

¿Cómo seguimos a los pacientes con síndrome de apneas-hipopneas de sueño? Hora de organizarnos

Correspondencia:

E-mail: msmurra@gmail.com.ar

Autora: Marcela Smurra

Laboratorio de Sueño e Insuficiencia Respiratoria del Hospital E. Tornú

Al Editor:

En el trabajo publicado en la RAMR 2013; 4: 197-206: “Cumplimiento y abandono de la CPAP en pacientes con síndrome de apneas del sueño, encuesta luego de un programa de reuniones grupales”, se pone de manifiesto la importancia de la relación que el contacto con los pacientes representa en la estimulación del cumplimiento de una determinada pauta terapéutica, más allá de los desarrollos tecnológicos, específicamente en lo relacionado con el síndrome de apneas-hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS), que permiten establecer un cierto control en el uso de los equipos por parte de los pacientes. Destaco la nomenclatura aceptada por la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria desde la publicación de la actualización de las guías en la revista Medicina¹, ya que en la redacción encuentro la sigla SAHOS sin el exacto correlato de la aclaración.

Más allá de lo formal, vuelvo sobre la idea, más que pertinente, del grupo de trabajo del Hospital Británico, en armar bajo el nombre de Escuela de CPAP un grupo multidisciplinario de trabajo con la finalidad de estimular el buen uso del dispositivo de presión positiva en pacientes con indicación de la misma.

Considerando la estadística actual de que un 29 al 83% de los pacientes resultan no-adherentes al tratamiento con CPAP (\leq 4hs/noche)², es imprescindible crear estrategias dirigidas a mejorar el proceso de inicio de la terapia y mejorar la adherencia subsecuente. En reciente publicación, se destaca justamente la diferencia significativa en la presencia de grupos clínicos de trabajo por sobre las intervenciones individuales³, considerando a estas menos estandarizadas y por ende menos eficaces a la hora de la acción instructiva, así como ocurre en otras patologías como diabetes o artritis reumatoidea^{4,5}.

En los distintos grupos de trabajo se utilizan estrategias específicas, uno de ellos presenta HAPA (health action process approach), un modelo de intervención cognitiva basada en procesos de motivación pre-intencionales y procesos volitivos post-intencionales con un grupo control sometido a la instrucción standard. Las diferencias fueron significativas tanto en el uso promedio como en el porcentaje de más de 4hs de uso por noche al mes y 3 meses de uso de CPAP⁶.

En relación a lo anterior, la evaluación del rol de la intervención social en la adherencia al tratamiento con CPAP permitió desarrollar intervención psicológica, más que la educación como único recurso, ya que se observó que esta única estrategia tendría un efecto limitado en la adherencia. Trabajando a través de una teoría cognitiva social más la información usual de uso se mejoró el uso de CPAP en 2,9 horas al mes. Se utilizaron baterías de cuestionarios y test neuroconductuales al mes y a los 6 meses. Se realizó una instrucción básica a todo el grupo de pacientes y luego se trabajó con pequeños grupos en el desarrollo de la terapia cognitiva social con expertos psicólogos, basada en 3 factores: incremento de eficacia autopercibida, expectativas de evolución y soporte social. Un segundo grupo con la totalidad de los pacientes brindó igual información a través de videos, pero en grupo tipo merienda de trabajo. Una única intervención por grupos pequeños más intensiva no fue más eficaz que la interacción social en la totalidad del grupo⁷.

Esto vuelve a remarcar la trascendencia de la interacción en los procesos de estimulación de adherencia al CPAP.

En otros análisis, al procedimiento de vigilancia intensiva se trató de agregar el beneficio de uso de dispositivos automáticos en relación con los fijos, y se observó que **independientemente del dispositivo utilizado el efecto de intervención intensiva**

generó un retorno para el seguimiento de 88% de los pacientes versus 68% de los que recibían un soporte estándar. A diferencia de los otros grupos la intervención fue de tipo Home Care (visita domiciliaria)⁸.

