



Editorial

Acreditaciones en neumología. Unidades de sueño

Accreditation for Units Treating Sleep Disorders in Respiratory Medicine

Joaquín Terán Santos

Unidad de Sueño y Ventilación, Servicio de Neumología, Complejo Asistencial de Burgos, CIBER de Enfermedades Respiratorias (CibeRes), Burgos, España

En los últimos años, los trastornos respiratorios del sueño, y especialmente el síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS), han generado un interés creciente en la comunidad médica. Varios estudios epidemiológicos realizados en EE.UU. y Europa han puesto de manifiesto que el SAHS es una enfermedad muy prevalente, que afecta a un 4–6% de los varones y a un 2–4% de las mujeres de la población general adulta, y se ha demostrado también su asociación con el deterioro de la calidad de vida^{1,2}, con la aparición de hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, así como con los accidentes de tráfico^{3,4}. A pesar de todos estos datos sobre la relevancia del SAHS, los estudios realizados en los diferentes sectores de edad evidencian que en España hay entre 1.200.000 y 2.150.000 pacientes con SAHS relevante y que, a pesar de que es una enfermedad que tiene tratamiento, tan sólo lo recibe un 5–9% de los pacientes. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ha servido de marco para que en los últimos años se haya desarrollado en España una intensa actividad asistencial e investigadora en el campo de los trastornos del sueño, y en varios documentos, correspondientes a los años 1994; 1997; 2003, y 2007, se ha comunicado la situación asistencial de los pacientes con apnea de sueño y el desarrollo de las unidades de sueño en nuestro país^{5–8}.

Consciente de esta situación, la SEPAR inició en 2005, a través de su Área de Sueño, un debate para establecer la necesidad o no de comenzar un proceso de acreditación.

Recientemente se han publicado la “European Guidelines for the Accreditation of Sleep Medicine”⁹, que tiene como objetivo fundamental asegurar y mejorar el cuidado de los pacientes, y que examina y cualifica tanto a los miembros del laboratorio de sueño como los requisitos mínimos que debe cumplir un centro de medicina del sueño. Las guías europeas representan en un principio una línea de acción, que idealmente se pretende se siga de forma muy estrecha en toda Europa, pero que sin duda tiene que estar sujeta a ciertas excepciones, dependiendo del desarrollo local en cada país y de las regulaciones que estén establecidas. En este punto es importante recalcar que la medicina del sueño es una disciplina con un marcado carácter multidisciplinario, y que

en Europa se ha desarrollado unida a diferentes especialidades médicas y, en el caso concreto de España, con una gran aportación de los neumólogos. Es cierto, no obstante, que en el campo de la neumología todavía hay grandes lagunas en la formación y un desarrollo inadecuado, en los servicios de neumología, de infraestructuras y recursos humanos dedicados al diagnóstico y tratamiento de estas alteraciones⁸. Por lo tanto, existe una notable disociación entre la elevada prevalencia de alteraciones como el síndrome de apneas del sueño, el número creciente de pacientes que reciben tratamiento con algún soporte ventilatorio, la creciente actividad científica que se desarrolla en torno a los trastornos de la respiración durante el sueño y la “normalización” de la actividad asistencial dentro de los servicios de neumología. En 2001 Pack¹⁰ reflexionaba, en un excelente editorial publicado en *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, sobre estos aspectos y planteaba la posibilidad de que los jefes de los servicios de neumología mostrasen poco interés por el desarrollo de esta área, o que los neumólogos en general no se sintiesen atraídos por una disciplina que implica ahondar en el estudio de las neurociencias. Todo esto a pesar de que en la actualidad el 35–40% de los pacientes que acuden por primera vez a una consulta de neumología lo hacen por trastornos respiratorios del sueño. Quizá haya que añadir a este análisis el bajo nivel de conocimiento sobre los trastornos de la respiración durante el sueño que tienen el resto de agentes sanitarios y las propias autoridades sanitarias.

