



- ◆ Trabajo realizado por el equipo de la Biblioteca Digital de la Fundación Universitaria San Pablo-CEU
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 del T.R.L.P.I. (Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 12 abril 1996)

RESULTADOS

OSCAR A. BUEZO

Para una mejor comprensión, expresamos los resultados en forma de gráficos con sus porcentajes respectivos. Los resultados actuales de todos los pacientes que hemos intervenido hasta ahora son extrapolables a los expuestos en este capítulo, con escasas diferencias.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Completaron los dos protocolos 250 pacientes que hemos distribuido en dos grupos:

- Grupo A: Constituido por pacientes que padecen roncopatía crónica (RC) y han sido sometidos a PPPL (224 casos).
- Grupo B: Constituido por pacientes que padecen el síndrome de las apneas obstructivas durante el sueño (SAOS) y que han sido sometidos a PPPL (26 casos).

Hemos aplicado a los resultados estadísticos los análisis mencionados en el capítulo anterior, y citamos sólo los estudios comparativos que consideramos más importantes.

- Protocolo 1: Diagnóstico de las RC y del SAOS:
 - Comparación del grupo A: Roncopatía crónica con todas las variables.
 - Comparación con el grupo B: Síndrome de las apneas obstructivas del sueño con todas las variables.
- Protocolo 2: Tratamiento quirúrgico de las RC y del SAOS con la palatofaringoplastia con láser CO₂:
 - Comparación de los resultados con todas las variables investigadas en los tres grupos.

En las figuras encontraremos los dos grupos A y B mencionados anteriormente.

DIAGNOSTICO DE LAS RC Y DEL SAOS

En relación con los parámetros antropométricos

Véanse Figuras 7-1, 7-2 y 7-3.

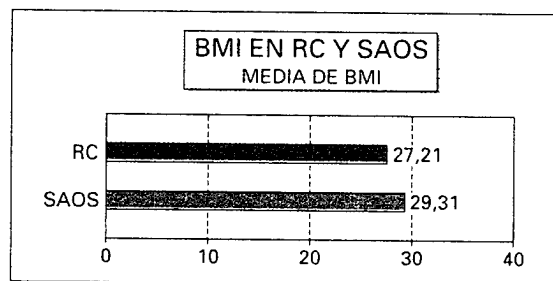


Figura 7-1. La media de BMI de los roncópatas crónicos es de 27,21%, y el de los pacientes con SAOS es de 29,31%, lo que indica un porcentaje de BMI alto en comparación con otras series publicadas. Justificamos la diferencia por la benignidad de la PPPL.

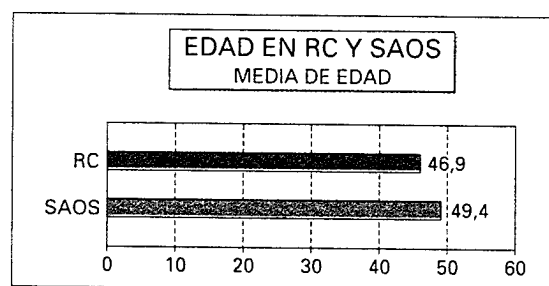


Figura 7-2. Los parámetros de edad no son significativos.

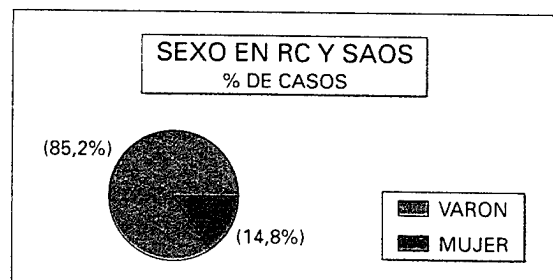


Figura 7-3. Los parámetros de sexo no son significativos.

En relación con el interrogatorio

El 58,04% de los roncópatas crónicos y el 50% de los pacientes con SAOS manifiestan que tienen antecedentes familiares de roncopatía importante o de apneas, lo cual refuerza el factor genético-constitucional como etiolo-

gía de estas enfermedades. No obstante, consideramos que el porcentaje real de antecedentes familiares de este tipo es mayor y no es relatado por el paciente o su pareja por no haberse detectado o, en pocos casos, por considerarse tabú comentar los ronquidos de un familiar.

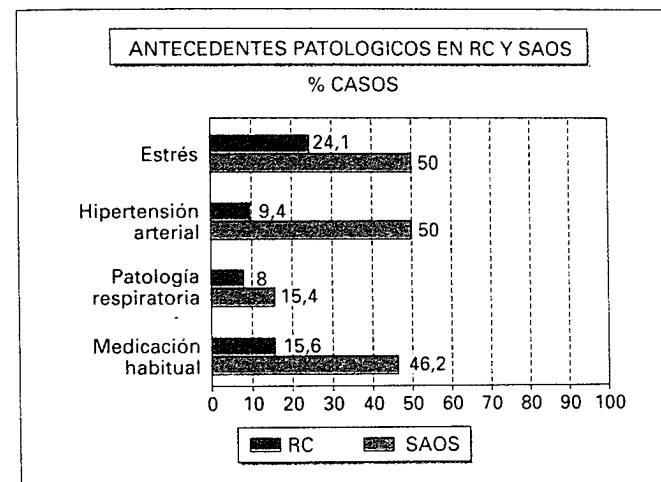
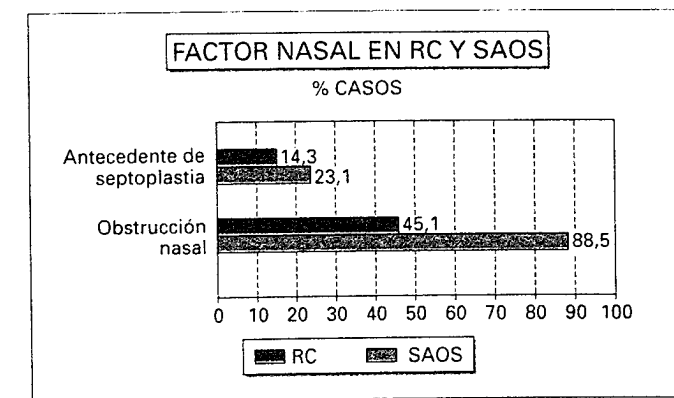


Figura 7-4. Existe una diferencia importante entre el grupo de RC y el de SAOS, sobre todo en cuatro variables de los antecedentes patológicos, que son claramente más frecuentes en el grupo del SAOS. El estrés se presenta en el 24,1% del grupo RC y en el 50,0% del grupo SAOS. Hay hipertensión arterial en el 9,4% de los RC, frente a un 50,0% de los SAOS. Tienen trastornos respiratorios el 8,0% de los RC y el 15,4% de los pacientes con SAOS. El 15,6% de los RC toman medicación con frecuencia, frente al 46,2% de los pacientes con SAOS, lo que denota el deterioro de la salud de los miembros de este último grupo.

Figura 7-5. Destaca que el 14,3% de los roncópatas crónicos y el 23,1% de los pacientes con SAOS hayan sido intervenidos de septoplastia, manifiestan obstrucción nasal en el 45,1% de los RC y el 88,5% de los SAOS, lo que demuestra una vez más la presencia del trastorno de la permeabilidad nasal como factor coadyuvante o desencadenante.



Hallazgos en el interrogatorio: síntomas en los dos grupos

Es muy significativa la frecuencia de los síntomas diurnos y nocturnos en los dos grupos, lo que indica claramente que no se trata de síntomas aislados, sino de enfermedades con muchos síntomas. Es evidente que existen muchos más síntomas en el SAOS que en la RC.

Hallazgos en el interrogatorio: el ronquido y sus características principales

El ronquido se presenta en el 100,0% de la población, tanto en la de roncópatas crónicos como en la de SAOS.

Hemos considerado el parámetro ronquido continuo cuando este se presenta continuamente durante todas las horas de sueño o cuando alterna con apneas. Se observa en el 100,0% de los pacientes de ambos grupos.

