complejidad de la polisomnografía nocturna reside, en parte, en su codificación e interpretación. En nuestro centro hemos desarrollado un programa informático de codificación del registro polisomnográfico a fin de homogeneizar la lectura del mismo y acortar el tiempo de análisis.

El propósito del presente estudio ha sido evaluar si dicho sistema semiautomático cumple estos objetivos. El programa está escrito en lenguaje Turbo C, ocupa 255 Kb de memoria y puede ser utilizado en ordenadores IBM compatibles. El funcionamiento del programa consiste en introducir de forma secuencial: 1) las fases de sueño y los despertares transitorios, 2) las apneas, sus tipos y las desaturaciones de la oxihemoglobina y 3) las mioclonias. Una vez introducidos estos datos, el programa los graba en un disco magnético y proporciona un informe escrito y gráfico de los siguientes parámetros: 1) estadios de sueño, 2) número y características de las apneas, 3) presencia de desaturaciones de la oxihemoglobina, y 4) otros fenómenos (despertares transitorios, mioclonias, así como las variables derivadas de estos parámetros). Con estos datos se crea un fichero numérico (ASCII) utilizable en las hojas de cálculo más comunes. Con el fin de analizar la validez y eficiencia del programa, dos técnicos expertos en polisomnografía codificaron los registros polisomnográficos realizados a cinco pacientes. La codificación se hizo de forma manual y utilizando el sistema semiautomático. Se analizaron los siguientes parámetros: 1) tiempo de codificación, 2) tiempo total de sueño, 3) tiempo de sueño REM, y 4) número de apneas, utilizando cada uno de los dos procedimientos. El tiempo de codificación semiautomática ($74,4 \pm 18,4$ min) fue inferior al manual ($104,9 \pm 16,1$ min) ($p = 0,005$, test de Wilcoxon). El tiempo de sueño contabilizado manualmente ($285,8 \pm 16,9$ min) fue ligeramente inferior al contabilizado mediante el programa ($294,5 \pm 26,2$ min, $p = 0,032$), diferencia explicable por una mayor exactitud cuando se utiliza el programa informático. No se observaron diferencias entre los dos técnicos en la codificación manual ni en la realizada mediante el programa (test de Mann-Whitney). De estos resultados concluimos que el programa informático: 1) permite un ahorro considerable de tiempo en la codificación de la polisomnografía, 2) contribuye a un aumento de la homogeneización de la lectura del registro, 3) facilita la interpretación de los resultados, y 4) permite el tratamiento adicional de los datos utilizando hojas de cálculo.

Financiado parcialmente por FIS 91/0296.

PACIENTES AFECTOS DE SÍNDROME DE APNEAS DEL SUEÑO (SAS) E HIPERCAPNIA. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS

G. SAMPOL, X. MUÑOZ, J.M. BOFILL, A. ROCA, J. PEDRO-BOTET, J. FERRER, M.T. SAGALÉS* y F. MORELL.

*Servicios de Neumología y *Neurofisiología. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.*

El SAS incluye un conjunto heterogéneo de pacientes según su presentación clínica. Una de las características más remarcadas en las primeras descripciones del síndrome fue la retención crónica de CO_2 . Para conocer su prevalencia y las características clínicas de los pacientes que la presentan hemos estudiado de forma prospectiva 104 enfermos consecutivos diagnosticados de esta patología.

Resultados

	PaCO ₂ < 45	PaCO ₂ ≥ 45	p
a) Características generales			
N.º (%)	92 (88,4 %)	12 (11,6 %)	
Edad	52,6 (9,5)	58 (8,9)	NS
Hombres/Mujeres	82/10	7/5	< 0,01
Sobrepeso	17,5 % (15,3)	30 % (22,7)	NS
Cef. matutina	22	4	NS
b) Características funcionales			
FVC	95 % (15,3)	73 % (21,2)	< 0,001
FEV ₁	94,2 % (2)	59,7 % (19,4)	< 0,001
FEV ₁ %	77 %	62,8 %	< 0,01
TLC	105 % (13,6)	111 % (26,2)	NS
VR	125 % (28,8)	173 % (49,6)	< 0,01
PO ₂	85,6 (10,9)	60,4 (13,3)	< 0,001
PCO ₂	37,6 (3,1)	48,9 (4,7)	< 0,001
c) Características polisomnográficas			
Índice apnea-hipoapnea/h	50 (25)	40,5 (25,4)	NS
Tiempo de apnea-hipop.	27,8 % (17,5)	18,6 % (14,5)	NS
Desaturación máxima	22,4 % (13,2)	33,2 % (14,2)	< 0,05

Conclusiones: Nuestros resultados orientan hacia que la hipercapnia es una característica de una minoría de pacientes con SAS en los que hallamos una mayor alteración del funcionalismo pulmonar, frecuentemente de tipo obstructivo. La polisomnografía no muestra una mayor frecuencia ni duración de los fenómenos obstructivos de las vías aéreas superiores en los pacientes hipercápnicos.