La American Thoracic Society, la mayor organización profesional de sanitarios relacionados con las enfermedades respiratorias, y la European Respiratory Society habían mostrado hasta hace poco un escaso interés por el sueño y sus alteraciones. Mientras tanto, la American Academy of Sleep Medicine ha facilitado el desarrollo de la Comisión Nacional de Investigación en Trastornos del Sueño (Wake up America) y del Instituto Nacional para la Investigación en Trastornos del Sueño, además de establecer procedimientos de acreditación para centros de sueño, elaborar guías prácticas basadas en la evidencia y facilitar la realización de estudios multicéntricos^{11–13}.

En España, el Grupo Español de Sueño ha liderado el estudio de los trastornos de la respiración durante el sueño y, además de contribuir al conocimiento de esta enfermedad y de sus implicaciones por parte de la sociedad, ha realizado aportaciones

Correo electrónico: jteran@hgy.es

relevantes con sus publicaciones científicas en revistas del primer cuartil y ha puesto en marcha estudios multicéntricos que se han convertido en referencia internacional.

El Grupo Español de Sueño cree que es preciso avanzar en la consolidación de la medicina del sueño en nuestro país, tanto en la vertiente puramente "doméstica" (SEPAR) como en lo relativo a la relación y los acuerdos con otras especialidades que intervienen en la medicina del sueño. Es justamente en la que me he permitido denominar "vertiente doméstica" donde es plenamente vigente el desarrollo de un proceso de acreditación de unidades de sueño en España, con un objetivo general de situar, dar carta de naturaleza y nivel de calidad asistencial al diagnóstico, el tratamiento y los procesos docentes relacionados con el sueño.

Es evidente que deben darse una serie de condiciones mínimas, las cuales han de partir de la existencia de una "masa crítica" adecuada, que está avalada por el alto nivel de inquietud científica que ha demostrado el Grupo Español de Sueño y al que se añaden en muchos servicios de neumología un creciente incremento de las infraestructuras y equipamientos, un volumen de actividad relevante y el liderazgo de los neumólogos. Estos aspectos son exactamente los requisitos mínimos que, según el Comité de Calidad de la SEPAR, deben darse para iniciar un proceso de acreditación.

El escenario de las unidades de sueño en España viene determinado por un marco funcional, que va desde las unidades de sueño con capacidad para resolver la mayoría de los problemas relacionados con las enfermedades del sueño y, por lo tanto, con una concepción transversal de la medicina de sueño, hasta unidades puramente respiratorias, y ambas con un diferente grado de complejidad, dependiendo del lugar en que se encuentran enmarcadas. Es de destacar que, a fecha de 2007, según datos de Masa et al⁸, de los 741 centros españoles con los que establecieron contacto, 217 evaluaban habitualmente a pacientes con SAHS. El 88% disponía de poligrafía respiratoria (n = 168) o polisomnografía (n = 97). La demora media en consulta fue de 61 días, y la demora media para realizar una poligrafía respiratoria, de 224 días. La media de equipos de poligrafía respiratoria fue de 0,99/100.000 habitantes, cuando lo recomendable es 3/100.000, y la demora media para efectuar una polisomnografía fue de 166 días. La media de camas de polisomnografía fue de 0,49/100.000 habitantes, cuando lo recomendable es de 1/100.000.

Consciente de esta situación, la SEPAR, y concretamente los miembros del Grupo Español de Sueño, inició hace ya 3 años la elaboración de una guía de acreditación para unidades de sueño en España. El proceso de acreditación así concebido forma parte de un proceso inicial con una aspiración básicamente de registro de recursos y actividad, que no implica en principio la acreditación de personas, pero que indefectiblemente se completará con un programa formativo, tendente a la obtención de una máxima cualificación asistencial y científica, docente e investigadora en medicina del sueño, entendiendo la SEPAR que nos encontramos, como en otros ámbitos de la medicina, en una especialidad claramente transversal. Por consiguiente, desde la neumología se debe realizar un esfuerzo "normalizador" de la actividad en relación con los trastornos del sueño, que lleve a los neumólogos a consolidar e incrementar el papel que hasta ahora han desempeñado en la prestación de servicios en la medicina del sueño.

