



Editorial

Abarcando el problema del síndrome de apneas-hipopneas del sueño desde la gestión en red: unidades asistenciales



A network management approach to sleep apnea-hypopnea syndrome: Healthcare units

Olga Mediano^{a,d,*}, Ferran Barbé-Illa^{b,d} y Josep M. Montserrat^{c,d}

^a Unidad de Sueño, Sección de Neumología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^b Hospital Universitari Arnau de Vilanova y Santa María, Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, Lleida, España

^c Unitat de Biofísica i Bioenginyeria, Hospital Clínic de Barcelona, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Institut Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

^d Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES)

Ya nadie duda que el síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública. De hecho, reúne todas las características para ser considerado de esta manera: es una enfermedad altamente prevalente, tiene un diagnóstico cierto y un tratamiento eficaz. Además, supone una grave repercusión en la calidad de vida e incrementa la siniestralidad de los que la padecen. La gran labor investigadora realizada en los últimos años, gran parte de ella de mano del Spanish Sleep Network, acredita su posible relación con el riesgo cardiovascular¹ y una peor evolución oncológica². Por tanto, abordar este problema implica la participación y compromiso de todos los estamentos tanto sanitarios como no sanitarios. Sin embargo, el sueño podría considerarse el gran olvidado en el binomio salud y bienestar. La preocupación por el buen dormir debería ser equiparable a la actualmente existente por una dieta saludable o por la realización de ejercicio³.

Las especiales características diagnósticas y terapéuticas de esta enfermedad han generado, de forma prolongada en el tiempo y en unidades de muy diversas características, problemas de gestión asistencial, que en ocasiones han llegado a parecer inabordables. A estos problemas asistenciales se suman los, nada despreciables, problemas administrativos derivados de los crecientes recursos sanitarios necesarios. A pesar de los grandes esfuerzos organizativos y de formación realizados en los últimos años, la mayoría de los centros mantienen cronificados los mismos problemas, que se resumen de forma simplificada en interminables listas de espera y presiones de diversa índole sobre el manejo de la terapia respiratoria domiciliaria.

Para abordar la situación del SAHS se requiere incidir en los 3 pilares que sostienen la problemática de esta enfermedad: su específico modelo de gestión, la peculiaridad de su diagnóstico y la complejidad de su tratamiento:

1. En cuanto al «modelo de gestión» hay que tener en cuenta que el paciente con SAHS padece, además, múltiples enfermedades frontera que requieren ser manejadas de forma concomitante. Frecuentemente se solapan con otras enfermedades de sueño también muy frecuentes y con comorbilidades de distinta índole que requieren ser atendidas en su conjunto. No sirven en esta enfermedad, por tanto, los modelos de gestión del clásico servicio clínico que maneja los procesos de forma lineal desde su inicio hasta su final por una única especialidad y en un único ámbito (generalmente el hospitalario). El paciente con SAHS no puede tener repartidos los distintos diagnósticos implicados en su sueño, y debe ser atendido de forma integral y unitaria. El manejo del paciente con SAHS requiere, además, la atención del mismo sobrepasando las paredes del hospital, incluyendo la asistencia primaria⁴ y llegando, incluso, al propio domicilio del paciente. Para hacer de esto una realidad es preciso, además, que todos los niveles asistenciales estén involucrados en el proceso (administración, hospital, centro de salud, domicilio), así como todos los niveles profesionales (dirección, personal médico, de enfermería y técnico).

Por tanto, y atendiendo a estas características especiales, la gestión de este proceso sería más eficaz desde un modelo de «Red asistencial». Los distintos niveles asistenciales de la misma se materializarían en unidades clínicas de características diversas y con un nivel de complejidad creciente según su posición en la escala asistencial (básicas, respiratorias y multidisciplinarias). El sistema en red, como su propio nombre indica, requiere una interrelación estrecha entre sus distintos componentes, en los que cada pieza conozca la jerarquía de la misma, área de influencia, canales de comunicación, pautas comunes de actuación y sistemas de canalización. Las claves del éxito de funcionamiento de la red son básicamente la autonomía, la información, la formación y la comunicación. Este modelo permite una optimización de los recursos existentes, poniéndolos a disposición de toda la red y optimiza las prioridades en función de la preferencia y la complejidad.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: olgamediano@hotmail.com (O. Mediano).

Como última pauta de esta primera fase se hace necesario invertir la pirámide de carga de manejo de estos pacientes. De forma clásica, el grueso de los pacientes con SAHS han sido valorados y seguidos por los médicos expertos en medicina del sueño (base de la pirámide) con muy poca o nula intervención de la medicina de primaria y la enfermería (vértice). Esta situación se hace insostenible y se requiere una implicación fundamental del médico de atención primaria y la enfermería en el manejo de la mayoría de estos pacientes (pasando a ser la base de la pirámide) y remitiendo solo a aquellos pacientes de mayor complejidad a las unidades más especializadas (vértice). De este modo, el manejo del paciente con SAHS pasaría a tener un importante componente extrahospitalario (incluso fuera de las propias unidades).