PAPEL DE LA PULSIOXIMETRÍA NOCTURNA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

A. MARÍN, J.J. SUCH y A. FERRER.

Servei de Pneumologia. Hospital de Sabadell. Universitat Autònoma de Barcelona.

Aunque el método de referencia para el diagnóstico del síndrome de apneas durante el sueño (SAS) es la polisomnografía nocturna, su elevado coste, la escasez de centros con infraestructura adecuada y la creciente afluencia de pacientes con SAS precisa métodos más sencillos como la pulsioximetría nocturna, que posee una elevada especificidad en el diagnóstico del SAS (Chest 1991; 100:631-635, Chest 1991; 99:1.151-1.157, ARRD 1988; 137:1.238-1.240). Desde noviembre de 1990 hasta diciembre de 1991 hemos evaluado mediante oximetría nocturna a 108 pacientes con posibles trastornos respiratorios durante el sueño (90 enfermos roncadores con sospecha de SAS y 14 enfermos con EPOC y sospecha de desaturación nocturna). Se ha realizado un registro nocturno durante 7-8 horas en una habitación individual con un pulsioxímetro Ohmeda 3700e cuya información almacenada en memoria se ha analizado con un ordenador

personal. Se ha evaluado el número de desaturaciones (disminución de la saturación de la oxihemoglobina [SaO₂] > 4 % respecto al valor basal) y la morfología de las mismas, con lo que se han establecido 4 patrones: 1) SAS (rápida disminución de la SaO₂ con brusco ascenso de la misma); 2) *hipoventilación* (disminución lenta y sostenida de la SaO₂); 3) *indeterminado*; y 4) *registro normal*. De los 90 pacientes con sospecha de SAS, 57 presentaron una morfología de SAS, 27 un registro normal y 10 un registro indeterminado. Los 14 enfermos con EPOC y sospecha de desaturación mostraron patrón de hipoventilación. De los 57 pacientes con SAS, 14 fueron sometidos a tratamiento conservador (dieta), 41 fueron tratados mediante CPAP nasal (5 de ellos junto a oxígeno por insuficiencia respiratoria concomitante) y dos con oxigenoterapia (por intolerancia de la CPAP nasal). Asimismo, 13 de los 14 pacientes con EPOC y desaturación fueron tratados con oxigenoterapia nocturna. En todos los casos se confirmó mediante nueva oximetría la eficacia del tratamiento instaurado. En nuestra serie, la pulsioximetría nocturna nos ha aportado un diagnóstico positivo en el 66 % de los pacientes estudiados (71 de 108) y nos ha permitido evaluar la eficacia del tratamiento con CPAP nasal y/o oxígeno en todos ellos. En el 33 % restante (con resultados indeterminados o negativos) se ha realizado o se deberá realizar polisomnografía ya que los resultados negativos no excluyen el diagnóstico de SAS. Nuestros resultados apoyan que desde un punto de vista asistencial, y ante la imposibilidad de realizar polisomnografía a todos los pacientes con sospecha de trastornos respiratorios durante el sueño, es lícito utilizar la pulsioximetría nocturna para establecer el diagnóstico de SAS, así como para ajustar el nivel de presión de CPAP nasal y evaluar la eficacia de la oxigenoterapia nocturna, reservando la polisomnografía para los casos con sospecha clínica y pulsioximetría negativa o dudosa.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DURANTE EL SUEÑO

O. BIURRÚN, J.A. BARBERÀ, A. MORELLO, J. ROCA, J. CARDÚS, J.M. MONTSERRAT, J. SANTAMARIA, J. TRESSERRA y R. RODRÍGUEZ-ROISIN.

Serveis de Pneumologia, Neurologia i ORL. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona.

