



Editorial

¿Necesitamos polisomnografías repetidas para cambiar la presión en los pacientes con CPAP?

Do We Need Repeated PSGs to Change Pressure in CPAP Patients?

Nikolaus C. Netzer^{a,b}

^a Hermann Buhl Institute for Hypoxia and Sleep Medicine Research, Paracelsus Medical University Salzburg/Austria, Bad Aibling, Alemania

^b Department of Internal Medicine, University Hospitals, University of Ulm, Alemania

La presión económica a la que están sometidos los laboratorios del sueño de la Unión Europea, de Estados Unidos y de Australia para contener los costes del diagnóstico y el tratamiento del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) es cada vez mayor. En Estados Unidos los seguros de salud públicos Medicare y Medicaid prefieren repartir el estudio en la técnica diagnóstica y la del ajuste de la presión de vías aéreas positiva continua (CPAP) en una sola noche de polisomnografía (PSG) o, alternativamente, realizar estudios del sueño en el domicilio. En Alemania el seguro público de enfermedad paga una o dos noches de PSG de 12 canales o más con presencia o no de especialista para la técnica de diagnóstico y de ajuste, pero no para ningún seguimiento. Este debe realizarse supuestamente mediante poligrafía ambulatoria llevada a cabo por el neumólogo en la consulta privada, si es que se hace.

Ante esta presión económica, cabe plantearse si esta es la forma correcta de actuar. Es posible que a la larga este tipo de medicina del sueño de bajo coste acabe resultando más cara para el sistema médico que la forma clásica basada en el empleo de dos o más PSG para el ajuste y los seguimientos. En este debate continuado hay varios pros y contras.

Las razones de un enfoque más conservador, con una noche completa para el ajuste y una tercera noche posterior para un nuevo ajuste y seguimientos regulares, son las siguientes:

- Muchos pacientes con apnea del sueño presentan otros trastornos del sueño subyacentes que podrían hacer necesario un control, un ajuste de la presión o un tratamiento adicional¹.
- Es frecuente que los problemas de la mascarilla y de fugas no aparezcan en una sola noche de ajuste, pero este tipo de problemas es la principal razón del bajo cumplimiento por parte de los pacientes².
- Los problemas de la CPAP con una restricción de la respiración nasal aparecen con frecuencia unos días después del primer ajuste realizado en una noche repartida en las dos técnicas, y

requieren un ajuste de presión o una intervención de otorrinolaringología y un posterior ajuste de la presión³.

- A causa del nivel adrenérgico superior y del fenómeno de histéresis, junto con un aumento de la tensión de los músculos faríngeos en la primera noche de ajuste, es frecuente que se fijen niveles de presión demasiado bajos y que deben ajustarse al cabo de unas semanas⁴.
- La persistencia de una somnolencia diurna excesiva después de iniciado el tratamiento con CPAP puede ser un signo de un problema orgánico interno importante, como una enfermedad cardiovascular o un trastorno renal, que hayan pasado desapercibidos⁵. Una visita de control en el laboratorio del sueño podría detectar ese problema.
- El sentido común y una experiencia clínica de 26 años respaldan como mínimo mi impresión de que un contacto regular con el paciente tratado con CPAP mediante una PSG de control unos meses después de iniciado el tratamiento, y luego con una periodicidad anual o bianual, potencia el cumplimiento del paciente; o viceversa, los pacientes con un buen cumplimiento solicitan esas noches de examen porque se preocupan por su tratamiento, desean un cambio de las mascarillas o plantean de forma regular si hay nuevas opciones de tratamiento.

