

CPAP_N: TODOS LOS DÍAS, DURANTE TODAS LAS HORAS DE DESCANSO NOCTURNO

M.R. Cabello Salas

Servicio de Neumología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Basados en el criterio convencional de la necesidad de sueño en el adulto de edad media, se ha establecido que el cumplimiento óptimo de la terapia mecánica con presión aérea positiva continua nasal (CPAP_N) es de 7 horas por noche y durante todas las noches.

El estudio que se publica en este número de la Revista bajo el título "Análisis del cumplimiento del tratamiento con dispositivos de presión positiva en pacientes con síndrome de Apnea- Sueño por Sanchez Armengol y cols. recoge una amplia casuística y evalúa el cumplimiento a largo plazo mediante el contador horario externo de la CPAP_N, agrupando posteriormente a los pacientes según el número de horas de uso en irregulares, regulares y óptimos. También ofrece en sus resultados información sobre la aceptación y la eficacia clínica. Para la valoración de éstos y otros resultados es conveniente recordar que al no existir un acuerdo unánime en los criterios para definir o evaluar cumplimiento y eficacia, cada autor confecciona su propia definición y elige la forma de evaluarlos. Los resultados pueden por tanto ser diferentes. Una dificultad añadida a la interpretación de los mismos depende de que, si bien estos pacientes son similares en la presentación de su cuadro clínico, son únicos en la aceptación y cumplimiento de la terapia, con una amplia variabilidad inter e intrapaciente.

Vamos a considerar lo que en el momento actual conocemos. La CPAP_N es la más efectiva de las terapias para corregir los trastornos respiratorios y sus consecuencias en el SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS), derivándose beneficios clínicos importantes en la mayoría de los pacientes que la siguen de una forma regular.

En el presente estudio se muestra cómo esta eficacia estuvo presente en 117 de los 118 pacientes. La aceptación general debe considerarse como excelente, tanto en el período inicial (3 primeros meses) como a largo plazo. Encuentran también que solamente 3 de los 118 pacientes no la aceptaron en los dos primeros meses y 114 continuaron usándola a largo plazo (27 meses). A nuestro parecer, los factores que influyen en la aceptación inicial dependen de las características psicológicas del paciente y de su estado clínico. Los factores psicológicos son múltiples e implican edad, sexo, nivel cultural y estado social. Cuando los pacientes rehúsan inicialmente la terapia por esta causa, es difícil que les hagamos cambiar de conducta. El estado clínico es también importante. Si son SAOS sintomáticos partiremos de una actitud positiva para iniciar y continuar la terapia. A este grupo pertenecen la mayoría de los pacientes estudiados por Sánchez Armengol y cols., donde el 84% presentaba síntomas de moderados a graves y su índice de apnea-hipopnea (1AH) era de 45. Si los pacientes están asintomáticos o levemente afectados la actitud inicial será diferente dependiendo, según nuestra opinión, de las patologías asociadas. Así pues, un paciente SAOS sin otra patología tendrá una aceptación inicial previsiblemente mala; en aquellos otros en que se asocie patología cardio y/o cerebro-vascular obtendremos mayor o menor grado de cumplimiento en función de la importancia que el paciente otorgue a su patología. Si estableciéramos un rango de aceptación inicial podríamos decir que en el SAOS sintomático sería buena, en el asintomático sin patología sería mala, y en el asintomático con patología sería regular. Cuando el paciente sobrepasa esta etapa de aceptación inicial suele mantener una conducta estable para su utilización a largo plazo, pero que la continúe no implica que el cumplimiento sea el adecuado. Si, como hacen los autores del estudio, quisiéramos conocer en este momento qué pacientes afectados de SAOS -y sintomáticos- serán buenos o malos cumplidores, no encontraríamos