Con el objetivo de evaluar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico ORL del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño (SAOS), se analizaron los resultados de 13 varones (44 ± 7,8 [DE] años) con SAOS. Doce de ellos presentaban obstrucción orofaríngea con paso aéreo posterior > 5 mm, sin malformaciones maxilomandibulares. En el caso restante, la cirugía se indicó por intolerancia de la CPAP, a pesar de presentar obstrucción hipofaríngea. Se efectuó úvulopalatofaringoplastia (UPPP) aislada (1 caso) o junto con cirugía nasal (12 casos). Las pruebas pre y postquirúrgicas (3-6 m) consistieron en: 1) exploración ORL, 2) rinomanometría, 3) cefalometría y 4) polisomnografía. La estancia hospitalaria fue de 6,8 ± 0,4 días. Se registró una hemorragia postquirúrgica que se controló con taponamiento y un caso de granuloma traqueal que remitió con corticoides orales. Después de la cirugía, la somnolencia diurna desapareció en 10 pacientes, mejoró en uno y persistió en

los dos restantes. La ronquera desapareció en 10 pacientes y mejoró en tres. Se demostró una disminución del índice apnea-hipopnea/hora de sueño (IAH, de 72 ± 33 a 31 ± 22) ($p < 0,01$) y una mejoría del número e intensidad de las desaturaciones. La SaO_2 aumentó de $88 \pm 7\%$ a $94 \pm 4\%$ ($p < 0,01$) y el % de tiempo con $\text{SaO}_2 < 85\%$ se redujo del $30 \pm 31\%$ al $8 \pm 15,6\%$ ($p < 0,03$). En cinco de estos pacientes (38 %), el IAH disminuyó menos del 50 % (de 61 ± 23 a 49 ± 19) y no se observaron cambios significativos en la distribución de los valores de SaO_2 durante el sueño. Estos resultados indican una buena tolerancia y baja morbilidad de este tipo de cirugía ORL en nuestro medio, junto con una mejoría de los síntomas y de los resultados del estudio polisomnográfico en una mayoría de pacientes (62 %). Sin embargo, para establecer el papel de la cirugía dentro de la estrategia terapéutica del SAOS resulta esencial una mejor delimitación de los criterios de indicación quirúrgica.

Financiado por FIS 90/0296.

COMPOSICION CUANTITATIVA: Nedocromil sódico(D.C.I). 2,00 mg/inhalación. Sacarina Sódica. 0,05 mg/inhalación

INDICACIONES: Tratamiento profiláctico de la Enfermedad Obstructiva Reversible de las vías respiratorias (ROAD), la que incluye: Asma bronquial extrínseca o intrínseca. Bronquitis asmáticas. Asma de aparición tardía. Asma inducida por ejercicio. Broncoespasmo provocado por diversos estímulos (aire frío,alergenos inhalados, contaminantes atmosféricos y otras sustancias irritantes). Tratamiento concomitante en la Enfermedad Obstructiva Reversible de las vías respiratorias, con todos los demás medicamentos utilizados en este proceso. En muchos casos la acción terapéutica de Nedocromil sódico hace posible eliminar o reducir los otros medicamentos. Está indicado para su uso diario regular y no debe utilizarse como tratamiento sintomático en los ataques agudos. El Nedocromil sódico puede ser asociado a otros tratamientos antiastmáticos, lo que permite en ocasiones una reducción de las dosis utilizadas.

DOSIFICACION: Adultos y niños mayores de 6 años. Dosis habitual : Dos inhalaciones (2 mg. x 2), dos veces al día (8 mg/día). Esta dosificación puede aumentarse hasta dos inhalaciones (2 mg. x 2),cuatro veces al día (16 mg/día). Como dosis inicial se recomienda la dosis mínima.

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES: No hay contraindicaciones específicas. Aunque los estudios en animales gestantes han demostrado la inocuidad del Nedocromil sódico, no se recomienda su administración durante el primer trimestre de embarazo.

INCOMPATIBILIDADES E INTERACCIONES: No se han descrito incompatibilidades con otros fármacos, pudiendo ser utilizado en terapia combinada con los medicamentos habituales en el tratamiento de la obstrucción bronquial.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Se han presentado pocos efectos secundarios. La aparición de dolor de cabeza y náuseas en algunos pacientes suelen ser leves y transitorios.

INTOXICACIONES Y SU TRATAMIENTO: Los estudios en animales y en el hombre no han evidenciado toxicidad incluso a altas dosis. Por lo tanto, es improbable la aparición de toxicidad por sobredosificación. No obstante, si se sospechase una sobredosificación , el tratamiento debe ser sintomático.

CONDICIONES DE CONSERVACION Y SEGURIDAD: Conservar a temperatura inferior a 30° C. No exponerlo directamente al sol. Mantenerlo alejado del calor.No perforar el envase o arrojarlo al fuego aunque esté vacío.

PRESENTACION P.V.P. I.V.A. : Aerosol conteniendo 224 mg. de Nedocromil sódico (112 inhalaciones). 4.468 ptas.



TILAD®