

# ¿Cómo debemos organizar el seguimiento de los pacientes con síndrome de apneas-hipopneas durante sueño?

**Correspondencia:**

Eduardo Borsini  
E-mail: borsinieduardo@yahoo.com.ar

**Autores:** Eduardo Borsini, Tamara Decima

Servicio de Medicina Respiratoria - Hospital Británico de Buenos Aires

**Al Editor:**

En la RAMR Vol. N° 1 del 2014 se publica la carta editorial “¿Cómo seguimos a los pacientes con síndrome de apneas-hipopneas de sueño? Hora de organizarnos”<sup>1</sup>. La autora hace observaciones al trabajo “Cumplimiento y abandono de la CPAP en pacientes con síndrome de apneas del sueño. Encuesta luego de un programa de reuniones grupales” publicado por Decima y el grupo del Hospital Británico de Buenos Aires<sup>2</sup>. Algunos conceptos que sería importante discutir nos estimularon a escribir la presente carta con la finalidad de intentar esclarecer algunos puntos que a los distinguidos lectores podrían resultarles interesantes.

El síndrome de apneas e hiponeas obstructivas durante el sueño (SAHOS) tiene características que lo convierten en un problema de salud pública; alta prevalencia, diagnóstico confiable, impacto demostrable en la morbi-mortalidad y tratamiento costo-efectivo<sup>3, 4</sup>. La eficacia de la terapéutica depende del cumplimiento del tratamiento<sup>3, 4</sup>. Los datos epidemiológicos del SAHOS en nuestro país derivan de estimaciones y, citando las guías prácticas AAMR, su prevalencia es de 3.1 a 7.5% en varones y 1.2 a 4.5% en mujeres pre-menopáusicas<sup>4</sup>, representarían en la población adulta de Argentina (censo INDEC 2011) entre 997.000 y 1.900.000 casos, un tercio de los cuales tendrán un síndrome moderado a severo (candidatos a recibir tratamiento con CPAP).

Aún no se conocen todos los factores predictores de adherencia y cumplimiento de la CPAP, como tampoco se conocen bien todas las estrategias que eviten la suspensión o el uso insuficiente con la consiguiente recaída en los síntomas o el retorno de los riesgos a niveles inaceptables<sup>5</sup>. Tal como la

Dra. Smurra expone, algunos factores son hallazgos constantes en los trabajos que analizan este tópico: la severidad del índice de apneas-hipopneas, el grado de somnolencia diurna, el tipo de personalidad, estado socioeconómico, el proceso de titulación y los efectos adversos. Sin embargo, los aspectos psicológicos en la aceptación de la enfermedad y la terapia, así como las dificultades sociales, interactúan de manera compleja y, tal como menciona el artículo original, el rol de la educación y los modelos conductuales para mejorar el uso de la CPAP a largo plazo han recibido solo una modesta atención en comparación a las estrategias tecnológicas en los desarrollos de la industria (con escasa validación en la mayoría de los casos). La mayor parte de esta información proviene de experiencias en países con culturas, organización sanitaria y dificultades sociales diferentes al nuestro.

¿Cuál debe ser entonces nuestra postura ante las dificultades en el tratamiento? ¿Debemos esperar que adelantos tecnológicos solucionen los problemas de uso de la CPAP?

La mayoría de los centros requiere especialistas dedicados a resolver las dificultades derivadas del uso de CPAP, y las intervenciones individuales siguen y seguirán siendo esenciales. Sin embargo, esfuerzos para mejorar el cumplimiento y prevenir el abandono son necesarios a todos los niveles (individuo, familia, centro de salud, empresas proveedoras de equipamiento, sistema sanitario y sociedad). Los programas educativos como la escuela de CPAP no intentan reemplazar la tarea habitual del consultorio para cada actor en la escena del SAHOS, pero pueden complementar la obra. La vivencia de las reuniones mensuales nos permite aseverar que la tarea que el equipo de salud desarrolla allí no

puede ser exclusivamente “educativa”, ya que intentar separar la educación de las estrategias cognitivo-conductuales resulta en la práctica casi imposible. El ámbito de la “escuelita” es adecuado para cambiar la percepción del problema por parte del paciente y su familia (cognición), mejorar la disposición a utilizar un equipo que recién conoce (conducta), y discutir los problemas relacionados con la cobertura, uso y provisión de equipamiento (aspecto socioeconómico y administrativo). La organización destinada a evitar abandonos de la CPAP también debe involucrar y comprometer a los financiadores, ya que en nuestro medio la cobertura del costo del CPAP suele ser burocrática, parcial, deficiente y, con frecuencia, inexistente.

