

Correspondencia: Eduardo Borsini
Av. Caseros 1671 7° G - CABA - CP 1281
Fax: (011-34096400 - Int: 2808)
e-mail borsinieduardo@yahoo.com.ar

Recibido: 04/02/2009
Aceptado: 15/03/2010

Características de acceso al tratamiento con presión positiva en el síndrome de apneas del sueño y su relación con el cumplimiento y el abandono en un hospital de comunidad

Autores: Eduardo Borsini, Martín Bosio, Silvia Quadrelli, Renzo Villagomez, Gabriela Tabaj, Julio Chertcoff
Servicio de Neumonología. Hospital Británico de Buenos Aires

Resumen

Objetivos: Describir las características de acceso al tratamiento con presión positiva y su cumplimiento en el síndrome de apneas del sueño (SAHOS), en un hospital de comunidad.

Métodos: Datos obtenidos por encuesta telefónica a pacientes derivados para tratamiento en el período de dos años. Se interrogó acerca de: cobertura de salud, provisión, compra o alquiler de equipos, tipos, abandono y motivos del mismo.

Resultados: Desde julio de 2006 a julio de 2008 se indicó tratamiento con presión positiva en la vía aérea superior a 58 pacientes con SAHOS severo o moderado.

Fue posible encuestar a 54. Todos tuvieron cobertura de salud (13 obras sociales y 7 empresas de medicina prepaga). El 25% (14/54 pacientes) habían abandonado al momento de ser encuestados. El 51.8% (n=28) compró el equipo (refiriendo falta de cobertura por la empresa de salud) y en el 13% (n=7) el financiador cubrió el 50%. En el 18.5% de los pacientes (n=10) la cobertura entregó el equipo en comodato (todos correspondieron a obras sociales y ninguno a empresa de medicina prepaga), y 5 pacientes continuaban usando equipos en alquiler permanente. De aquellos que compraron el equipo o lo obtuvieron en comodato (n=38), 4 (10%) abandonaron, comparados con los 11 pacientes que lo hicieron mientras alquilaban, y con el 25% de abandono global.

Conclusiones: El grupo equipo propio, por compra o comodato mostró menor abandono (p= 0.0001). La cobertura fue diferente para obras sociales que para empresas de medicina prepaga, y la tasa mas alta de abandono se presentó durante el alquiler del equipo (78%).

Palabras clave > Apneas de sueño, cobertura, alquiler, abandono

Abstract

Objective: To determine the impact of factors which hamper the treatment of obstructive sleep apnea (OSA) in a private hospital.

Methods: We conducted a retrospective telephonic survey of adults referred for treatment of OSA during a two year period. The questionnaire included data about health insurance system, type and methods of acquisition (purchase or rental) of the continuous positive airway pressure (CPAP) equipment, compliance with treatment and reasons for abandonment if it occurred.

Results: From July 2006 to July 2008, treatment with CPAP was prescribed to 58 patients with severe or moderate OSA; 54 of them could be interviewed. All of them had health insurance coverage (with 13 labor union dependent systems and 7 different private health insurance systems). Twenty-five percent of the patients (n=14) had abandoned treatment at the moment of being interviewed; 51.8% of the patients (n=28) had purchased the

CPAP equipment (because it was not included in their health insurance coverage) and 13% (n=7) had paid 50% of the cost of the equipment. In 18.5% of patients (n=10) the health insurance system delivered the equipment as a loan (only labor union dependent systems) and 5 patients rented the CPAP equipment in a permanent way at their own cost. Among the patients who had purchased the equipment or obtained it as a loan (n=38), 4 patients abandoned treatment (10%) vs 11 patients (78%) in the group who had rented it (p= 0.0001).

Conclusions: The patients who had paid for their own equipment or had received it as a loan had a significantly lower rate of abandonment. The benefit of the provision of the CPAP equipment differs between private and labor union health insurance systems. Renting the CPAP equipment results in the highest rates of abandonment of treatment.