Clasificación del ronquido según la intensidad y la repercusión en el entorno del paciente

La intensidad del ronquido y las molestias que causa son los principales motivos por los que acude el paciente a consulta en busca de soluciones.

Como decíamos en el Capítulo 6, hemos utilizado una escala de nuestra creación, basada en la intensidad del ronquido y las molestias que

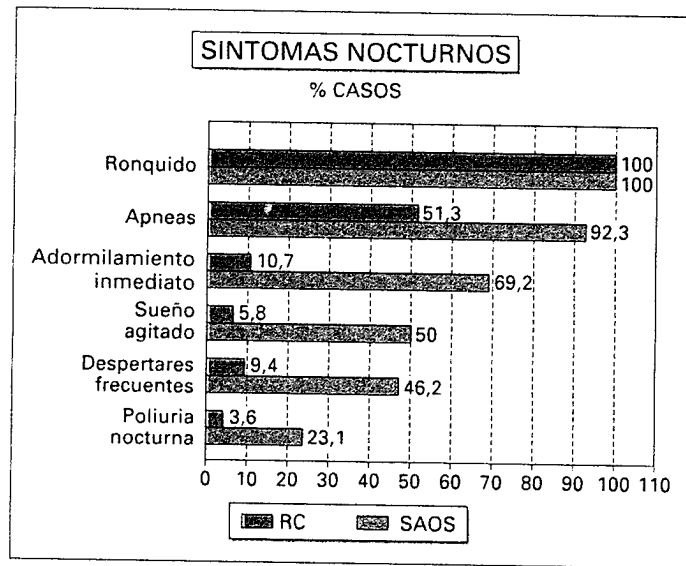


Figura 7-6. Síntomas nocturnos. El 10,7% de los pacientes con RC refieren adormilamiento inmediato, frente al 69,2% de los pacientes con SAOS. Para nosotros es un síntoma muy indicativo del SAOS y que debe hacer pensar en la búsqueda de su diagnóstico. Hemos considerado este síntoma como positivo cuando el paciente se duerme antes de 5 minutos de estar en la cama. En no pocas ocasiones, relatan adormilamientos inmediatos, incluso antes de desvestirse. Hay ronquido en el 100,0% de los casos de los dos grupos de RC y SAOS y es el síntoma princeps para los pacientes y el motivo de consulta de la gran mayoría de ellos. El interrogatorio de las apneas es difícil, puesto que primero hay que explicar al paciente y su acompañante en qué consiste este síntoma. Muchos acompañantes no precisan claramente si se producen o indican que lo ignoran. Hay apneas leves en el 50,0% de los RC y en el 53,8% de los SAOS; la diferencia no es significativa. No se consideran las apneas moderadas en el interrogatorio por la mencionada dificultad de precisar por parte de la familia o personas con las que el paciente duerme. Hay apneas graves en el 1,3% de las RC y en el 38,5% de los SAOS, siendo muy significativa esta diferencia. También es significativa la diferencia en la incidencia de apneas consideradas en conjunto: afectan al 51,3% de los pacientes con RC y al 92,3% de los que padecen SAOS, pero en el primer grupo son más benignas. Refieren sueño agitado el 5,8% de los RC y el 50,0% de los SAOS, cifras muy significativas de la mala calidad de sueño en estos últimos. Los despertares frecuentes también son significativos en los dos grupos; se dan en el 9,4% de los RC y en el 46,2% de los SAOS. Existen también diferencias en la poliuria nocturna: la padecen el 3,6% de los RC y el 23,1% de los SAOS.

causa a las personas del entorno. Recalamos que adolece de poca exactitud, pero nos ha sido muy útil para valorar los problemas del paciente y su entorno.

En la recogida de datos hemos apuntado a menudo en un mismo paciente no solamente un grado, sino dos o más, al valorar las molestias que causa el ronquido. Es la razón de que los porcentajes no sumen el 100%.

En relación con la exploración clínica ORL

Antes de mencionar los hallazgos en esta exploración indicaremos que efectuamos sistemáticamente otoscopia u otomicroscopia, pero no hemos recogido estos parámetros en la hoja de recogida de datos por no tener una relación directa y no ser significativos.

Es muy importante medir sistemáticamente la distancia anteroposterior de la faringe y lateral de la luz faríngea.

Los hallazgos por laringoscopia indirecta no son significativos. En dos casos no incluidos en la población de estos protocolos observamos parálisis de hemilaringe, en uno de los casos por neoplasia de seno piriforme y en otro por parálisis del nervio recurrente por neoplasia torácica.

En relación con la fibroendoscopia nasal, faríngea y laríngea

En el capítulo anterior ya mencionamos nuestra sistemática de exploración y se apreció la vibración del velo del paladar en el 100,0% de los pacientes, así como una faringe estrecha. Apreciamos también en todos los pacientes un istmo pequeño, lo que interpretamos como una implantación baja del paladar. Si no se observó esta implantación baja por fibroendoscopia o por faringoscopia, los pacientes fueron excluidos de la población que completó estos dos protocolos.

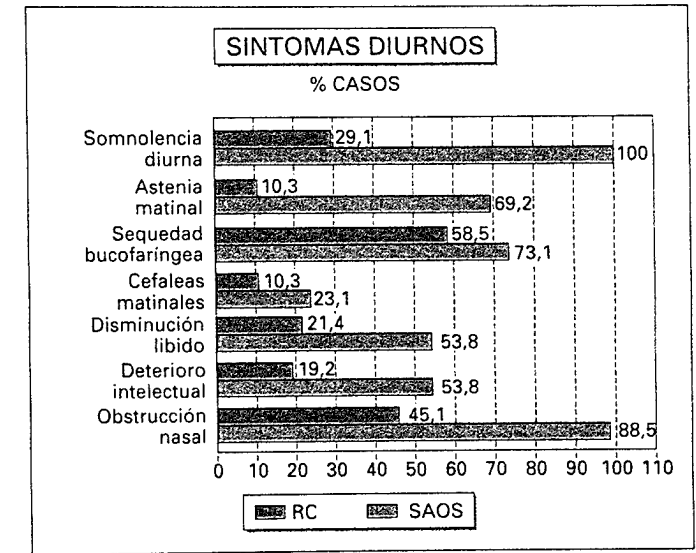


Figura 7-7. Síntomas diurnos. Hemos dividido la somnolencia o hipersomnolencia diurna en los tres grados ya descritos. Es importante recalcar que también depende de las pocas horas de sueño. La somnolencia diurna grado I la manifiestan el 18,8% de los RC y el 11,5% de los SAOS. La somnolencia diurna grado II la presentan el 9,4% de los RC y el 57,7% de los SAOS. La somnolencia diurna grado III la padecen el 0,9% de los RC y el 30,8% de los SAOS, lo que demuestra que es mucho más frecuente en los SAOS que en los RC. Sólo hemos anotado como positivo el grado más alto de somnolencia. El total de somnolencia diurna nos demuestra claramente esta diferencia: mientras que los RC la padecen en el 29,1%, afecta al 100,0% de los SAOS y en un grado más alto. La astenia matinal es también muy diferente en los dos grupos, mientras que los RC la padecen en el 10,3% los SAOS en el 69,2%. La sequedad bucofaríngea la padecen los RC en el 58,5% y los SAOS en el 73,1%. Las cefaleas matinales la manifiestan los RC en el 10,3% y los SAOS en el 23,1%. La disminución de la libido la sufren el 21,4% de los RC y el 53,8% de los SAOS. El deterioro intelectual lo padecen los RC en el 19,2% y los SAOS en el 53,8%.

Sólo comentaremos, y hemos utilizado en la expresión de los síntomas, la obstrucción nasal crónica, que la padecen los RC en el 45,1% y los SAOS en el 88,5%. Porcentajes que refuerzan al factor nasal como coadyuvante en estos tipos de patología.

En relación con los exámenes complementarios

En cuanto a la cefalometría, presentan alteraciones patológicas el 100,0% de los pacientes.

