

## Presentación

J. Durán-Cantolla<sup>a</sup> y Nicolás González-Mangado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad Respiratoria de Trastornos del Sueño. Sección de Neumología. Hospital Txagorritxu. Vitoria. Álava. Coordinador del grupo IRTS de la SEPAR. España.

<sup>b</sup>Servicio de Neumología. Hospital Jiménez Díaz (Clínica la Concepción). Madrid. España.

En los últimos años, los trastornos respiratorios del sueño y especialmente el síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) han generado un interés creciente en la comunidad médica. Los libros de medicina interna y las revistas especializadas dedican un espacio importante al SAHS. De hecho, en una búsqueda en Medline (PubMed) con la palabra “*sleep apnea*” se obtuvieron 13.039 entradas, de las que 1.144 correspondieron al año 2004. Toda esta información ha facilitado el conocimiento de esta entidad entre los médicos y también en la sociedad en su conjunto, la cual reclama su derecho a ser atendida con rapidez, obtener un diagnóstico preciso y recibir un tratamiento adecuado.

El SAHS es una enfermedad muy prevalente que afecta al 1-3% de la población infantil, al 4-6% de los hombres y al 2-4% de las mujeres en la población general adulta de edades medias, y su prevalencia aumenta claramente con la edad. Se ha demostrado que el SAHS está asociado con el deterioro de la calidad de vida, la hipertensión arterial, el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y los accidentes de tráfico. Además, se acepta un exceso de mortalidad asociado al SAHS. Por otra parte, se dispone de tratamientos eficaces. Por ello, y considerando las complicaciones médicas del SAHS, así como las repercusiones sociolaborales y su negativo impacto en la calidad de vida y supervivencia, se afirma que esta enfermedad es un problema de salud pública que obliga al médico a identificar a los pacientes subsidiarios de tratamiento. De hecho, se ha comprobado que no diagnosticar y tratar a los pacientes con SAHS supone un consumo de recursos 2-3 veces mayor que el de la población sin SAHS.

A pesar de todos estos datos sobre la relevancia del SAHS, en los estudios realizados en los diferentes sectores de edad se ha puesto de manifiesto que en España hay entre 1.200.000 y 2.150.000 sujetos portadores de un SAHS relevante y, por tanto, subsidiarios de ser tratados. No obstante, tan sólo se ha diagnosticado y tratado al 5-9% de esta población. Por ello, estamos muy le-

jos de haber alcanzado una situación óptima. En cuanto a las unidades de sueño disponibles en España, aunque su número se ha triplicado en los últimos 9 años, son insuficientes y no están adecuadamente dotadas para atender esta demanda creciente, con lo que se originan largas listas de espera que a veces llegan a 1 año o más antes de materializarse en la realización de una prueba de sueño.

La SEPAR publicó en 1995 y 1998 unas recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento del SAHS. Además, en 1998, y de acuerdo con la Sociedad Española de Neurofisiología Clínica, la Sociedad Española de Neurología y la Asociación Ibérica de Patología del Sueño (AIPS), junto con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo, se crearon unas guías clínicas para el diagnóstico y el tratamiento del SAHS, así como unos criterios para remitir a los pacientes con sospecha de SAHS desde la asistencia primaria a las unidades de sueño. Estas guías han sido muy útiles, pero su alcance y su difusión han resultado insuficientes. Por otra parte, en estos últimos 6 años, en gran parte debido a los estudios realizados por grupos españoles, se ha avanzado mucho en el conocimiento del SAHS, especialmente en su epidemiología, diagnóstico y tratamiento, así como en sus consecuencias cardiovasculares. Asimismo, la tecnología ha permitido simplificar el diagnóstico y mejorar el tratamiento del SAHS con la aparición de los modernos sistemas de presión continua positiva por vía nasal (CPAP) y auto-CPAP. Finalmente, la necesidad de sospechar la enfermedad por parte de los médicos de atención primaria y la obligación de acceder a un mejor control del tratamiento de estos pacientes han llevado a que el papel de la médicos de familia y otros especialistas en la aproximación inicial al diagnóstico y el control a largo plazo de los pacientes tratados sea fundamental.

