

Correspondencia:

Sergio Guardia
Domicilio Postal: General Victorica 477,
El Palomar, Provincia de Buenos Aires. CP: 1684
E-Mail: sergioguardia2001@yahoo.es

¿Hasta cuándo poligrafía vs. polisomnografía?

Autores: Sergio Guardia, Matías Baldini, Alejandra Fernández
Laboratorio de Sueño y Función Pulmonar, Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas.
El Palomar, Provincia de Buenos Aires

Al Editor:

En la RAMR Vol. 13 N° 1 año 2013 el grupo de trabajo del Hospital Británico publica el artículo "Estrategia de utilización domiciliar de la poligrafía respiratoria con instalación por el propio paciente", consecuentemente el Dr. Carlos Nigro realiza la editorial "Síndrome de apnea/hipopneas obstructiva del sueño: ¿polisomnografía o poligrafía respiratoria?".

Estamos de acuerdo con los postulados mencionados por el Dr. Nigro, coincidentes con la amplia literatura existente referida a la utilidad diagnóstica de poligrafía respiratoria (PR) en pacientes adultos con moderado a alto pre test clínico para síndrome de apnea/hipopneas obstructiva del sueño (SAHOS) (exactitud diagnóstica >90%), así como en pacientes que requieren rápido diagnóstico o imposibilidad al acceso a una polisomnografía (PSG).

Collop N, en el artículo referido expresa claramente que no solo la interpretación del registro de PR debe ser realizada por expertos en medicina del sueño sino también la evaluación de qué pacientes serán destinados a una u otra alternativa diagnóstica (PR o PSG). Queda claro además que en pacientes con sospecha de SAHOS y PR negativa debe solicitarse una PSG para confirmar o descartar el diagnóstico¹.

El artículo publicado por el grupo del Hospital Británico debemos conceptualizarlo en dos aspectos:

- 1- uso domiciliario de un equipo de PR
- 2- utilidad diagnóstica e implicancia terapéutica.

1- El objetivo de los autores es evaluar la pérdida o invalidación de estudios y los factores predictores vinculados a esta. Mencionan un fracaso en 24 de 325 (7,4%) de los registros, menor al descrito en la literatura previa (18% de pérdida de datos o 33% de inconclusos)². Atribuyen esta baja tasa a la sencillez del equipo y el entrenamiento previo de los pacientes y probablemente al grupo social seleccionado (89% con instrucción secundaria o

mayor). Aquí debemos mencionar que tanto la PR como la PSG son métodos diagnósticos no invasivos e incruentos muy bien tolerados; en nuestra experiencia en registros PSG en adultos asistidos por técnico, no hemos visto rechazo al procedimiento ni imposibilidad en obtener el registro (sí en niños con trastornos neurológicos severos). Además, cabe mencionar que al describir los resultados de las poligrafías y su distribución por categoría diagnóstica según el índice de apnea/hipopnea/hora (IAH), el n total es 325, sin excluir de la evaluación final los registros perdidos.

Por otro lado, el método estadístico apropiado para valorar predictores en este caso es la regresión logística múltiple. Para la cantidad de variables que se desean analizar el tamaño de la muestra es insuficiente y no se puede concluir que existan predictores positivos o negativos³.

De todos modos, si bien la pérdida de datos fue baja debemos considerar el segundo aspecto que es la utilidad diagnóstica e implicancia terapéutica.

2- El grupo de pacientes seleccionado para PR probablemente no sea coincidente con lo expresado en la literatura. El 88,9% calificó por cuestionario de Berlín de alto riesgo para SAHOS. El IAH obtenido del grupo en general fue de $17,6 \pm 18,5$ con un índice de desaturación mayor que el IAH que fue de $20,75 \pm 18,1$ (¿error de lectura?). De estos solo el 37,2% (121) fueron diagnosticados como SAHOS moderados a severos por la PR. Por lo tanto, de acuerdo a lo expresado por la editorial y la evidencia en la literatura, el 62,8% (204) de los pacientes deberán ser remitidos para PSG por tener una alta sospecha clínica y PR negativa con la clara elevación de costos que ello implica^{1,4}.

Los autores mencionan la derivación temprana, la proporción significativa de mujeres y la selección de pacientes en base a la impresión clínica del médico de cabecera como las posibles causas que justifiquen algunos de estos datos.

Lo que los autores no mencionaron, y aunque no era objetivo del trabajo sería útil conocerlo, es cuál fue el direccionamiento de aquellos pacientes con alta sospecha clínica y PR negativa.

Concluimos que:

1. PR y PSG no son métodos que se contraponen, sino por el contrario deben ser complementarios.
2. El éxito de un estudio PR o PSG sin lugar a dudas reside en la correcta evaluación y direccionamiento del paciente por parte de médicos entrenados en medicina del sueño en base a qué queremos medir y en qué pacientes.
3. Un paciente con alta sospecha clínica y PR negativa debe ser remitido para la realización de una PSG.
4. El futuro en el diagnóstico y tratamiento de la amplia población que padece trastornos respiratorios vinculados al sueño deberá estar no solo en la aparición de equipos simplificados, sino también en el conocimiento de esta patología por parte de la población médica

general y mayor cantidad de especialistas y centros que puedan satisfacer la demanda de pacientes, en particular aquellos sin cobertura médica.

Conflicto de intereses: Los autores no presentan conflicto de intereses ni apoyo financiero.

Bibliografía

- 1 Collop NA, Anderson WM, Boehlecke B, et al. Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apneas in adult patients. *J Clin Sleep Medicine* 2007; 3: 737-47.
- 2 Flemons WW et al. Home diagnosis of sleep apnea: systematic review of literature: an evidence review cosponsored by the AASM, American College of Chest Physicians and the ATS. *Chest* 2003; 124: 1543-1579.
- 3 Beth, Dawson-Saunders. *Bioestadística Médica. El Manual Moderno*. Mexico DF, 1993, 12: 253-64
- 4 Canadian Thoracic Society 2011 Guideline update: Diagnosis and treatment of Sleep Disordered Breathing. *Can Respir J* Vol 18 N° 1 Jan/Feb 2011.