En relación con el diagnóstico

El primer objetivo de toda exploración es el diagnóstico (Fig. 7-29). El segundo objetivo es el de descubrir el lugar de la obstrucción. Recor-

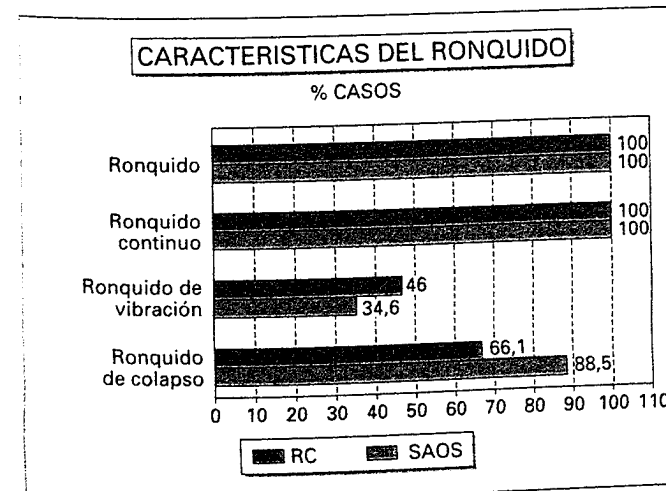


Figura 7-8. Respecto a nuestra división en ronquido de vibración o de colapso. El de vibración lo manifiestan los RC en el 46,0%, y los SAOS en el 34,6%. El de colapso lo manifiestan los RC en el 66,1% y los SAOS en el 88,5%. Los porcentajes no cuadran, porque el 20,0% de los pacientes manifiestan los dos tipos de ronquido. Repetimos: a estos hallazgos sólo les damos el valor de una presunción clínica, dentro de un amplio contexto de estas patologías.

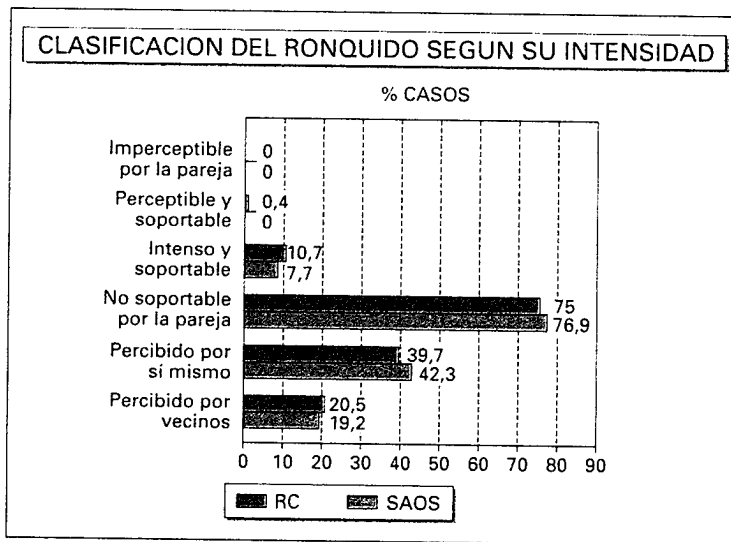


Figura 7-9.

— Grado 1. Imperceptible por la pareja: Ningún paciente de ningún grupo ha acudido a consulta manifestando este grado (0,0%).
 — Grado 2. Perceptible y soportable: Lo manifiestan sólo los RC, en el 0,4% de los casos. El porcentaje de consultas con este grado es bajísimo.
 — Grado 3. Intenso y soportable por la pareja o no soportable por compañeros de habitación: Se da en el 10,7% de los RC y en el 7,7% de los SAOS. Acuden con este grado sobre todo cuando, por motivos profesionales viajan y duermen en la misma habitación con un compañero o compañeros a

los que no dejan descansar. Estos pacientes duermen con frecuencia en habitaciones individuales durante sus viajes.

- Grado 4. No soportable por la pareja: Refieren este grado de ronquido el 75% de los RC y el 76,9% de los SAOS. Destaca este alto porcentaje de pacientes cuyo ronquido «no es soportable por su pareja», máxime si lo consideramos no soportable cuando ésta utiliza tapones en oídos, toma somníferos o duerme en habitación aparte. A menudo relatan el paciente o su pareja que se levantan de la cama con mucha frecuencia y se van a dormir al sofá o a otra habitación. Los pacientes de este grupo son los que acuden a la consulta pidiendo soluciones rápidas, y en muchísimas ocasiones hemos observado que lo hacen a petición de su pareja u obligados por ésta. Si el paciente requiere intervención quirúrgica, se la indicamos en una entrevista a solas con él.
- Grado 5. Percibido por sí mismo: Lo manifiestan el 39,7% de los RC y el 42,3% de los SAOS. A este grado no le concedemos mucha importancia clínica, pero nos sorprende el alto porcentaje de pacientes que se despiertan por el ruido de su propio ronquido, seguramente debido a la larga duración de los estadios superficiales y a la desestructuración de su sueño.
- Grado 6. Percibido por vecinos: Lo manifiestan el 20,5% de los RC y el 19,2% de los SAOS. Al efectuar este estudio nos hemos sorprendido de este porcentaje tan alto, lo cual indica que el ronquido de estos pacientes es muy intenso.

demos que entre los criterios de exclusión de este estudio se hallaban los pacientes en los que no se había encontrado un sitio obstructivo evidente.

Por tanto, en el 100% de los pacientes se encontraron uno o varios lugares de obstrucción.

En el grupo de SAOS hemos diagnosticado a los pacientes de acuerdo al IAH/H siguiendo la clasificación de Fujita. Se diagnosticó SAOS leve en el 19,2% de los pacientes, SAOS moderado en el 69,2% y SAOS grave en el 11,5% de los casos.

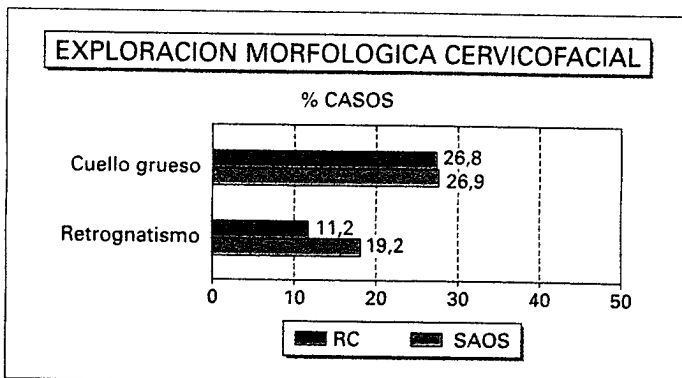


Figura 7-10. Es de destacar que hay retrognatismo en el 11,2% de los RC y el 19,2% de los SAOS.

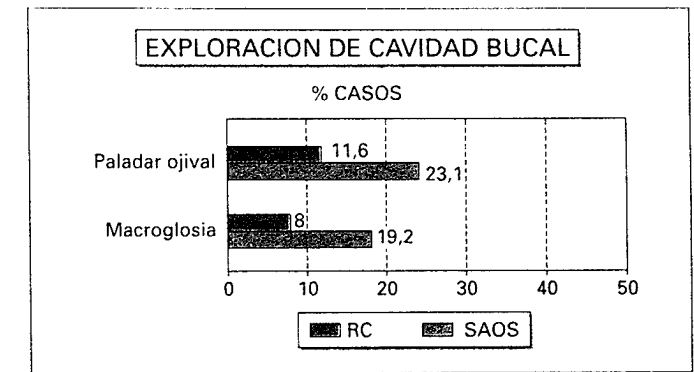


Figura 7-11. Cabe destacar que se observa macroglosia en el 8,0% de los RC y en el 19,2% de los SAOS.