Cinco factores fueron identificados como influyentes en la adherencia al tratamiento con CPAP⁹:

Colapsabilidad de vía aérea, resistencia nasal, severidad del índice de apneas-hipopneas, nivel de desaturación de oxígeno, somnolencia diurna.

Características de los pacientes: tipo de personalidad, humor, depresión, raza y estado socioeconómico.

Eficiencia del proceso de titulación de presión y uso de dispositivos autotitulares.

Efectos adversos de las máscaras. Claustrofobia.

Psicológicos: auto-eficacia, expectativas.

Estos factores deberían tenerse en cuenta a la hora de diseñar las intervenciones. De acuerdo a estas premisas y al control de los datos del grupo de trabajo, me hago las siguientes preguntas sobre el trabajo publicado, en relación con lo metodológico más que con el contenido y la intención del equipo del Hospital Británico.

En la selección de pacientes, el grupo control está constituido por pacientes que no asistieron a la escuela, no hay referencia de que este grupo haya recibido una instrucción individual comparable, lo cual los ubica como "parcialmente" comparables.

El control de cumplimiento se realizó en un promedio de tiempo de 34 semanas, por lo que surge que algunos pacientes se evaluaron al inicio y otros a mediano plazo; la utilización de plazos específicos estipulados por los autores, tal como se establece en la literatura, daría la posibilidad de analizar menos cualitativamente la cuestión de tiempos de cumplimiento. Si se intenta desarrollar un programa de fomento de uso de un tratamiento, tal como se expresa en los objetivos, ¿por qué se evalúa su continuidad 8 meses y medio después? Sería también recomendable el control objetivo de uso de los equipos a través de la información de almacenamiento interno de datos y quizás considerar la posibilidad de utilizar el mismo equipo (igual marca) a fin de evitar el sesgo de los distintos algoritmos a partir de los cuales se objetiva cumplimiento.

El hecho de no haber randomizado la muestra, hubiera podido minimizarse con una muestra mayor.

Queda como dato a analizar la asociación entre severidad –síntomatología y asistencia– cumplimiento de los asistentes y no asistentes.

Sería interesante además conocer las encuestas utilizadas, los puntos que la constituyen y por qué algunas eran incompletas y por ende descartadas, ¿es que los pacientes cortaban el teléfono antes de terminar? (se aclara que dichas encuestas fueron telefónicas); la escala de evaluación de somnolencia tampoco se describe, si se utilizó la de Epworth es recomendable sea auto administrada.

Finalmente, considero que informar a los colegas de toda iniciativa para mejorar métodos diagnósticos y de tratamiento constituye el valor más importante de este y todos los trabajos que se pueden compartir a través de las publicaciones locales.

Conflicto de intereses: la autora declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. 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): 349-62.
2. Lettieri CJ, Walter RJ. Impact of group education on continuous positive airway pressure adherence. *J Clin Sleep Med* 2013;9(6):537-541.
3. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care* 2002; 25: 269-74.
4. Barlow JH, Barefoot J. Group education for people with arthritis. *Patient Educ Couns* 1996; 27: 257-67
5. Weaver TE, Grunstein RR. Adherence to continuous positive airway pressure therapy: the challenge to effective treatment. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5: 173.
6. Ting Deng & Yan Wang & Mei Sun & Baoyuan Chen. Stage-matched intervention for adherence to CPAP in patients with obstructive sleep apnea: a randomized controlled trial. *Sleep Breath* (2013) 17: 791-801.
7. Bartlett D, Wong K, Richards D, et al. Increasing adherence to obstructive sleep apnea treatment with a group social cognitive therapy treatment intervention: a randomized trial. *Sleep* 2013; 36(11): 1647-1654.
8. Damjanovic D, Fluck A, Bremer H, Müller-Quernheim J, Idzko M, Sorichter S. Compliance in sleep apnoea therapy: influence of home care support and pressure mode. *Eur Respir J* 2009; 33: 804-811.
9. Sawyer AM, Gooneratne N, Marcus CL, Ofer D, Richards KC, Weaver TE. A systematic review of CPAP adherence across age groups: clinical and empiric insights for developing CPAP adherence interventions. *Sleep Med Rev* 2011; 15(6): 343e365.