Key words > Sleep apnoea, health coverage, rental, abandonment.

Introducción

Durante los últimos años se ha concedido una gran relevancia al síndrome de apneas e hipopneas obstructivas durante el sueño (SAHOS) por su elevada prevalencia, patologías asociadas, morbilidad e incluso mortalidad. Los pacientes no tratados pueden generar un considerable incremento de los gastos sanitarios, inclusive superiores a los costos que representan la metodología de diagnóstico y tratamiento¹. El SAHOS es el conjunto de dos elementos: elevado número de apneas e hipopneas, y síntomas. El tratamiento revierte la mayoría de síntomas y los mecanismos de daño cognitivo, vascular e inflamatorio. De las diferentes opciones terapéuticas se considera a la presión positiva en la vía aérea superior (PPVA) como el tratamiento de elección junto al tratamiento de la obesidad frecuentemente asociada al SAHOS.

Desde la introducción del tratamiento con CPAP en 1981, ésta técnica es considerada un estándar de cuidados para los casos graves (aún si fueran asintomáticos), o moderados pero con síntomas asociados. La presión positiva continua en la vía aérea, (CPAP por sus siglas en inglés) consiste en la aplicación de presión positiva en un nivel constante, que actúa como soporte neumático de la vía aérea e impide su colapso estático y dinámico. La aplicación de PPVA a un paciente con un cuadro clínico típico de SAHOS es un acto médico gratificante. Los síntomas del paciente mejoran y esta respuesta satisface tanto al paciente y a su entorno como al propio médico.

Lamentablemente, la tasa de abandono del tratamiento con PPVA es variable según la población analizada y el grado de excesiva somnolencia diurna

subjetiva (ESD) percibida por los pacientes, siendo en general muy elevada, e incluso inaceptable.

Han sido bien identificados varios de los factores determinantes de abandono y se han diseñado estrategias para mejorar la adaptación y el cumplimiento, que incluyen al equipo médico tratante, al paciente y a su familia, y a las empresas responsables de la provisión y el control de los equipos.

Sin embargo, en nuestro medio existen pocas comunicaciones acerca de la problemática del acceso al tratamiento o sobre como se instrumenta la provisión de equipos y cuál es el impacto de estos factores sobre la adhesión al tratamiento.

El objetivo del presente estudio fue identificar las dificultades en el acceso al equipamiento en pacientes con SAHOS e indicación de PPVA con los distintos sistemas de salud que operan en un hospital de comunidad.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo a partir de datos obtenidos de una encuesta telefónica diseñada por los autores. La misma se estandarizó y fue realizada por dos encuestadores en un período de 2 semanas, en el mes de agosto de 2008.

Se seleccionaron todos los pacientes con diagnóstico de SAHOS severo (IAH > 30/h), o moderado con somnolencia diurna excesiva (IAH > 15/h y ESD definido por escala de Epworth > 10), previamente diagnosticados por polisomnografía convencional o poligrafía respiratoria (Nivel III), que fueron derivados para tratamiento con PPVA al Hospital Británico de Buenos Aires en el período comprendido entre el 1 julio de 2006 al 1 julio

de 2008. Los datos antropométricos, escala de Epworth y el índice de apneas e hipopneas (IAH) o bien el índice de disturbios respiratorios (IDR) fueron obtenidos de los registros médicos basales durante la visita a la unidad de sueño al momento de prescribirse el tratamiento.

Se interrogó acerca del tipo de cobertura de salud o régimen de la misma (obras sociales o empresa de medicina prepaga), forma de provisión de equipos (compra, alquiler o adquisición en comodato), tipos de equipos (CPAP automático, CPAP fija, o sistemas Bilevel), prosecución actual del tratamiento, cumplimiento (se consideró mínima compliance aceptable el uso de al menos 4 hs/noche) y motivos referidos de abandono.