La adquisición de información sobre naturaleza, síntomas y pronóstico del SAHOS, mediante una presentación didáctica que incluya las opciones de tratamiento y la resolución de dificultades relacionadas a la CPAP (taller), puede transformar una “indicación médica” en una elección de vida (actividad volitiva).

La carta también expone dudas sobre la eficacia del programa debido al diseño del estudio y la comparación con un grupo control (no asistentes al programa). El trabajo descriptivo de Decima y col. no analiza indicadores de eficacia entre quienes concurrieron y quienes no, sino que se limita a comunicar dos eventos concretos: intención de tratamiento y abandono. La intención de uso fue más baja en quienes no concurrieron a las reuniones habiendo sido invitados a participar (94.5% vs. 79.1%). Esto puede suponer que quienes deciden intentar el tratamiento tienen mayor necesidad de recibir información. Adicionalmente, mencionan sus limitaciones; “nuestro trabajo que carece de grupo control ya que los pacientes no fueron randomizados y la diferencia en los resultados puede deberse a un efecto atribuible a sesgo de selección. No se puede atribuir la mayor intención o cumplimiento en los concurrentes a un efecto relacionado a la escuela de CPAP, sino a que posiblemente quienes participaron estuvieron más motivados a iniciar y mantener la terapia. Podría hipotetizarse que el programa agrupa o filtra a los pacientes dispuestos a usar la CPAP.”

Otros aspectos mencionados por Smurra se aclaran a continuación:

“Sería interesante conocer las encuestas utilizadas, los puntos que la constituyen y por qué algunas eran incompletas y por ende descartadas.”

Pudieron encuestarse 146 de 184 pacientes invitados al programa. En 6 casos (4.1) las encuestas no estuvieron completas (pacientes que no recordaban puntos cruciales vinculados a objetivos del estudio o porque elegían no brindar cierta información que restaba validez al cuestionario) y no se incluyeron en el análisis final. Afortunadamente el grado de colaboración fue elevado, como lo refleja una tasa de respuesta del 76% y ningún paciente colgó el teléfono mientras se lo entrevistaba.

“La escala de evaluación de somnolencia tampoco se describe, si se utilizó la de Epworth es recomendable sea auto administrada.”

La escala de Epworth sería difícil de implementar por vía telefónica, por ello se usó un cuestionario de ESD de cuatro posibilidades (situaciones pasivas, situaciones activas, situaciones de riesgo o somnolencia incontrolable en cualquier situación). La escala de Epworth fue descripta en el desarrollo del trabajo (cuarta página) y ha sido sugerida por el Grupo Español de Sueño y el Consenso SEPAR 2005 (escala de gravedad de la somnolencia diurna)<sup>3</sup>.

Coincidimos con Smurra en que informar toda iniciativa para mejorar métodos diagnósticos y de tratamiento constituye el valor más importante de los trabajos que se comparten a través de las publicaciones locales. Un interesante enfoque (“Relato de un naufrago”)<sup>5</sup> publicado en el mismo número de la RAMR propone: “La imperiosa necesidad de cualquier comunidad médica de crear conocimiento propio la hace crecer intelectualmente, porque le permite contribuir con su experiencia sistematizada, porque le aporta datos confiables que necesita para tomar decisiones en su práctica de cada día. La decisión de involucrarse en investigación tiene una doble dimensión: individual y social.” Ha llegado entonces, la hora de organizarnos.

**Conflictos de interés:** EB declara recibir financiamiento para actividades académicas de la UCA, Astra Zeneca y ResMed.

## Bibliografía

1. Smurra M. ¿Cómo seguimos a los pacientes con síndrome de apneas-hipopneas de sueño? Hora de organizarnos. Rev Am Med Resp 2014; 1: 96-97.
2. Decima T, Maldonado L, Bosio M, et al. Cumplimiento y abandono de la CPAP en pacientes con síndrome de apneas del sueño. Encuesta luego de un programa de reuniones grupales. Rev Am Med Resp 2013; 4: 197-206.
3. Grupo Español de Sueño. Documento consenso español sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. Arch Bronc 2005; 41: 4.
4. 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 2013; 73 (4): 349-362.
5. Quadrelli S. Relato de un naufrago. Rev Am Med Resp 2014; 1: 1-3.