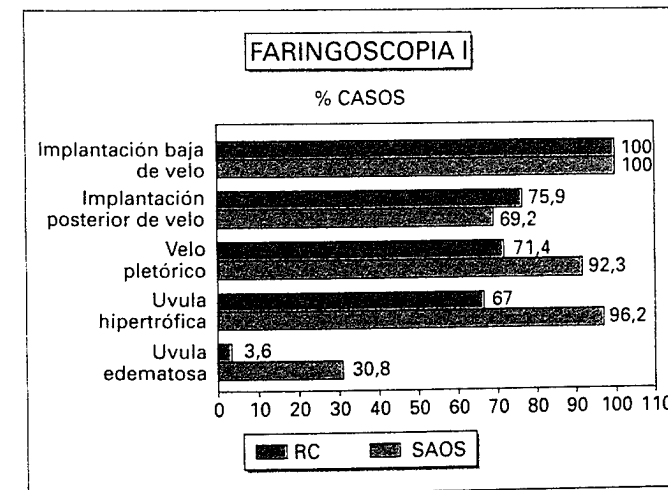


Figura 7-12. En la faringoscopia se observa un velo de implantación inferior en el 100,0% de los pacientes de ambos grupos; generalmente se acompaña de velo mucoso bajo. La implantación posterior del paladar, muy importante, se observa en el 75,9% de los RC y en el 69,2% de los SAOS, resultado que nos llama la atención, puesto que el porcentaje es menor en el SAOS, haciéndonos recordar que éste tiene un componente hipofaríngeo muy frecuente. Hay hipertrofia de úvula en el 67,0% de los RC y en el 96,2% de los SAOS. La úvula está edematosa en el 3,6% de los RC y el 30,8% de los SAOS, cifras que reflejan las presiones negativas a las que se encuentra sometida la faringe en el SAOS.

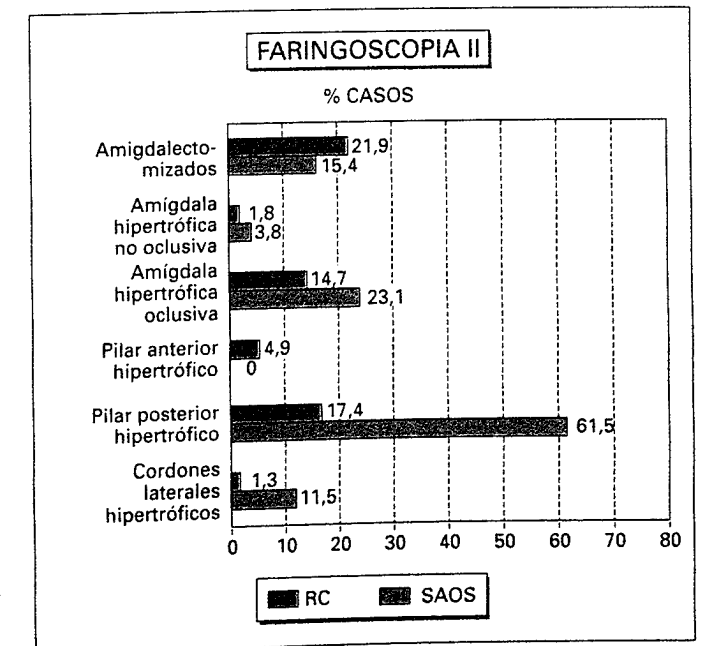


Figura 7-13. Cabe destacar que el 20,4% (51 pacientes) manifiestan haber sido amigdalectomizados y se comprueba que lo están el 21,2% (53 pacientes). Al estar informatizada nuestra historia clínica, nos dimos cuenta de esa diferencia e insistimos en averiguar si recordaban que habían sido intervenidos. El pilar posterior hipertrofico se encuentra hipertrofico en el 17,4% de los RC y en el 61,5% de los SAOS.

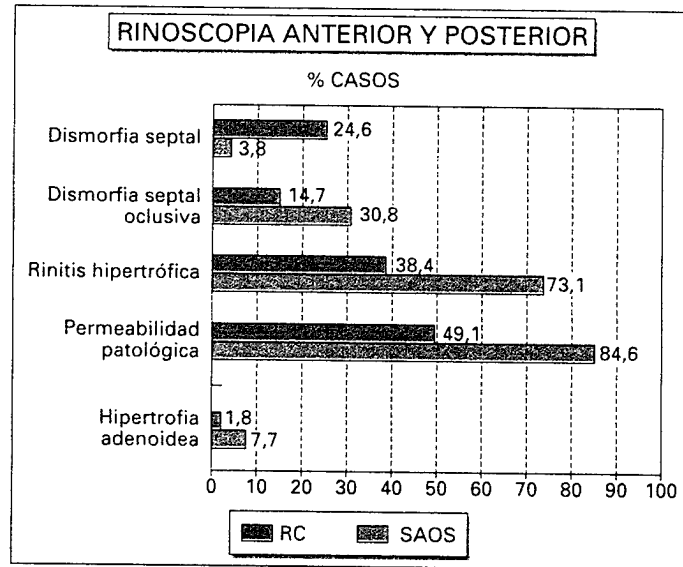


Figura 7-14. Por rinoscopia anterior o posterior se han detectado alteraciones importantes de la permeabilidad nasal en el 49,1% de los RC y en el 84,6% de los SAOS, lo que señala al factor nasal como gran predisponente de la RC y del SAOS. En ocasiones, hemos observado, fuera de la casuística presentada en este libro, que al corregir la patología nasal disminuye considerablemente la intensidad del ronquido y no es necesario efectuar posteriormente la palatoplastia, que en principio habíamos indicado como un segundo paso.

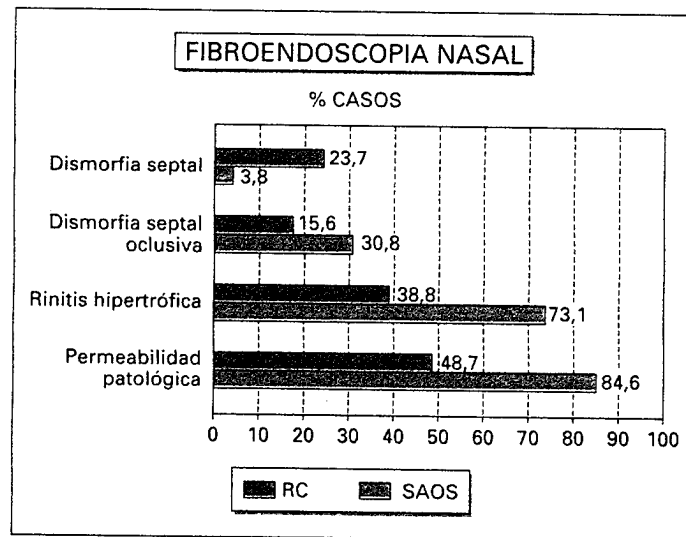


Figura 7-16. Los hallazgos en cavum no son significativos, si exceptuamos que, en el 15,4% del grupo de SAOS se observan paredes laterales estrechas o rodetes de Gerlach hipertróficos, que también pueden verse, y con más nitidez, por endoscopia nasal rígida.

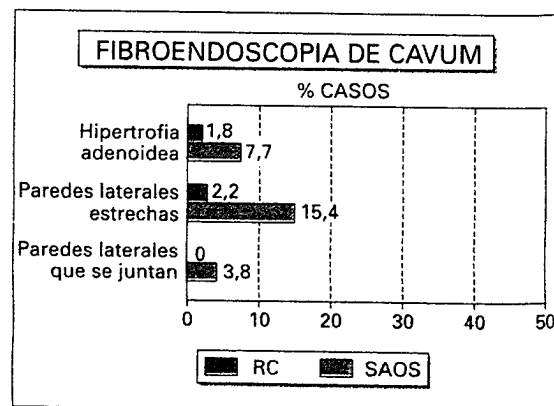


Figura 7-15. Los hallazgos nasales son importantes, puesto que se detectan por fibroendoscopia alteraciones de la permeabilidad en el 48,7% de los RC y en el 84,6% de los SAOS, que ya fueron detectadas por rinoscopia o rinomicroscopia con vasoconstricción o sin ella.