Existieron 5 pacientes en los que los datos proporcionados fueron confusos y poco confiables por lo que fueron descartados. Los datos obtenidos de 50 pacientes fueron finalmente analizados.

Se utilizó chi-square y test exacto de Fisher para comparación de proporciones con un valor de $p < 0.05$ para ser considerado significativo.

Resultados

Fueron registrados 58 individuos con SAHOS severo o moderado sintomático a quienes se indicó PPVA en el período seleccionado.

Fue posible encuestar a 54 pacientes (93.1%). En 4 casos no fue posible establecer contacto telefónico por viaje, mudanza o porque el número disponible resultó equívoco. Todos los pacientes contactados aceptaron participar, 6 mujeres y 48 hombres (88.8%). La edad media fue de 54 años (rango entre 33 y 77 años) y la media del BMI de 35.

La distribución según el índice de masa corporal al momento de indicarse el tratamiento puede verse en la Fig. 1.

El 93% ($n = 50$) tenían escala de Epworth mayor de 10 al momento de la derivación.

La demora media entre diagnóstico e iniciación del tratamiento fue de 2 meses.

El 70% usaba máscara nasal, solo el 40% conocía la presión de trabajo del equipo al momento de ser encuestado, dos pacientes usaban sistemas en dos niveles de presión en la vía aérea (Bilevel) y solo uno CPAP autoajutable. El 87% de aquellos que continuaban el tratamiento con PPVA cumplieron criterios preestablecidos de mínima compliance aceptable.

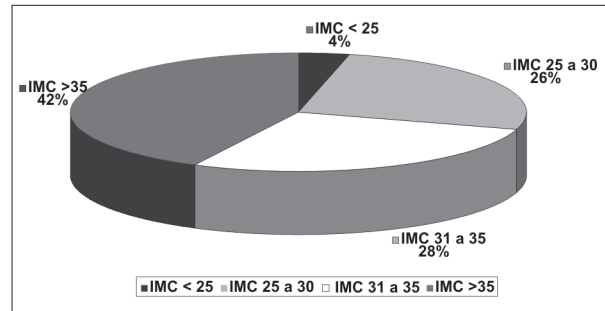


Fig. 1. Distribución porcentual del índice de masa corporal en 54 pacientes

La tasa de abandono global fue del 25% (14/54 pacientes).

La edad media del grupo abandono (51 años) y el IMC (34.4) no fueron significativamente diferentes del grupo no abandono.

Todos los pacientes tuvieron algún tipo de cobertura de salud en dos sistemas diferentes; obra social (OS) o empresa de medicina prepaga (EMP). Se consignaron 13 OS diferentes en 27 pacientes y 7 EMP en otros 27.

28 pacientes (51.8%) compraron el equipo (refirieron no haber obtenido cobertura por el sistema de salud) y en 7 (13%) los gastos fueron compartidos, dado que el financiador cubrió el 50% de los costos de la compra del dispositivo.

En 10 pacientes (18.5%) la cobertura social entregó el equipo en comodato (todos estos casos correspondieron a obras sociales y ninguno a empresa de medicina prepaga), y 5 continuaban usando equipos de CPAP en alquiler permanente con financiación al 50% a cargo del paciente.

De aquellos que compraron equipos o lo obtuvieron en comodato ($n = 38$), sólo 4 abandonaron (10% abandono), comparados con los 11 pacientes que lo hicieron mientras alquilaban (60% de abandono), y con el 25% de abandono global.

Los motivos referidos como causas de abandono fueron: la intolerancia al método ($n = 7$), motivos económicos ($n = 4$) y otras causas ($n = 3$).

Las características de los pacientes del grupo abandono se detallan en la Tabla 1.