Por ello, la SEPAR se planteó la necesidad de impulsar y patrocinar la elaboración de un documento de consenso sobre el SAHS con todas las sociedades y asociaciones científicas con responsabilidad en esta entidad, así como diferentes consultores e interlocutores sociales, para conseguir el más amplio acuerdo posible. Este consenso ha sido posible porque todas las sociedades y agrupaciones han participado con generosidad y solidaridad en su elaboración, y han aportado sus conoci-

Correspondencia: Dr. J. Durán-Cantolla.  
Unidad Respiratoria de Trastornos del Sueño.  
Sección de Neumología. Hospital Txagorritxu.  
José Achotegui, s/n. 01009 Vitoria. España.  
Correo electrónico: joaquin.duran@telefonica.net

tos y experiencia. En este sentido, merece especial mención el hecho de que todos los acuerdos han sido alcanzados por unanimidad de todos los componentes del Grupo Español del Sueño (GES) y no ha sido preciso votar en ninguna ocasión, lo que evidencia el grado de consenso y colaboración del grupo GES. El documento ha sido llevado a cabo entre enero y septiembre de 2005 en los locales del Ministerio de Sanidad y en la Organización Médica Colegial por el GES. El GES representa el consenso alcanzado por 17 sociedades y asociaciones científicas que actúan en nombre de más de 50.000 especialistas y, a través de la Organización Médica Colegial, a la totalidad de los médicos de este país. Asimismo, este documento ha contado con la ayuda en su redacción de un epidemiólogo, un especialista en bioética, un magistrado, la colaboración de un paciente afectado de SAHS y la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), que representan a más de 250.000 consumidores. Por ello podemos afirmar que nunca antes se había alcanzado en España un consenso tan elevado integrado por la totalidad de la comunidad médica y a una parte importante de la ciudadanía.

El documento está dividido en dos partes bien diferenciadas. *El documento resumen*, que constituye el verdadero documento de consenso y que está redactado en un lenguaje sencillo y evitando el exceso de tecnicismos con objeto de que pueda ser comprendido tanto por personal sanitario como no sanitario. El documento resumen fue elaborado por el GES pero, además, contó con un nutrido grupo de invitados de todas las sociedades participantes que el 2 de junio de 2005 se reunió en los locales del Ministerio de Sanidad, por lo que todo el que quiso participar tuvo la oportunidad de hacerlo. En el caso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), se invitó formalmente a participar a todos los miembros del área de Insuficiencia Respiratoria y Trastornos del Sueño de IRTS que lo desearan. El documento resumen sintetiza un amplio y extenso documento en el que se explica de manera pormenori-

zada cada uno de los apartados de éste y constituye *el documento base*. Este documento base es el *corpus doctrinae* y en él se intercalan en cursiva las recomendaciones que el grupo GES hace sobre diferentes aspectos del SAHS.

El SAHS es un problema de salud pública de primera magnitud que aún no ha sido resuelto. En una sociedad avanzada como la nuestra no resulta coherente haber diagnosticado y tratado a menos del 10% de la población con un SAHS en sus formas más graves. Nosotros, los médicos especialistas que nos dedicamos a los trastornos respiratorios del sueño y que tenemos la responsabilidad del diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con SAHS debemos facilitar la coordinación entre las diferentes unidades de sueño, de manera que las unidades de referencia, que disponen de una infraestructura diagnóstica completa, puedan trabajar en coordinación con unidades simplificadas que disponen de una infraestructura más reducida, y que esa colaboración sea bidireccional. Asimismo, debemos ser capaces de impulsar y colaborar en planes de formación en esta entidad con nuestros compañeros de asistencia primaria para facilitar la identificación de los pacientes con sospecha de SAHS y su remisión al especialista, así como suministrar información sobre el SAHS y su forma de prevenirlo a la población general.

Finalmente, las autoridades sanitarias, tan preocupadas siempre por el gasto sanitario, deberían tener en cuenta que está demostrado que no diagnosticar, y por lo tanto, no tratar a estos pacientes supone un elevado coste en consumo de recursos sanitarios. Por consiguiente, su hasta ahora poca implicación en este problema, incluida su responsabilidad en el escaso número de unidades de sueño en España y la insuficiente dotación de éstas, no ha supuesto ningún ahorro sanitario sino, más bien, todo lo contrario. Será responsabilidad de todos conseguir mejorar en este proceso. En caso contrario, la sociedad estaría en su derecho de exigirnos responsabilidades por ello.