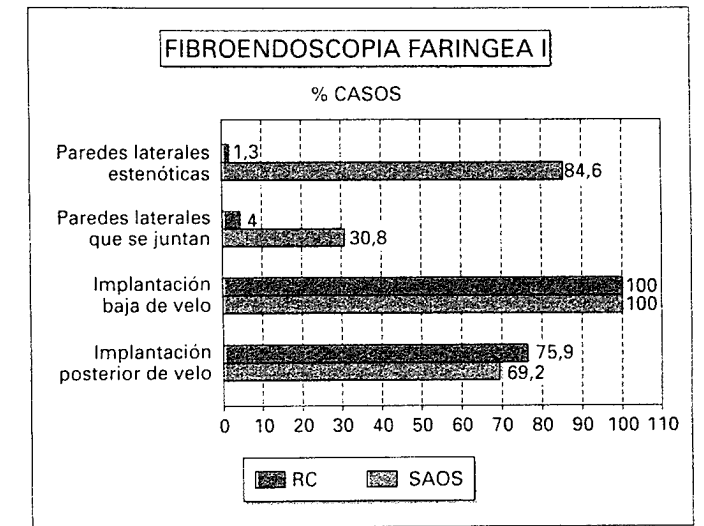


Figura 7-17. Es muy significativo que se observen paredes laterales estrechas sólo en el 1,3% de los RC y en el 84,6% de los SAOS, y que estas paredes se juntan en la línea media sólo en el 4,0% de los RC y en el 30,8% de los SAOS. Sin embargo, la implantación posterior del velo del paladar es mayor en los RC, con una diferencia del 6,7%.

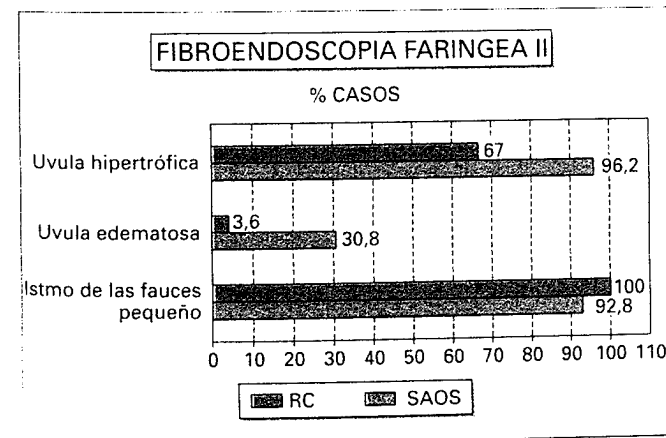


Figura 7-18. En cuanto a la hipertrofia de úvula, no existen diferencias significativas entre lo observado por faringoscopia y lo que revela la fibroendoscopia. En no pocas ocasiones, la úvula casi tocaba la epiglotis y, en dos casos, cabalgaba sobre la cara laríngea de ésta.

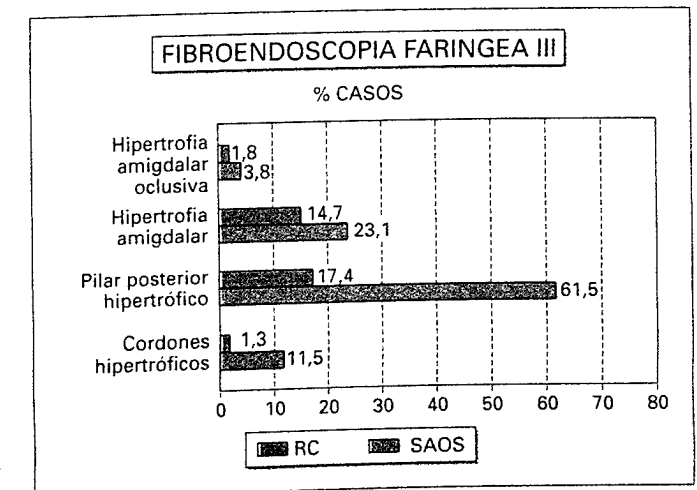


Figura 7-19. Se puede apreciar con claridad el papel obstructivo que juegan las amígdalas palatinas. Es muy significativo las diferencias que existen entre RC y SAOS respecto a la hipertrofia de los pilares posteriores y los cordones faríngeos (Fig. 7-17).

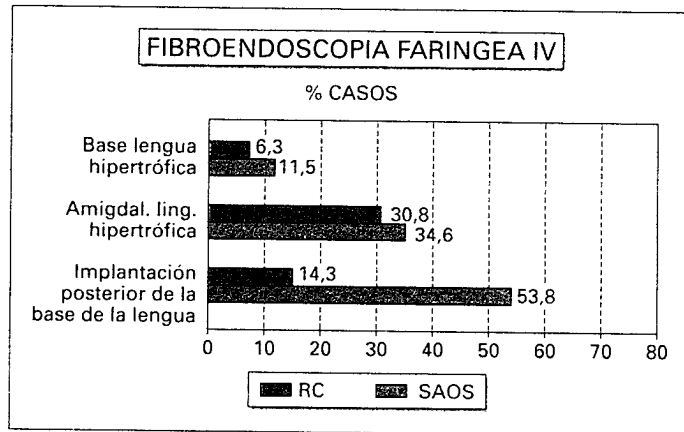


Figura 7-20. La base de la lengua es hipertrofica con diferencias significativas. La amígdala lingual es hipertrofica en el 30,8% de las RC y en el 34,6% de los SAOS. La luz de la hipofaringe (es más expresiva la denominación de espacio retrolingual) es estenótica en el 14,3% de las RC y el 53,8% de los SAOS, debido a la implantación posterior de la base de la lengua. No hay diferencias significativas con respecto a los resultados de la telerradiografía de perfil de cabeza y cuello.

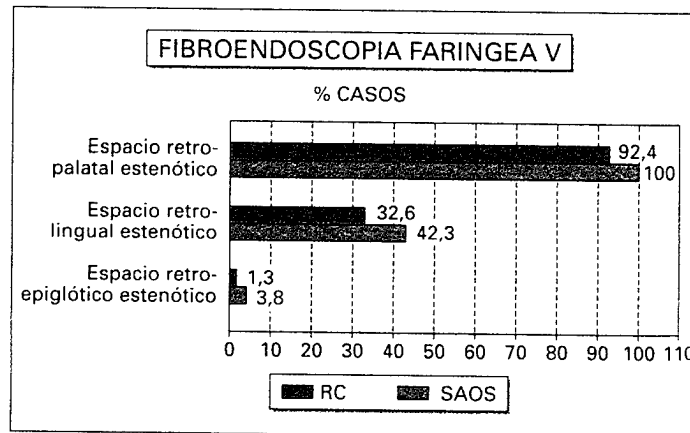


Figura 7-21. El espacio retro-palatal es estenótico en el 92,4% y en el 100,0% de los SAOS. El espacio retro-lingual es estenótico en el 32,6% y en el 42,3% de los SAOS.

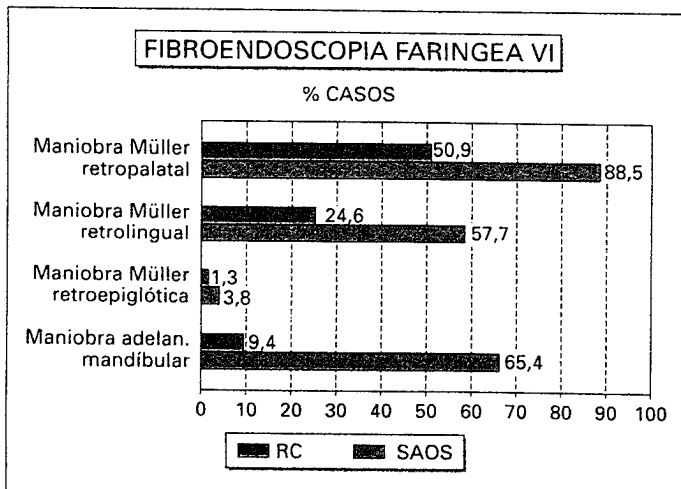


Figura 7-22. Hemos considerado positiva la maniobra de Müller cuando sobrepasaba el 50,0% del cierre de la luz faríngea, y la hemos efectuado en tres niveles (Fig. 7-18): nivel 1, espacio retro-palatal, en el que era positiva en el 50,9% de los RC y en el 88,5% de los SAOS; nivel 2, espacio retro-lingual, en el que era positiva en el 24,6% de los RC y en el 57,7% de los SAOS; nivel 3, espacio retro-epiglótico, en el que era positiva en el 1,3% de los RC y en el 3,8% de los SAOS.