Discusión

Las distintas modalidades diseñadas para aplicar presión positiva en la vía aérea, fundamentalmente la CPAP, se consideran en la actualidad el trata-

Tabla 1. Pacientes que abandonaron PPVA

	Sexo	Edad	BMI	Epworth >10	Alquiler	Comodato	Compra	Causa referida
1	M	52	43	SI	SI	-	-	Expectativas no cumplidas
2	M	46	40	SI	SI	-	-	Mejoría de los síntomas Disminución de peso
3	M	71	33	SI	SI	-	-	Intolerancia a la máscara
4	M	38	44	SI	SI	-	-	Falta de recurso económico
5	M	55	34	NO	-	-	SI	Intolerancia a la máscara
6	M	47	25	NO	SI	-	-	Expectativas no cumplidas
7	M	68	41	SI	SI	-	-	Falta de recurso económico
8	M	33	33	SI	SI	-	-	Falta de recurso económico
9	M	55	23	SI	SI	-	-	Falta de recurso económico
10	M	35	52	SI	-	-	SI	Intolerancia a la máscara
11	M	63	25	SI	SI	-	-	Intolerancia. No adaptación
12	M	59	25	SI	-	-	SI	Intolerancia. No adaptación
13	M	62	32	SI	SI	-	-	Intolerancia. No adaptación
14	M	37	31	SI	SI	-	-	Intolerancia. No adaptación

miento de elección para pacientes con SAHOS moderado o grave. Entre los principales problemas que plantea este tratamiento se cuentan el escaso cumplimiento a largo plazo y el costo de los equipos¹⁷.

En Argentina, donde el salario mínimo vital y móvil es de 350 dólares al mes, el precio de un equipo de CPAP fijo estándar, con máscara nasal, oscila entre 350 y 500 dólares, por lo que resulta difícil de adquirir para una gran parte de la población. Esta limitación económica para el acceso a los dispositivos de PPVA representa una causa potencial por la que el paciente no cumpla con el tratamiento. Es de hacer notar que los pacientes que pueden acceder a una EMP abonan un costo promedio anual de 750 dólares.

Si bien el número total de individuos en esta muestra es pequeño, representa una experiencia novedosa sobre el tema en particular, ya que los reportes de este tipo a nivel local son escasos, y las dificultades en la cobertura del tratamiento han sido poco exploradas.

Los datos sobre los que se basa este trabajo fueron obtenidos de encuestar telefónicamente los pacientes de un único centro, hospital de comunidad, con el consiguiente sesgo de selección. Al tratarse de un hospital privado, todos los pacientes tuvieron algún tipo de cobertura de salud, lo que puede suponer además un nivel económico mayor que la población general. Además, el seguimiento estuvo a cargo de un reducido grupo de médicos

especialistas en medicina respiratoria, lo que podría haber influido en el tipo de consejo o en las decisiones relacionadas al inicio del tratamiento con PPVA en estos pacientes.

Sólo 4 pacientes que abandonaron refirieron como causa "motivos económicos" (28% del grupo abandono). Otros motivos a los cuales los individuos encuestados atribuyeron el abandono fueron: intolerancia a la máscara o al método (n = 7), tratamiento que no cumplió las expectativas (n = 2) y mejoría de los síntomas diurnos (n = 1).

Cuando se analiza separadamente el grupo abandono, los 4 casos referidos por motivos económicos ocurrieron durante el alquiler, y de los 7 individuos que manifestaron suspender el tratamiento sin indicación médica, aduciendo molestias originadas por el uso de la PPVA o la interfase, 5 lo hicieron durante el alquiler del equipo.

El alquiler parece incrementar el riesgo de abandonos, o bien representar un subgrupo de pacientes no adherentes. Sobre este tópico particular, podría tratarse de un factor ligado a la personalidad o a rasgos de conducta propias de aquellos que alquilan y abandonan sin decidirse a adquirir el equipo de manera definitiva, poniendo en evidencia menor iniciativa para el tratamiento, o bien a que las dificultades administrativas y financieras vinculados a costos directos del equipo incrementan las posibilidades de abandono.