Por otro lado, los argumentos en contra de realizar ajustes repetidos de la CPAP o una PSG de control son bastante claros:

- Las unidades modernas de auto-CPAP son tan sofisticadas que, en un determinado corredor de presión, se realizan ajustes de presión más pequeños mediante el propio dispositivo, sin ninguna necesidad clínica de una nueva visita⁶.
- La dedicación de un cierto tiempo de asistencia ambulatoria por parte del médico o de su equipo antes del ajuste de la CPAP puede ser útil para el ajuste de la máscara y puede ayudar a detectar problemas con la congestión nasal.
- Una historia clínica detallada del paciente, con una entrevista personal y un estudio clínico, así como una batería de cuestionarios, pueden ser útiles para detectar enfermedades subyacentes sin necesidad de una nueva PSG y pueden conducir al tratamiento

Correo electrónico: nikinetzer@yahoo.com

correcto de los trastornos del sueño o de los problemas de órganos internos existentes.

- Los proveedores de equipamientos médicos pueden visitar al paciente y ayudarlo con los problemas de la mascarilla y otras dificultades.
- Las llamadas telefónicas al médico del laboratorio del sueño y a su equipo, así como las visitas ambulatorias por parte del neumólogo en la consulta privada, hacen que la permanencia en noches repetidas en el laboratorio del sueño sea obsoleta.

Si se valoran las diferentes posturas, probablemente se llegue a la conclusión de que, en la actualidad, de hecho la repetición de las PSG puede evitarse con el equipamiento adecuado (auto-CPAP) y con una abundante asistencia médica ambulatoria fuera del laboratorio del sueño. Esto no sería un problema si no fuera por: ¿quién paga el tiempo adicional fuera de la PSG y relacionado con ella?

Mientras el reembolso del tratamiento de los pacientes con apnea del sueño o con otros trastornos del sueño correspondía a un nivel superior, los médicos del sueño encargados de ello podían dedicar un tiempo adicional a sus pacientes antes y después de la noche de PSG. Esto ha cambiado con el tiempo. El tratamiento de los trastornos de la respiración durante el sueño se considera actualmente una intervención de rutina y el reembolso se reduce al nivel mínimo posible en los países europeos. En España, donde la mayor parte de los pacientes son atendidos por el seguro de enfermedad público y los sistemas de reembolso por asistencia médica están en el limbo, la situación no es en modo alguno diferente.

Así pues, mi respuesta a la pregunta del título sería la siguiente: No necesitamos PSG repetidas después de un ajuste de la CPAP de dos noches en el laboratorio (o más noches en los pacientes

complicados, como niños o ancianos) en los pacientes regulares de mediana edad con auto-CPAP. Sin embargo, sí necesitamos una estrategia que sirva de guía para la asistencia ambulatoria constante después del ajuste en el laboratorio o domiciliaria, con un plan de reembolso viable para las dos partes, con objeto de que la ventilación no invasiva sea una historia de éxito a lo largo de la vida.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflictos de intereses que declarar, económicos ni de otro tipo, en relación con este manuscrito.

Bibliografía

1. Scharf SM, Tubman A, Smale P. Prevalence of concomitant sleep disorders in patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Breath*. 2005;9:50-6.
2. Giles TL, Lasserson TJ, Smith BH, White J, Wright J, Cates CJ. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;3:CD001106.
3. Hollandt JH, Mahlerwein M. Nasal breathing and continuous positive airway pressure (CPAP) in patients with obstructive sleep apnea (OSA). *Sleep Breath*. 2003;7:87-94.
4. Netzer NC, Juhász J, Hofmann M, Hohl K, Strohl KP, Küpper TE. The need for pressure changes in CPAP therapy 2-3 months after initial treatment: A prospective trial in 905 patients with sleep-disordered breathing. *Sleep Breath*. 2011;15:107-12.
5. Campos-Rodríguez F, Reina-González A, Reyes-Núñez N, Beiztegui-Sillero A, Almeida-González C, Peña-Griñán N. Clinical and cardiovascular characteristics of patients with obstructive sleep apnoeas without excessive daytime sleepiness. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:594-9.
6. Gao W, Jin Y, Wang Y, Sun M, Chen B, Zhou N, Deng Y. Is automatic CPAP titration as effective as manual CPAP titration in OSAHS patients? A meta-analysis. *Sleep Breath*. 2011 [Epub ahead of print]<!.