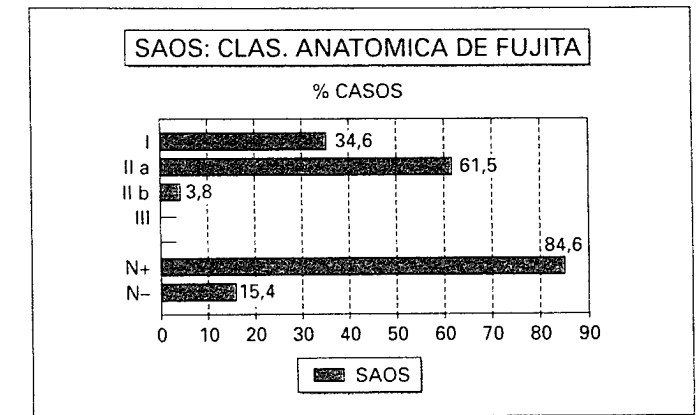


Figura 7-23. En cuanto a la clasificación anatómica del sitio obstructivo de Fujita en el grupo de SAOS, hemos diagnosticado al 34,6% (9 pacientes) con el grado I; al 61,5% (16 pacientes) con el grado IIa, y al 3,8% (1 paciente) con el grado IIb. El 11,53% (3 pacientes) son N⁻, y el 88,47% (21 pacientes) son N⁺.

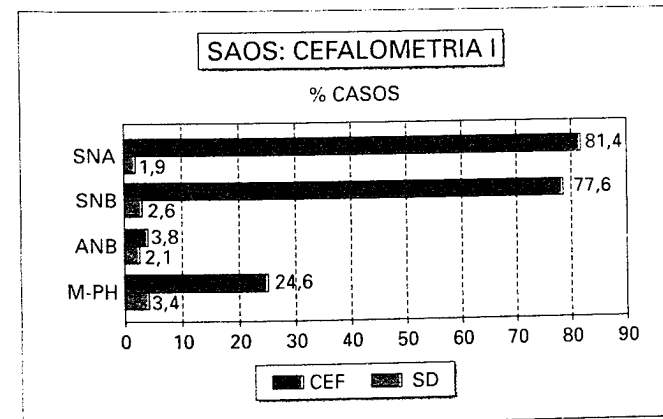


Figura 7-24. En el grupo de SAOS hemos obtenido los siguientes resultados: en el SNA, una media de 81,4 grados, con una SD de 1,9 grados. En el SNB, una media de 77,6 grados, con una SD de 2,6 grados. En el ANB, una media de 3,8 grados, con una SD de 2,1 grados. En el M-PH una media de 24,6 mm, con una SD de 3,4 mm.

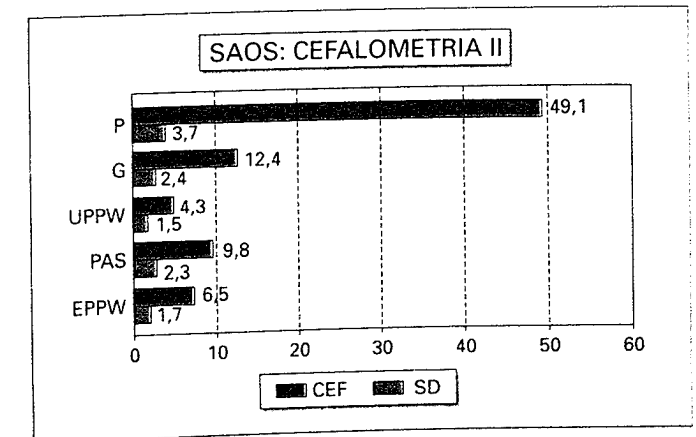


Figura 7-25. En el P o PNS-P, una media de 49,1 mm, con una SD de 3,7 mm. En el G, una media de 12,4 mm, con una SD de 2,4 mm. En el UPPW, una media de 4,3 mm, con una SD de 1,5 mm. En el PAS, una media de 9,8 mm, con una SD de 2,3 mm. En el EPPW, una media de 6,5 mm, con una SD de 1,7 mm.

Figura 7-26. En la polisomnografía, los hallazgos en el grupo del SAOS fueron los siguientes: en la saturación basal de O₂, una media de 94,2%, con una SD de 2,1%. En la saturación mínima de O₂, una media de 80,2%, con una SD de 4,4%. En la saturación media de O₂, una media de 86,5%, con una SD de 3,0%. En el índice de apneas/hipoapneas por hora de sueño, una media de 33,2, con una SD de 13,4%. En la duración media de las apneas por hora de sueño, una media de 20,3 segundos, con una SD de 3,4 segundos.

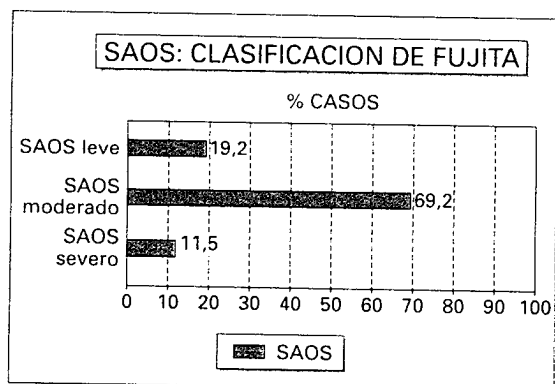
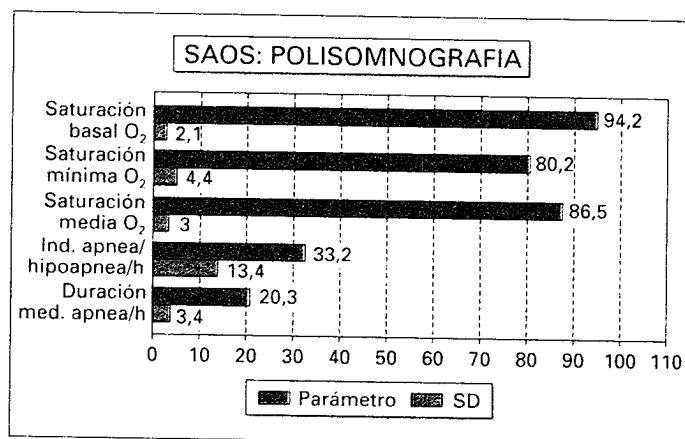


Figura 7-27. En el grupo de SAOS, hemos diagnosticado a los pacientes de acuerdo al IAH:H, siguiendo la clasificación de Fujita. Se diagnosticó SAOS leve en el 19,2% de los pacientes, SAOS moderado en el 69,2% y SAOS grave en el 11,5% de los casos.

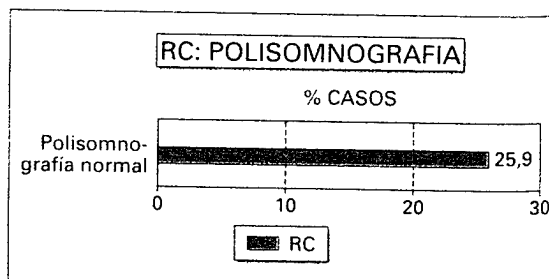


Figura 7-28. Es muy significativo que en el grupo de RC hubiera 58 pacientes (25,9%) con síntomas disociados y en los que se solicitó polisomnografía, la cual permitió descartar el SAOS.