Resulta interesante en este sentido, en opinión de los encuestadores, el énfasis con el que los pa-

cientes manifestaron sus dificultades para lograr cobertura completa del equipo y de las interfaces.

Del análisis de estos datos, resulta evidente que la estrategia de otorgamiento de recursos fue distinta en las OS que en las EMP. Los equipos en comodato (entrega sin costo alguno al paciente) fue exclusiva de las OS y parece tener algún efecto para evitar abandonos, ya que no se registraron en ese grupo.

El entendimiento de los diferentes aspectos que determinan la adherencia al tratamiento podría conducir cambio de conductas que mejoraran los resultados. Sin embargo, estos factores predictores de abandono, descriptos ampliamente en la literatura, aún son poco consistentes entre los diferentes estudios^{2, 3, 4, 5, 6}.

Es clara la relación entre buen cumplimiento y severidad de los síntomas o percepción de mejoría, vinculables al IAH-IDR o al grado de ESD.¹⁴

De manera opuesta, la falta de mejoría clínica percibida por el sujeto o la magnitud de los efectos adversos de la aplicación de PPVA son predictores de mal cumplimiento.

Se han desarrollado modelos sociales a fin de poder comprender la problemática de las enfermedades crónicas incluyendo el uso de dispositivos de PPVA. Una de estas teorías socio-cognitivas determina numerosos componentes que pueden ser relevantes sobre la adherencia, y jerarquiza la interrelación entre la percepción del riesgo de no ser tratado, expectativas de mejoría y voluntad de asumir una conducta activa frente al tratamiento⁷.

Un gran número de trabajos prospectivos han tratado de demostrar intervenciones de índole diversa que permitieran documentar mejorías en el cumplimiento con PPVA en pacientes con SAHOS. Es de hacer notar que los mismos son heterogéneos en sus diseños y en general las estrategias propuestas se presentan como "grupos o paquetes" de medidas, por lo que el verdadero impacto de cada una es difícil de valorar por separado^{2, 8}. Sin embargo, la mayoría de las sociedades científicas recomiendan la educación, como parte de una estrategia multidisciplinaria que puede ser útil para mejorar los resultados con PPVA^{9, 11}.

Inclusive, se ha reportado que el seguimiento telefónico puede mejorar la adherencia¹⁰.

Comparativamente, desde el punto de vista operativo, el sistema de salud de otros países contempla la financiación de los tratamientos para el SAHOS.

En Estados Unidos de Norteamérica, el Medicare establece la cobertura de al menos un 80% de los costos en el tratamiento, ya sea con CPAP, sistemas Bilevel o dispositivos automáticos (el 20% restante está a cargo de las compañías de seguro secundarias y en ocasiones el propio beneficiario), pero requiere la documentación del síndrome por polisomnografía con un IAH-IDR mayor a 15 eventos por hora. Desde el 13 de marzo del 2008, una enmienda (National Coverage Decision), aclara los alcances de la cobertura, reconoce que el diagnóstico puede ser aceptado mediante polisomnografía o estudios abreviados (Nivel III o IV) y considera que el tratamiento puede ser retirado o la financiación del mismo suspendida, si el paciente no tiene buen cumplimiento.

Por otro lado, los países de la Comunidad Europea incluyen el tratamiento dentro de los listados de prestaciones de la salud pública y privada. En el Reino Unido, la totalidad de los costos de formación y capacitación del personal de salud que asiste a pacientes con SAHOS, y la financiación del diagnóstico y tratamiento del mismo es responsabilidad del estado. Por otro lado el sistema de seguridad social de Bélgica reconoce la cobertura completa de los equipos de PPVA y sus accesorios cuando la PSG registra un IAH > 20/h o el IDR es mayor de 30/h¹².

