



Editorial

Manejo de la apnea obstructiva del sueño en atención primaria en relación con el nuevo documento de consenso internacional



Management of obstructive sleep apnea in primary care in relation to the new international consensus document

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es uno de los trastornos crónicos más frecuentes en Neumología, con una incidencia en constante crecimiento debido al aumento de la esperanza de vida y, sobre todo, al incremento de la prevalencia de algunos de sus factores predisponentes, especialmente de la obesidad¹. La AOS se comporta como un importante problema de salud pública dada su asociación con la enfermedad cardiovascular y metabólica y con el deterioro de la calidad de vida. La enfermedad está claramente infradiagnosticada, lo que indudablemente tiene un impacto negativo en la salud de los pacientes y, por ende, en el incremento del gasto sanitario. Se ha comprobado que los pacientes con AOS consumen más recursos sanitarios en los años previos a su diagnóstico²⁻⁴. Por todo ello, es importante tener en cuenta no solo los gastos directos generados por la propia entidad, sino también los indirectos derivados de lesiones relacionadas con el trabajo, la pérdida de productividad, las bajas laborales, la alteración de la calidad de vida y la muerte prematura^{5,6}.

La elevada prevalencia de esta patología hace que su abordaje exclusivo en las Unidades de Sueño sea insostenible. Actualmente hay un consenso amplio en la necesidad de implicar en su gestión a los diferentes niveles asistenciales, especialmente, a la Atención Primaria. En este sentido, se han propuesto diversos modelos de atención de la AOS. Desde la aplicación de cuestionarios de criba asociados o no a estudios simplificados de monitorización ambulatoria, hasta esquemas de trabajo que trasladan a Atención Primaria todo el proceso asistencial de diagnóstico y tratamiento con resultados no inferiores al manejo convencional por la unidad especializada⁷⁻¹⁰. El reciente documento internacional de consenso sobre la AOS hace hincapié en la necesidad de incorporar el trabajo multidisciplinar en el manejo de la AOS, organizado en forma de red asistencial con modelos de diagnóstico coordinados y colaborativos entre la Atención Primaria y las Unidades de Sueño¹¹. El documento describe como imprescindible la participación de la Atención Primaria para mejorar la situación de infradiagnóstico, reducir las listas de espera y garantizar la continuidad asistencial del paciente. Así, Atención Primaria tendría un papel fundamental en el reconocimiento de los pacientes que requirieran derivación a la Unidad de Sueño. Serían aquellos con al menos dos de los tres síntomas fundamentales: roncopatía, apneas evidenciadas y/o excesiva somnolencia diurna o cansancio no justificado. El uso de

cuestionarios clínicos validados como el STOP-Bang¹² podría ser de ayuda en la detección. Muy importante, asimismo, sería el papel de la Atención Primaria en la identificación de los pacientes con criterios de derivación preferente como son aquellos con: profesiones de riesgo, insuficiencia respiratoria, somnolencia diurna muy incapacitante, hipertensión arterial resistente o refractaria, arritmia cardíaca de difícil control o patología secundaria a AOS no controlada. Por último, en Atención Primaria se debería llevar a cabo el seguimiento de los pacientes a largo término y el control de las comorbilidades. Además, los pacientes con buen cumplimiento de presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y buena respuesta clínica podrían ser remitidos a Atención Primaria a partir del primer año. Se remitirían de nuevo al especialista los pacientes sin indicación inicial de CPAP pero que presenten nueva sintomatología o factores de riesgo cardiovascular, aquellos que inicialmente rechazaron o no toleraron la CPAP y deseen retomar el tratamiento, en los que se detecte incumplimiento de la CPAP o efectos secundarios provocados por la misma o aquellos en los que se evidencie un cambio ponderal considerable.

El documento de consenso incluye un algoritmo diagnóstico para pacientes con elevada sospecha clínica de AOS en Atención Primaria (escala de Epworth ≥ 12 y 2 de los siguientes tres criterios: ronquido alto habitual, despertares asfícticos o apneas observadas y/o hipertensión arterial). Mediante el análisis automático de estudios simplificados con dispositivos de uno o dos canales basados en oximetría y presión nasal, los médicos de Atención Primaria podrían establecer una decisión diagnóstica. Ahora bien, por el momento no hay suficiente evidencia para iniciar de forma generalizada el tratamiento con CPAP exclusivamente en un entorno de Atención Primaria. El manejo siempre se debería realizar en coordinación con la Unidad de Sueño, mediante protocolos ajustados según las necesidades y características reales de cada entorno, adaptando el modelo de colaboración a cada territorio.