2. En cuanto al abordaje del problema del «Diagnóstico» hay que abarcar tanto el problema del infradiagnóstico como los derivados de las listas de espera. En cuanto al *infradiagnóstico* el papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial a la hora de identificar los *casos sospechosos*. El mensaje debe ser claro y se deben remitir aquellos pacientes con 2 de los 3 síntomas cardinales (roncopatía, apneas presenciadas y/o hipersomnolencia/cansancio). Tan importante como esto es la *derivación preferente* de los pacientes con profesiones de riesgo, hipersomnolencia incapacitante o insuficiencia respiratoria. Si todos los MAP tuvieran claros estos 2 conceptos, ya tenemos mucho camino recorrido, con una sencilla herramienta de identificación y evitando esperas innecesarias en pacientes de riesgo. Con relación a las *listas de espera* se hace imprescindible la aplicación de métodos supersimplificados. Para su aplicación se debe tener en cuenta que cuanto más simple es un método se requiere una mejor valoración clínica previa del paciente (mayor experiencia de la persona que atiende), y conocer el papel de los mismos y sus limitaciones. El valor de estos métodos va a residir en su capacidad de identificar a los pacientes con SAHS más graves del grueso de los pacientes en espera para un estudio de sueño, permitiéndonos optimizar el tiempo de inicio de los tratamientos en los pacientes que más lo requieren.
3. En cuanto al abordaje de los problemas derivados del «Tratamiento», y partiendo de que este es coste-eficiente y disminuye la morbimortalidad asociada, se hace inevitable plantear su organización desde el punto de vista de la sostenibilidad de los servicios y de la búsqueda de la mayor eficiencia. Hay que tener en cuenta que el paciente con SAHS, en muchas ocasiones va a ser un paciente crónico⁵, por lo que se hace imprescindible la optimización de los recursos disponibles: *a)* las empresas suministradoras son actor principal en este proceso, por lo que se les deben exigir estándares de calidad asistencial que deben ser valorados por el personal sanitario responsable de las unidades. De esta forma se establecerá un riesgo compartido no basado solo en motivos económicos, sino en eficacia de tratamientos; *b)* es

imprescindible trabajar en conexión estrecha con las empresas suministradoras (nunca en paralelo) optimizando los recursos disponibles, y *c)* a día de hoy se hace obligada la aplicación de todos los medios que nos ofrecen las nuevas tecnologías (telemedicina, equipos inteligentes⁶, equipos supersimplificados⁷...), que nos permitan la optimización del tiempo empleado y establecer medidas de control de los incumplidores como arma de sostenibilidad.

Por último, y en previsión de los resultados de las actuales investigaciones en marcha sobre las consecuencias del SAHS, se pueden producir cambios relevantes en las indicaciones del manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes. Debemos adelantarnos a ellos y estar preparados para afrontar estos nuevos retos, probablemente inabordables con el actual planteamiento de trabajo. En este sentido debemos reflexionar sobre la hegemonía de la CPAP como principal protagonista en el tratamiento existente a día de hoy para esta enfermedad. Quizás el manejo de nuestros pacientes requiere orientar su tratamiento desde un punto de vista de salud más global, sin diagnósticos compartimentados. Debemos poner nuestros esfuerzos en optimizar el tratamiento de la obesidad, la comorbilidad, el resto de tratamientos alternativos y las enfermedades de sueño no respiratorias. Tenemos que plantearnos si estamos enfocando nuestras líneas de investigación en este sentido, con el fin de avanzar hacia procedimientos que vayan a facilitar abordar el manejo de nuestros pacientes en un futuro ya muy cercano.

Bibliografía

1. Marín JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agustí AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: An observational study. *Lancet*. 2005;365:1046–53.
2. Martínez-García MA, Campos-Rodríguez F, Durán-Cantolla J, de la Peña M, Masdeu MJ, González M, et al. Obstructive sleep apnea is associated with cancer mortality in younger patients. *Sleep Med*. 2014;7:742–8.
3. Mukherjee S, Patel SR, Kales SN, Ayas NT, Strohl KP, Gozal D, et al. The importance of healthy sleep. Recommendations and future priorities. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;191:1450–8.
4. Chai-Coetzer CL, Antic NA, Rowland LS, Reed RL, Esterman A, Catchside PG, et al. Primary care vs specialist sleep center management of obstructive sleep apnea and daytime sleepiness and quality of life: A randomized trial. *JAMA*. 2013;309:997–1000.
5. Heatley EM, Harris M, Battersby M, McEvoy RD, Chai-Coetzer CL, Antic NA. Obstructive sleep apnoea in adults: A common chronic condition in need of a comprehensive chronic condition management approach. *Sleep Med Rev*. 2013;5:349–55.
6. Kuna ST, Shuttleworth D, Chi L, Schutte-Rodin S, Friedman E, Guo H, et al. Web-based access to positive airway pressure usage with or without an initial financial incentive improves treatment use in patients with obstructive sleep apnea. *Sleep*. 2015;38:1229–36.
7. Masa JF, Corral J, Pereira R, Durán-Cantolla J, Cabello M, Hernández-Blasco L, et al., Spanish Sleep Network. Therapeutic decision-making for sleep apnea and hypopnea syndrome using home respiratory polygraphy: A large multicentric study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184:964–71.