El Estado Español, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR), considera este tratamiento prioritario, una vez confirmado el SAHOS, y hace entrega de equipos e interfaces sin ningún costo directo para los pacientes. En este sentido el documento de consenso SEPAR expresa claramente las dificultades actuales entre los diversos actores del sistema: "Se considera imprescindible una colaboración y coordinación entre el médico responsable como prescriptor y seguidor del tratamiento con CPAP, la administración sanitaria como financiadora y reguladora del servicio, y las empresas suministradoras de CPAP como proveedoras de los equipos. Esta colaboración hasta el momento actual ha sido muy escasa".

También pone de manifiesto que este modelo, aún siendo beneficioso para el paciente, puede no serlo en términos de costos para el estado, y manifiesta: "El incremento de las prescripciones de CPAP debería verse acompañado de una reflexión profunda sobre su financiación pública. El sistema actual de alquilar a las empresas suministra-

doras, según el cual un año de alquiler equivale al 100% del coste del equipo no puede ser coste efectivo, salvo que las empresas se impliquen de una manera directa en el control y cuidado de los pacientes e incluso ayudando en el proceso diagnóstico, pero siempre trabajando en colaboración con los médicos prescriptores a quienes compete la decisión final de tratamiento”¹³.

Existen escasos reportes provenientes de países desarrollados acerca de adherencia a la PPVA en los pacientes con SAHOS vinculables a causas económicas o motivos sociales que ponen en evidencia valores porcentuales de buen cumplimiento, definidos por uso del equipo de más de 4 horas, del 30%, y abandonos mayores al 40%¹⁵.

En contraparte, un estudio llevado a cabo en un hospital público de Ciudad de México, que atiende predominantemente a la población sin seguridad social, evaluó por encuesta telefónica a 304 pacientes con SAHOS e indicación de CPAP. De ellos el 55,5% adquirieron el equipo (ya fuera por compra o a través de la seguridad social). Los pacientes más graves y con seguridad social fueron los que más frecuentemente lo adquirieron. Sin embargo casi la mitad de los pacientes no adquirieron el equipo y por ende no accedieron al tratamiento.¹⁶ Sin embargo en este último caso el análisis de adherencia se hizo a partir de la indicación del equipo, y no desde la adquisición del mismo, lo que posiblemente tenga más relación con las dificultades económicas para la inversión inicial necesaria cuando depende directamente de los pacientes.

Una reciente encuesta realizada a 100 pacientes diagnosticados de SAHOS moderado o severo en un centro privado de la Ciudad de Buenos Aires arrojó datos que indican que tan sólo el 52% de los pacientes a quienes se indica CPAP inician el tratamiento, y que en el 25% de los casos las causales fueron relacionadas a dificultades en la cobertura. La adherencia (uso de más de 4 hs/noche) fue del 93%. Sin embargo ese trabajo no exploró directamente acerca de modalidades de cobertura y provisión de los equipos¹⁸.

En nuestra muestra, llamativamente todos los pacientes al menos intentaron iniciar algún método de tratamiento, para luego producirse el abandono, lo que es inusual, pero podría explicarse por el sesgo de selección que representa un grupo de pacientes provenientes de un único servicio, de un hospital de comunidad.

En la Argentina podemos identificar tres modelos: el público, con financiación y provisión pública; el de seguridad social (sistema de obras sociales), y el sistema de seguro voluntario prepago, que se organiza según los cálculos de riesgo actuarial.

La legislación vigente en Argentina regula los agentes de salud y determina la obligatoriedad de los distintos tipos de cobertura.

El vigente Plan Médico Obligatorio del Ministerio de Salud Pública de la Nación en el marco de la resolución N° 310/2004 (con fecha 7/04/2004), mediante la cual se modificó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los agentes del seguro de salud comprendidos en el Artículo 1° de la Ley N° 23.660.

