

“Trastornos Respiratorios vinculados con el sueño”. La importancia de estimular la investigación, la difusión del conocimiento científico y el entrenamiento profesional específico

Autor: Victor Hugo Cambursano

Correspondencia:
e-mail: hugocambur@yahoo.com.ar

Al Editor:

La “Perspectiva” propuesta por los doctores Martínez Fraga y Silio en la RAMR de Marzo de 2016 *¿Cómo aprendemos en la actualidad a interpretar y tratar el síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS)?* abre una puerta que nos permite ingresar a un complicado laberinto en el que nos enfrentamos con desafíos múltiples que, como se recomienda generalmente, es necesario reconocer primero, analizar después y proyectar luego mecanismos razonables con la intención de resolverlos.

Esta entidad, que acordamos denominar SAHOS en las Guías Prácticas elaboradas en la AAMR y publicadas en 2013 debería, desde mi punto de vista, ser sometida actualmente a un cambio de nomenclatura. Trastornos Ventilatorios Vinculados con el Sueño (TRVS) podría ser el paraguas y Apnea Obstructiva de Sueño (AOS) la denominación de la más prevalente de las enfermedades descriptas bajo ese título, como ejemplo y sugerencia.

Está claro que SAHOS se refiere al síndrome, que este está ligado fuertemente a la somnolencia diurna, asociada con exceso de peso, ronquidos y pausas respiratorias durante el sueño, que obliga a aclarar a que nos referimos cuando mencionamos la prevalencia, ya que esta se modifica sensiblemente si comparamos SAHOS en su concepción clásica, con AOS, referido solamente a un estudio con valor diagnóstico. Esto sin mencionar el obstáculo y la falta de claridad que representa esa denominación para la difusión del conocimiento sobre la enfermedad y la dificultad que genera para identificar a los pacientes con presentaciones clínicas no clásicas (que no son llamativamente obesos, no tienen somnolencia diurna y que constituyen probablemente el 70% de los portadores de AOS u otro entre los TRVS).

La definición que nosotros adoptamos en 2013, “El SAHOS se define por la presencia de episodios

recurrentes de apneas o hipopneas secundarios al colapso de la faringe durante el sueño, que generan desaturaciones y microdespertares. Estos eventos producen respuestas inflamatorias, cardiovasculares, neurocognitivas y metabólicas, que incrementan la morbimortalidad de los pacientes”¹, identifica al síndrome a través de la fisiopatología y sus consecuencias, es decir, sin mencionar los datos propios del síndrome.

La epidemiología ofrece actualmente datos muy sólidos que han aportado sensiblemente al conocimiento sobre esta enfermedad en relación a la prevalencia y a la morbimortalidad.

El más riguroso estudio poblacional concluyó que la prevalencia de SAHOS en mujeres y varones adultos es 2% y 4% respectivamente, mientras que la de AOS, 9% y 24%, o sea 4 y 6 veces superior respectivamente, considerando como diagnóstico un IAH \geq a 5².

Aceptando que la somnolencia diurna es una consecuencia inmediata, pero que la entidad tiene otras, mediáticas, como las cardiovasculares, no es poco importante mencionar que la prevalencia poblacional del AOS moderado, IAH \geq a 15, oscila entre 2 y 7% y 7 y 14% para mujeres y varones adultos respectivamente³.

Es interesante destacar que el 80% de los pacientes portadores de AOS moderado o severo, no tienen diagnóstico a pesar de acceder a cuidados de salud adecuados.

En cuanto a la morbimortalidad, un estudio observacional que incluyó sólo varones concluyó, luego de 10 años de seguimiento, que los portadores de AOS con un IAH \geq a 30, severos, padecían el triple de eventos cardiovasculares, mortales o no, corregibles bajo tratamiento⁴.

Los estudios sobre mortalidad muestran que los pacientes adultos portadores de AOS severo, IAH \geq a 30, sin tratamiento y luego de un seguimiento de 18 años, triplican las cifras de mortalidad por

toda causa y quintuplican las de mortalidad por causas cardiovasculares comparados con aquellos no portadores, independientemente de la somnolencia diurna⁵.

La revisión de estos datos ofrece evidencias científicas indiscutibles de que el conocimiento sobre esta entidad necesita de un intenso esfuerzo dedicado a la investigación, a la difusión y a la formación de profesionales, tal como sugieren en su artículo los doctores Martínez Fraga y Silio⁶.

Bibliografía

1. Nogueira F, Nigro C, Cambursano H, Borsini E, Silio J, Avila J. Practical guidelines for the diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea syndrome. *Medicina (B Aires)* 2013; 73 (4): 349-62.
2. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1230-1235.
3. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of Obstructive Sleep Apnea. A Population Health Perspective. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 1217-1239.
4. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005; 365 (9464): 1046-1053.
5. Young T, Finn L, Peppard PE et al. Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the wisconsin sleep cohort. *SLEEP* 2008; 31(8): 1071-1078.
6. Martínez Fraga A, Silio J. Cómo aprendemos en la actualidad a interpretar y tratar el síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). *Rev Am Med Resp* 2016; 1: 1-3.