

BUSCANDO EN CASA LOS BRAZOS DE MORFEO



RESUMEN

Objetivos

Validar la utilidad en el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) de un algoritmo diagnóstico y de graduación de la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) de manera exclusivamente ambulatoria.

Diseño

Ensayo clínico controlado, prospectivo, abierto y aleatorizado.

Método

En pacientes derivados para estudio de SAHS sin criterios de exclusión definidos, se determinó la probabilidad inicial de padecer un SAHS moderado/severo (Índice de Apnea-Hipoapnea IAH>15/hora) mediante la combinación secuencial de tres pruebas (algoritmo diagnóstico): escala de somnolencia de Epworth (ESE), índice clínico de apnea del sueño (SACS, Sleep Apnea Clinical Score), y poligrafía respiratoria nocturna domiciliaria, estimándose en más de un 95% la probabilidad de presentarlo si se obtenían un valor >10 en la ESE, un SACS>15 y un índice de alteraciones respiratorias RDI (Respiratory Disturbance Index) >15/hora mediante poligrafía. Previo al ensayo, se realizó una encuesta de calidad de vida (SAQLI, Sleep Apnea Quality of Life Index) y se instruyó en el manejo de una autoCPAP. Posteriormente los pacientes se asignaron aleatoriamente al grupo de polisomnografía (PSG), realizándose una diagnóstica y otra para graduación de la CPAP, sin más consultas programadas; o al grupo ambulatorio (titulación con autoCPAP y oximetría nocturna), con revisión semanal la primera quincena, pautándose inicialmente sólo el 95% de la presión indicada por la autoCPAP. A los 3 meses se midieron presión efectiva CPAP, IAH mediante PSG con la CPAP de tratamiento resultante, adherencia, ESE y SAQLI.

Resultados

Cumplieron criterios de alta probabilidad de SAHS sin criterios de exclusión 68 pacientes. Al grupo de PSG fueron 35. En el grupo de PSG se confirmó el algoritmo diagnóstico, siendo la probabilidad de un SAHS moderado/severo de 0.94 (95% IC, 0.81 a 0.99). A los 3 meses no hubo diferencias entre grupos para el IAH, ESE, SAQLI y presión efectiva de CPAP. La adherencia al tratamiento fue mayor en el grupo ambulatorio (mediana 6.0 frente a 5.4 h/noche; dif. -1.12 h/noche, $p=0.021$). El 62% de los del grupo de PSG hubiesen preferido estar en el ambulatorio, mientras que sólo un 6% de éstos hubiesen preferido el laboratorio de sueño.

Conclusiones

En pacientes con alta probabilidad de SAHS, la PSG no confiere ventaja alguna sobre el manejo ambulatorio para diagnóstico y titulación de CPAP. Cuando el acceso a la PSG es inadecuado, el manejo ambulatorio puede utilizarse para agilizar el tratamiento de los pacientes con mayor probabilidad de SAHS, pudiendo mejorar su adherencia al tratamiento.

Financiación

ResMed Corp., Vitalaire Canada Inc., Michael Smith Foundation, CIHR/BC Lung Association, Departmental Scholar Award from the University of British Columbia y SnoreSat-Sagatech Electronics Inc.

Conflicto de intereses

Respironics Inc., ResMed Corp., Vitalaire Canada, Inc.

COMENTARIO

Si bien en nuestro medio se considera la poligrafía respiratoria como una alternativa aceptable para el diagnóstico del SAHS en pacientes con alta probabilidad clínica, la PSG sigue siendo la prueba de referencia (1). Sociedades científicas como la American Thoracic Society recomiendan la PSG supervisada en un laboratorio de sueño durante dos noches para diagnóstico y ajuste de la CPAP. Según los autores, este es el primer estudio que evalúa un algoritmo diagnóstico y terapéutico totalmente ambulatorio, pero alertan de la variabilidad de características de los equipos de poligrafía disponibles, pudiéndose afectar los resultados con el uso de diferentes dispositivos, argumento frecuentemente utilizado como limitación a la efectividad en la práctica clínica. Se destaca como implicación del estudio que la mayoría de los pacientes con una alta probabilidad (>90%) de padecer un SAHS no requieren una PSG previa al inicio del tratamiento con CPAP, pero advierten que dicho estudio se realiza en un único centro de nivel terciario, entendiéndose una mayor y mejor experiencia. Respecto a la mayor adherencia al tratamiento en el grupo ambulatorio, se señala como factor determinante la menor presión positiva utilizada durante la primera semana, pero no debiera infravalorarse el mayor seguimiento recibido en este grupo durante los primeros 15 días.

El SAHS es una enfermedad prevalente que afecta al 4-6% de los hombres y al 2-4% de las mujeres de edad media (1). En España, la falta de medios origina listas de espera y retraso en su diagnóstico (2). De una estimación de hasta 2 millones de personas afectadas, poco más de 100.000 se encuentran diagnosticadas y tratadas. Los pacientes con SAHS presentan excesiva somnolencia con mayor riesgo de accidentes, y se asocian a enfermedad cardiovascular y cerebrovascular. Un diagnóstico precoz con instauración rápida del tratamiento y su buen cumplimiento, tendería a disminuir estos problemas. Se ha publicado que los pacientes con SAHS que mantienen una buena adherencia a la CPAP reducen la presión arterial de manera significativa (3), reduciendo el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Salvando la traslación del estudio controlado a la práctica clínica, donde cada servicio validaría sus propios resultados en función de su equipamiento, personal y experiencia, en un contexto de escasez de recursos, este abordaje ambulatorio podría suponer un acceso más rápido al tratamiento del paciente con alta probabilidad de SAHS, aportando mayor satisfacción y aumentando la adherencia que mejoraría el estado de salud de los pacientes.

Referencias

- (1) Grupo Español de Sueño (GES). Consenso Nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. Arch Bronconeumol. 2005;41 (Supl 4):3-4.
- (2) Masa Jiménez JF, Barbé Illa F, Capote Gil F, Chiner Vives E, Díaz de Atauri J, Durán Cantilla J et al. Recursos y demoras en el diagnóstico del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS). Arch Bronconeumol. 2007;43:188-98.
- (3) Haentjens P, Van Meerhaeghe A, Moscariello A, De Weerd S, Poppe K, Dupont A, Velkeniers B. The impact of continuous positive airway pressure on blood pressure in patients with obstructive sleep apnea syndrome: evidence from a meta-analysis of placebocontrolled randomized trials. Arch Intern Med. 2007;167:757-64.

RAMOS GARCÍA, MI

Carburos Médica

REFERENCIAS

- Mulgrew AT, Fox N, Ayas NT, Ryan CF Diagnosis and Initial Management of Obstructive Sleep Apnea without Polysomnography. A Randomized Validation Study Ann Intern Med 2007;146:157-66.