El Anexo II del PMOE, que trata en particular sobre procedimientos y prácticas, no detalla expresamente sobre la cobertura de equipos de presión positiva en la vía aérea en sus distintas modalidades ni tipos de interfases. Es llamativo además que en el apartado “Neumonología” no existe ningún procedimiento diagnóstico ni terapéutico relacionado al SAHOS. Sin embargo, en la sección “Neurología” aparecen textualmente las obligaciones de cobertura de la polisomnografía sin y con CPAP.

Es de destacar que el PMOE considera la existencia del llamado Programa de Cobertura Médico Asistenciales (PCMA), por medio del cual se otorgará apoyo financiero para el pago de determinadas prestaciones médicas, drogas oncológicas, antiretrovirales, tratamientos sustitutivos, prótesis, órtesis y materiales descartables.

Este programa es un sistema por medio del cual las Obras Sociales Sindicales pueden reclamar apoyo financiero al estado en forma de reintegro o subsidio, a fin de poder cubrir procedimientos y tratamientos costosos, como transplantes, prótesis ortopédicas, equipos cardiodesfibriladores o marcapasos, y equipos de otras especialidades que se consideran de alto costo. Es de hacer notar que este es un derecho al que acceden las OS, y no es aplicable exactamente a las EMP.

La Resolución Nacional 500/04, del Ministerio de Salud de la Nación, detalla los alcances del programa, y en el Anexo IV, donde se detalla en particular sobre equipos de ventilación, y expresamente consigna la cobertura de equipos externos de presión positiva o negativa en la vía aérea. Por

ende, sus costos podrían ser financiados a través del PCMA, cumplimentando los pasos que contempla su reglamento.

Sin embargo este sistema se aplica en la práctica para tratamientos de alto costo (gastos de internación domiciliaria, trasplantes o tratamientos oncológicos). La CPAP en general no se considera un soporte vital ni de alto costo.

Por otra parte, la ley 24.754 conocida como ley de Banzas de Moreau, promulgada el 23 de diciembre de 1996, establece que las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias" dispuestas para las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas reglamentaciones. Es decir en otras palabras, equipara las mismas obligaciones para las OS y las EMP. Sin embargo para quienes están diariamente trabajando en área gestión en salud, los conceptos son bien distintos. La prestación es un acto médico asistencial, sanatorial, bioquímico etc. pero la cobertura es un complejo concepto que involucra la prestación asociada al financiamiento y la accesibilidad.

En relación a los datos obtenidos de encuestar a nuestros pacientes con SAHOS, indicación e intención de tratamiento, las estrategias de otorgamiento de los equipos han sido diferentes en EMP y OS.

Conclusiones

Esta encuesta en una pequeña muestra de pacientes pone en evidencia dificultades en obtener la financiación del equipo y máscara necesarios, en una población que accede a un hospital de comunidad a través de su sistema de cobertura médica.

Las estrategias de entrega de equipos e insumos relacionados fue diferente en EMP que en OS y esta diferencia parece tener impacto en el cumplimiento de la indicación de PPVA. Así, la adquisición del equipo en comodato y sin carga económica no registró abandonos aunque fue exclusiva de las OS. Por otro lado, el 78% de los abandonos por cualquier motivo referido ocurrieron durante el alquiler, por lo que el mayor riesgo de abandono se presentó en ausencia de equipo propio.

Todos los pacientes en este estudio tuvieron al menos la «intención» de recibir el tratamiento, que se pone en evidencia al analizar las distintas mo-

dalidades de acceso a la PPVA. Además, el hecho de pertenecer a sistemas de medicina privada, que significan un considerable costo económico, podría indicar que estos individuos priorizan sus intereses en salud. De este modo hipotetizamos que quizás nuestras estrategias de educación e información acerca de la importancia de cumplir el tratamiento no fuesen lo suficientemente eficaces, y quizá sea éste un punto sobre el cual podemos actuar.

También es posible que la falta de claridad en la legislación y las demoras administrativas tengan un impacto negativo en la motivación del paciente para el tratamiento. Sin embargo serán necesarios otros estudios en nuestra población para dilucidar este tópico en particular.