En los anexos del consenso se citan otros objetivos concretos a incorporar para optimizar la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales, aprovechando la irrupción de las nuevas tecnologías de comunicación, como son: la creación de plataformas de interrelación, la creación de historias clínicas básicas compartidas que incluyan síntomas de la AOS, diagnóstico diferencial de otras enfermedades de sueño y exploración de la vía aérea superior;

así como la creación de plantillas telemáticas de derivación bidireccional.

Sin duda, es imprescindible un cambio en el modelo actual de atención de la AOS que permita integrar su manejo en una red asistencial amplia en la que los profesionales de Atención Primaria tengan un papel destacado en la detección de la entidad, la toma de decisiones y el seguimiento de los pacientes. De hecho, se trata de implementar en la AOS un modo de trabajo ya muy consolidado en otras patologías crónicas de elevada prevalencia en la comunidad, como son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Financiación

Los autores no han contado con financiación para la elaboración del presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés con relación al contenido del presente trabajo.

Bibliografía

1. Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, Heinzer R, Ip MSM, Morrell MJ, et al. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. *Lancet Respir Med.* 2019;7(8):687–98.
2. Ronald J, Delaive K, Roos L, Manfreda J, Bahammam A, Kryger MH. Health care utilization in the 10 years prior to diagnosis in obstructive sleep apnea syndrome patients. *Sleep.* 1999;22(2):225–9.
3. Kryger MH, Roos L, Delaive K, Walld R, Horrocks J. Utilization of health care services in patients with severe obstructive sleep apnea. *Sleep.* 1996;19 9 Suppl:S111–6.
4. Sassani A, Findley LJ, Kryger M, Goldlust E, George C, Davidson TM. Reducing motor-vehicle collisions, costs, and fatalities by treating obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep.* 2004;27(3):453–8.
5. Hillman DR, Murphy AS, Pezzullo L. The economic cost of sleep disorders. *Sleep.* 2006;29(3):299–305.
6. Sjösten N, Vahtera J, Salo P, Oksanen T, Saaresranta T, Virtanen M, et al. Increased risk of lost workdays prior to the diagnosis of sleep apnea. *Chest.* 2009;136(1):130–6.
7. Mayos M, Peñacoba P, Pijoan AMP, Santiveri C, Flor X, Juvanteny J, et al. Coordinated program between primary care and sleep unit for the management of obstructive sleep apnea. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2019;29(1):39. <http://dx.doi.org/10.1038/s41533-019-0151-9>.
8. Peñacoba P, Llauger MA, Fortuna AM, Flor X, Sampol G, Pedro Pijoan AM, et al. Primary care and sleep unit agreement in management decisions for sleep apnea: a prospective study in Spain. *J Clin Sleep Med.* 2020;16(9):1579–89. <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.8492>.
9. Tarraubella N, Sánchez-De-La-Torre M, Nadal N, De Batlle J, Benítez I, Cortijo A, et al. Management of obstructive sleep apnoea in a primary care vs sleep unit setting: A randomised controlled trial. *Thorax.* 2018;73(12):1152–60.
10. Ángeles Sánchez-Quiroga M, Corral J, Gómez-de-Terres FJ, Carmona-Bernal C, Asensio-Cruz MI, Cabello M, et al. Primary care physicians can comprehensively manage patients with sleep apnea a noninferiority randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018;198(5):648–56.
11. Mediano O, González Mangado N, Montserrat JM, Alonso-Álvarez ML, Almen-dros I, Alonso-Fernández A, et al. International Consensus Document on Obstructive Sleep Apnea. *Arch Bronconeumol.* 2022;58:52–68.
12. Chung F, Abdulah HR, Liao P. STOP-Bang Questionnaire: A practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea. *Chest.* 2016;149:631–8. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.15-0903>.

Patricia Peñacoba Toribio^{a,*}, Ana M. Fortuna Gutiérrez^a
y Mercè Mayos Pérez^{a,b}

^a *Unidad de Trastornos del Sueño, Servicio de Neumología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España*

^b *Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Investigación Carlos III, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ppenacoba@santpau.cat (P. Peñacoba Toribio).