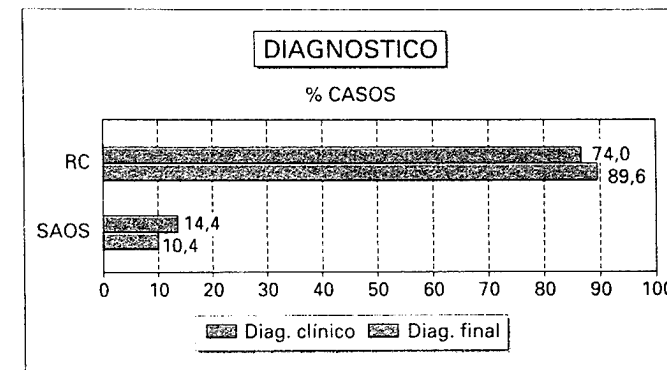


Figura 7-29. De toda la población que ha constituido el motivo de este libro se han diagnosticado 224 casos (89,6%) de RC y 26 casos (10,4%) de SAOS, porcentajes que presentan escasas diferencias significativas con los presentados en otras series. La diferencia entre diagnóstico clínico y el diagnóstico final es muy significativa.

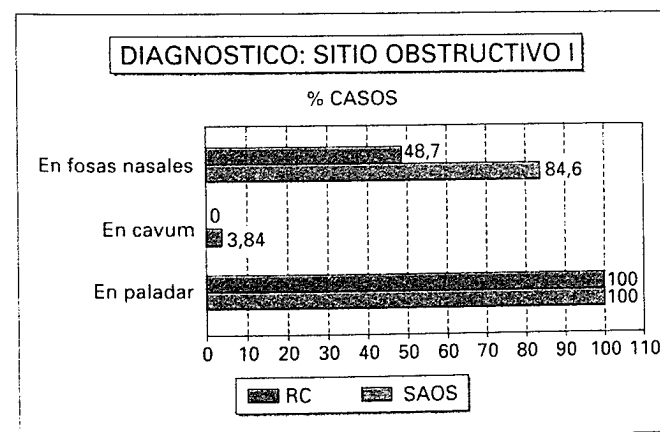


Figura 7-30. Se detectó zona de obstrucción en fosas nasales en el 48,7% de los RC y el 84,6% de los SAOS; en cavum en el 0% de los RC y el 3,84% de los SAOS, y en paladar en el 100,0% de los RC y el 100,0% de los SAOS.

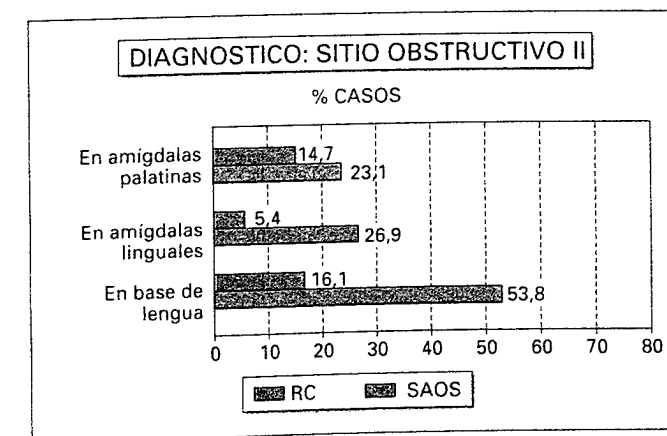


Figura 7-31. Se detectó zona de obstrucción en amígdalas palatinas en el 14,7% de los RC y el 23,1% de los SAOS; en amígdala lingual en el 5,4% de los RC y el 26,9% de los SAOS, y en la base de la lengua en el 16,1% de los RC y el 53,8% de los SAOS.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS RC Y DEL SAOS CON LA PALATOFARINGOPLASTIA CON LASER CO₂

En relación con la cirugía

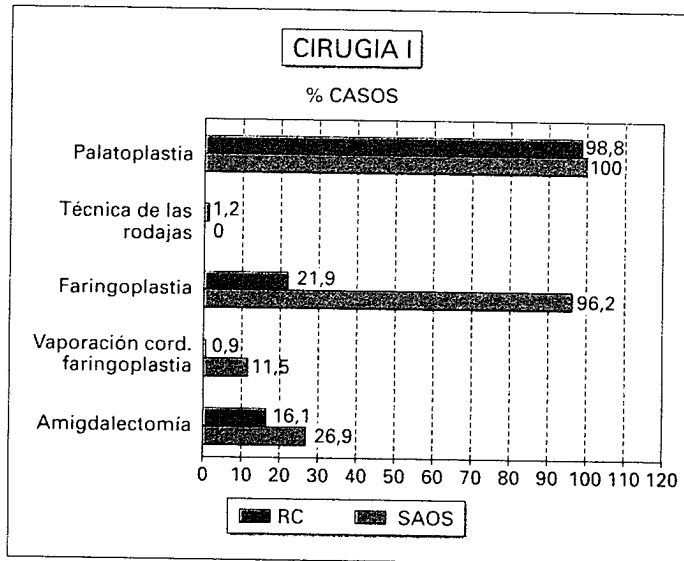
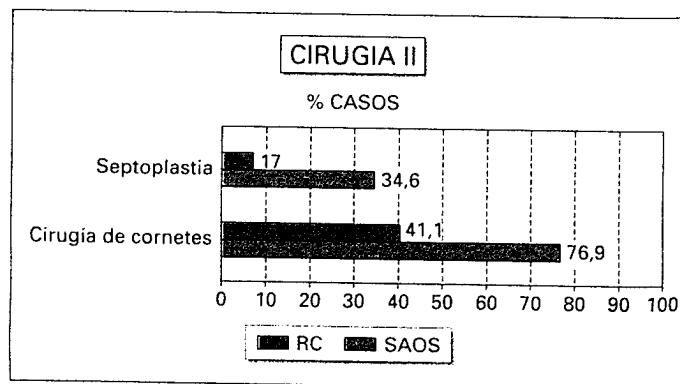


Figura 7-32. Hemos realizado palatofaringoplastia con láser CO₂ (PPPL) en el 98,8% (247 pacientes) y técnica de las rodajas en el 1,2% (3 pacientes). No hemos efectuado otras técnicas con láser CO₂ por considerar que no presentan ventajas con respecto a la PPPL. Se hizo la técnica completa, es decir, con faringoplastia en el 21,9% de los RC y en el 96,2% de los SAOS, diferencia muy significativa. Acompañando a la PPPL, y en el mismo acto quirúrgico, se practicó amigdalectomía palatina al 16,1% de los RC y al 26,9% de los SAOS.

Figura 7-33. En un segundo acto quirúrgico, se efectuaron conjunta o aisladamente septoplastia en el 17,0% de los RC y el 34,6% de los SAOS, y cirugía de cornetes en el 41,1% de los RC y el 76,9% de los SAOS.



En relación con el postoperatorio

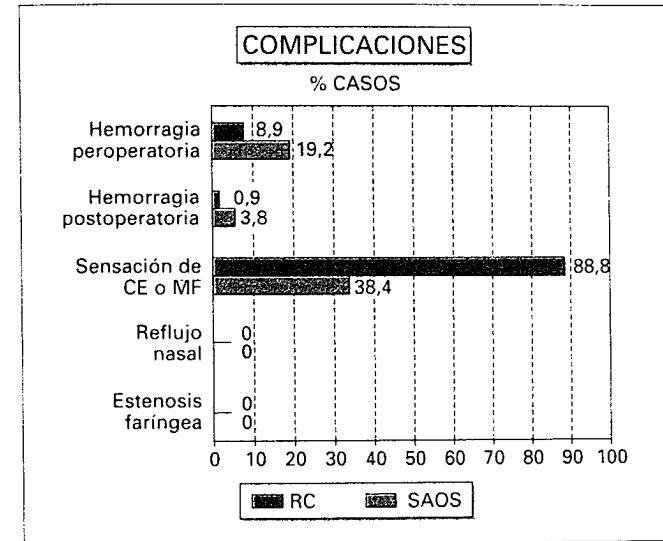


Figura 7-34. Casi todos los pacientes manifestaron dolor, desde muy leve hasta muy intenso. El dolor se presenta progresivamente hasta la caída de la escara. En el postoperatorio inmediato hubo hemorragias en el 1,2% (3 casos) de la población estudiada. En los tres pacientes cedió con la aplicación e ingestión de ácido aminocaproico. Dos de ellos relacionaron la hemorragia con el esfuerzo físico y el otro con la ingestión de aspirinas, en lugar del analgésico que le habíamos prescrito. Refirieron sensación de cuerpo extraño (o de miembro fantasma) el 88,8% de los RC y el 38,4% de los SAOS. No se produjo ningún caso de insuficiencia del velo del paladar o de estenosis postoperatoria.