Posiblemente la existencia de una recomendación directa, en forma de documento, redactada en el seno de nuestras sociedades científicas acerca de cuál deba ser la postura del médico ante los financiadores de los tratamientos y cuáles las obligaciones de éstos últimos, nos permita mejorar la disparidad y las demoras en la cobertura, que benefician finalmente a nuestros pacientes, sus familias y toda la sociedad.

Bibliografía

1. Ronald J, Delavie K, Roos L, Manfreda J, Bahammam A, Kriger M. Health care utilization in the 10 years prior to diagnosis in obstructive sleep apnea syndrome patients. *Sleep* 1999; 2.
2. Engleman HM, Wild MR. Improving CPAP use by patients with the sleep apnea/hypopnea syndrome. *Sleep Med Rev* 2003; 7: 81-99
3. Meslier N, Lebrun T, Grillier-Lanoir, et al. A French survey of 3,225 patients treated with CPAP for obstructive sleep apnea: benefits, tolerance, compliance, and quality of life. *Eur Respir J* 1998; 12: 185-192.
4. McArdle N, Devereux G, Heidarnejad H, et al. Long term use of CPAP therapy for sleep apnea/hypopnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1108-14.
5. Meurice JC, Dore P, Paquereau J, et al. Predictive factors of long-term compliance with nasal continuous positive airway pressure treatment in sleep apnea syndrome. *Chest* 1994; 105: 429-33.
6. Janson C, Nages E, Svedberg-Brandt S, et al. What characterizes patients who are unable to tolerate continuous positive airway pressure (CPAP) treatment? *Respir Med* 2000; 94: 145-9.
7. Weaver TE, Maislin G, Dinges DF, et al. Self-efficacy in sleep apnea: instrument development and patient perceptions of obstructive sleep apnea risk, treatment benefit, and volition to use continuous positive airway pressure. *Sleep* 2003; 26: 727-32.

8. Hoy CJ, Vennelle M, Kingshott RN, et al. Can intensive support improve continuous positive airway pressure use in patients with the sleep apnea/hypopnea syndrome? *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1096-100.
9. Likar LL, Panciera TM, Erickson AD, et al. Group education sessions and compliance with nasal CPAP therapy. *Chest* 1997; 111: 1273-7.
10. Chervin RD, Theut S, Bassetti C, et al. Compliance of nasal CPAP can be improved by simple interventions. *Sleep* 1997; 20: 294-9.
11. Rahul K, Berry R, et al. Positive Airway pressure treatment for obstructive sleep apnea. *Chest* 2007; 132: 1057-72.
12. Flemons W, Douglas J, Kuna T, Rodenstein D, Wheatley J. Access to diagnosis and treatment of patients with suspected sleep apnea. *American journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2004; 169: 668-72.
13. Grupo Español de Sueño. Consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. *Archivos de Bronconeumología* 2005. Volumen 41. Extraordinario 4.
14. Weaver T, Grunstein R. Adherent to continuous positive airways pressure therapy. The challenge to effective treatment. *Proc Am Thorac Soc* 2008: 173-8.
15. Joo MJ, Herdegen JJ. Sleep apnea in an urban public hospital: assessment of severity and treatment adherence. *J Clin Sleep Med* 2007; 3: 285-8.
16. Torre Bouscoulet L, López Escárcega E. Uso de la CPAP en adultos con síndrome de apneas del sueño obstructivas después de la prescripción en un hospital público de referencia de la Ciudad de México. *Arch Bronconeumol.* 2007; 43: 16-21.
17. Haniffa M, Lasserson TJ, Smith I. Interventions to improve compliance with continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2; 2005.
18. Nogueira F, De luca M, Simonelli G, Vera D, Vera S, Rey R. ¿Que pasa con los pacientes luego que se les diagnostica Apneas del Sueño? *Revista Argentina de Medicina Respiratoria* 2007: 41-7.