ningún parámetro predictivo. ¿Como cumplen el tratamiento? La respuesta unánime es que la mayoría usan la CPAPN durante menos días y menos horas de lo que tienen prescrito. Valorar el cumplimiento es difícil, y ante cualquier análisis de resultados, debemos tener presente qué criterios y medidas de evaluación han sido seleccionados. Nos podemos basar en la apreciación subjetiva del paciente o en medidas objetivas, como el contador horario externo o el contador horario de presión eficaz en mascarilla (Pef). La apreciación subjetiva del paciente sobreestima por término medio en una hora al contador externo, como evidencia este estudio. El contador horario informa de las horas que la CPAP ha estado conectada a una fuente eléctrica, y por tanto debemos asumir errores importantes (fugas de presión por desajuste de la mascarilla nasal, tiempos de retardo de presión, desconexiones involuntarias o no- e incluso la propia fiabilidad del paciente). En un intento por evitar estos factores que sobreestiman su tiempo de uso, algunos estudios han sido realizados con un contador horario de Pef, que sólo contabilizaría el tiempo que se alcanza la presión terapéutica. Gracias a ellos, sabemos que el contador horario sobreestima el tiempo de Pef hasta en un 7-9%. Además, ninguna de estas medidas nos informa acerca de en qué horas del día ni de cuántos días ha sido utilizada, y por tanto valoramos el cumplimiento asumiendo que todas las horas contabilizadas lo han sido durante el período nocturno y que su utilización ha sido todos los días. Aunque sería deseable que la CPAPN dispusiera de monitorización de todas estas variables para poder saber el verdadero modelo de cumplimiento, o variaciones de éste en cada paciente, los aparatos de uso convencional sólo nos ofrecen el contador horario externo.

El estudio muestra una de las tasas más altas (42%) de cumplimiento óptimo conocidas por nosotros. Es importante destacar que, independientemente del cumplimiento, la eficacia clínica completa (definida por los autores como ausencia total de síntomas) se presentó en todos los grupos sin existir diferencias significativas. Por tanto, si utilizáramos la clínica para valorar el cumplimiento terapéutico éste no podría ser identificado; pero si el objetivo médico es mantener al paciente libre de síntomas la valoración clínica, en último término, debería ser lo importante.

¿Qué puede confundirnos: la valoración de la eficacia clínica basada en la apreciación subjetiva del paciente o la hipótesis razonable de que a mejor cumplimiento mayor beneficio? Tenemos que hacer dos consideraciones al respecto: 1) La difícil cuantificación de la somnolencia, incluso utilizando tests específicos, y 2) nuestro desconocimiento acerca de las horas de sueño no alterado que son necesarias para sentirse bien. Estos autores estiman que el cumplimiento no viene condicionado por los efectos adversos y que, aunque existen, no presentan diferencias significativas entre los grupos. Este criterio es, para nosotros al menos, discutible. Los estudios ensayando auto-CPAP han mostrado que, si nos adaptamos a las necesidades del paciente, variando la Pef según los estados del sueño y alteraciones respiratorias, los pacientes utilizan durante más tiempo la terapia al referir menores efectos adversos'. El modelo de uso que comúnmente refieren los pacientes es la utilización de la CPAPN durante las 4-5 primeras horas de descanso, siendo retirada posteriormente y permaneciendo 1-2 horas más en cama, aunque no necesariamente durmiendo. Si preguntamos a los pacientes los motivos de esa conducta suelen referir incomodidad o que no precisan más horas de CPAPN. Cuando especifican su incomodidad se recogen una serie de quejas, que no difieren de las que en este estudio se consideran como efectos adversos. El hecho real es que la CPAPN se queda corta en proporcionar un sueño de calidad, cada noche y durante todas las noches; pero que si podemos disminuir las molestias, el cumplimiento será mejor. Es posible que parte de esta incomodidad sea debida a que el paciente recibe una presión supraóptima, ya que sabemos que las necesidades de presión pueden disminuir a lo largo del tiempo o con cambios en el peso corporal.

Deberían llevarse a cabo ajustes periódicos de presión; no obstante, como ello conllevaría la necesidad de realizar estudios polisomnográficos las largas listas de espera de los Laboratorios del Sueño han convertido esto en un lujo.

No sabemos si los pacientes tienen o no razón cuando estiman que no precisan más horas de CPAP. Aunque es razonable la hipótesis de que a mayor uso mayor beneficio clínico, nos falta definir criterios y confirmar esta hipótesis. Debemos emplear tiempo y esfuerzo para que esta terapia, sin duda eficaz, sea cumplida adecuadamente. En nuestra opinión, los pacientes tienen que recibir todo el apoyo médico y la asistencia técnica especializada que requieran. Creemos necesaria la realización de más estudios clínicos que nos puedan concretar un mejor conocimiento de todos estos hechos.

BIBLIOGRAFÍA

1 Meurice J-C, Marc I, Sériès E Efficacy of auto-CPAP in the treatment of obstructive sleep 1 apnea/hypopnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153:794-798