En relación con los resultados

En relación con la regresión de los síntomas, hemos apreciado los siguientes resultados:

En el grupo de SAOS, el BMI promedio en el preoperatorio era de 29,13%, con una SD de 2,69%. En el postoperatorio, la media era de 29,17%, con una SD de 2,29%, diferencias poco significativas.

En cuanto a la cefalometría, en el grupo de SAOS presentan alteraciones patológicas el 100,0% de los pacientes estudiados.

En el preoperatorio, el SNA promedio era de 81,4 grados (SD de 1,9 grados). En el postoperatorio, la media era de 81,4 grados y la SD de 1,9. Sin diferencias.

En el preoperatorio, el SNB promedio era de 77,6 grados (SD de 2,6 grados). En el postoperatorio, la media era de 77,6 grados y la SD de 2,6 grados. Sin diferencias.

En el preoperatorio, el ANB promedio era de 3,8 grados (SD de 2,1 grados). En el postoperatorio, la media era de 3,8 grados y la SD de 2,1 grados. Sin diferencias.

RONCOPATIA CR.: RESULTADOS

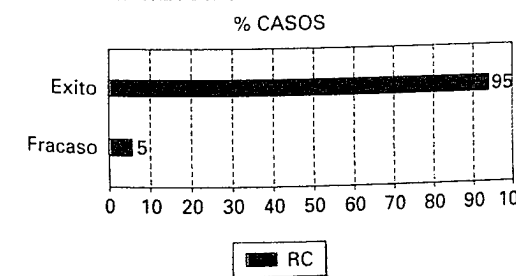
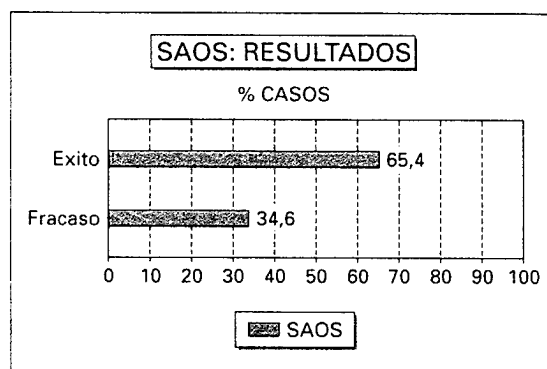


Figura 7-35. Para presentar los resultados en el grupo B (RC) hemos considerado dos grupos: 1) éxito, cuando el ronquido desapareció completamente, la intensidad disminuyó en más del 50% y el entorno social del paciente se encontraba satisfecho; 2) fracaso, cuando el ronquido disminuyó en menos del 50% de su intensidad y el entorno social del paciente no se encontraba satisfecho. Los resultados han sido de éxito en el 95,0% y de fracaso en el 5,0%.

Figura 7-36. En el grupo C de SAOS hemos considerado, de acuerdo a las clasificaciones de resultados de Fujita, dos grupos: éxito y fracaso, en función de la modificación de los IAH/H, considerándose éxito cuando desaparecieron o disminuyeron en un 50%. Los resultados han sido de éxito en el 65,4% y fracaso en el 34,6%.



En el preoperatorio, el MP-H promedio era de 24,6 mm (SD de 3,4 mm). En el postoperatorio, la media era de 24,5 mm y la SD de 3,4 mm. Diferencias no significativas.

En el preoperatorio, el P o PNS-P promedio era de 49,1 mm (SD de 3,7 mm). En el postoperatorio, la media era de 28,8 mm y la SD de 2,5 mm. Diferencias claramente significativas.

En el preoperatorio, el G promedio era de 12,4 mm (SD de 2,4 mm). En el postoperatorio, era de 12,7 mm y la SD de 4,0 mm. Diferencias significativas.

En el preoperatorio, el UPPW promedio era de 4,3 mm (SD de 1,5 mm). En el postoperatorio, la media era de 7,5 mm y la SD de 2,0 mm. Diferencias claramente significativas.

En el preoperatorio, el PAS promedio era de 9,8 mm (SD de 2,3 mm). En el postoperatorio la media era de 8,9 mm y la SD de 2,1 mm. Diferencias significativas.

En el preoperatorio, el EPPW promedio era de 6,5 mm (SD de 1,7 mm). En el postoperatorio, la media era de 6,5 mm y la SD de 1,7 mm. No existen diferencias.

En cuanto a la polisomnografía se obtuvieron los siguientes resultados en el grupo C de SAOS:

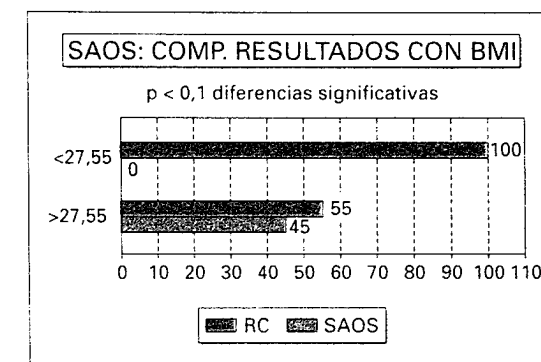
En el preoperatorio, la saturación O₂ basal promedio era de 94,2% (SD de 2,1%). En el postoperatorio, la media era de 94,7% y la SD de 1,9%. Diferencias significativas.

En el preoperatorio, la saturación O₂ mínima promedio era de 80,2% (SD de 4,4). En el postoperatorio, la media era de 84,6% y la SD de 3,5. Diferencias significativas.

En el preoperatorio, la saturación O₂ media promedio era de 86,5% (SD de 3,0). En el postoperatorio, la media era de 89,0% y la SD de 2,2%. Diferencias significativas.

En el preoperatorio, el índice de apneas/hipoapneas por hora de sueño promedio era de

Figura 7-38. SAOS: comparación de resultados con BMI.



33,2% IAH/H (SD de 13,4%). En el postoperatorio, la media era de 12,8% IAH/H (SD de 11,0%). Diferencias significativas.

En el preoperatorio, el promedio de la duración media de las apneas por hora de sueño era de 20,3 segundos (SD de 3,4 segundos). En el postopera-

torio, la media era de 14,3 segundos (SD de 3,7 segundos). Diferencias significativas.

De todas las comparaciones efectuadas, las más significativas son las de las Figuras 7-37 y 7-38, en las que se aprecian claras diferencias significativas de los resultados en relación con el BMI.

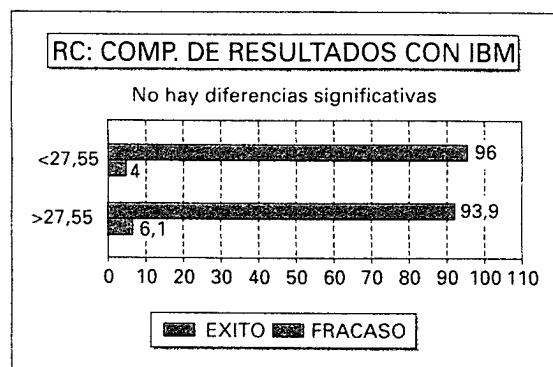


Figura 7-37. Roncopatías crónicas: comparación de resultados con BMI.