Creemos que un proceso de acreditación como el que ahora se pone en marcha debe contribuir a: a) mejorar la prestación asistencial de nuestros pacientes, asegurando un marco de calidad; b) establecer un mapa de recursos técnicos que facilite su gestión; c) favorecer el desarrollo de planes formativos en medicina del sueño en diferentes ámbitos de conocimiento y, por lo tanto, avanzar en la "acreditación del conocimiento"; d) permitir la colaboración con colegas de otras disciplinas clínicas,

en un marco de cooperación exenta de tensiones, y d) favorecer el flujo de inversiones para investigación en medicina del sueño.

Lo que hoy se presenta es una guía amplia, flexible, integradora, sujeta a modificaciones en el tiempo y con carácter voluntario para la acreditación de unidades de sueño. Su estructuración en niveles no supone en modo alguno categorías de mayor o menor rango, ya que todos contribuyen de forma activa y esencial a la prestación de un servicio sanitario de calidad y cercano al paciente. Sin embargo, dichos niveles son la expresión de diferentes grados de complejidad a la hora de abordar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con enfermedades del sueño, y se pretende utilizar como nexo de unión la coordinación entre diferentes niveles (coordinación vertical) y entre diferentes disciplinas (coordinación horizontal).

El sistema de acreditación se desarrollará en esta fase inicial por medio de la cumplimentación de un cuestionario, cuyos datos serán corroborados por el Área de Sueño, Ventilación No Invasiva y Cuidados Críticos, y para ello se ha elaborado una plataforma digital que permite su cumplimentación en la web de la SEPAR.

A efectos prácticos, se establecen 3 niveles de acreditación en función de la complejidad técnica, los recursos humanos, etc.:

- **Nivel Ia.** Constituido por aquellas unidades que desarrollan su actividad en centros en los que las enfermedades del sueño tienen un abordaje en el que intervienen varias especialidades, y que por lo tanto están capacitadas para resolver la mayoría de los problemas relacionados con el sueño, y que están lideradas o colideradas por un neumólogo. Por consiguiente, en este nivel se producen situaciones de multidisciplinaridad: a) unidades compartidas por varias especialidades relacionadas con la medicina del sueño y lideradas o colideradas por un neumólogo, y b) unidades con protocolos asistenciales que abarcan varias especialidades. Estas unidades disponen de un amplio abanico de recursos diagnósticos y desarrollan una actividad asistencial que se complementa con la actividad docente e investigadora. En este nivel la SEPAR recomienda la coordinación con otras especialidades médicas y con unidades de sueño de distinto nivel asistencial.
- **Nivel Ib.** Son unidades cuyo ámbito de trabajo se desarrolla en el campo de los trastornos de la respiración durante el sueño, sin que haya una participación reglada de otras especialidades médicas diferentes de la neumología. El nivel de recursos técnicos y humanos es menor, y también desarrollan o pueden desarrollar una actividad docente o investigadora. En este nivel de complejidad la SEPAR recomienda también la coordinación con otras especialidades médicas y con unidades de sueño de menor complejidad asistencial.
- **Nivel Ic.** Constituido por unidades con una amplia actividad asistencial, dirigida al diagnóstico y tratamiento de los pacientes con trastornos de la respiración durante el sueño, con un grado de complejidad técnica que incluye la poligrafía respiratoria y la oximetría. En este nivel la SEPAR considera imprescindible la existencia de una coordinación real con otras unidades de sueño de mayor complejidad, al objeto de favorecer el adecuado control de calidad en la prestación sanitaria ofrecida y de favorecer el desarrollo de unidades de acción más local.

En este nivel deben establecerse igualmente protocolos asistenciales multidisciplinarios. Los servicios en los que no se realiza poligrafía respiratoria no pueden ser acreditados, y tampoco aquellos que externalizan de forma completa el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con trastornos respiratorios del

sueño, y que dejan este proceso en manos de proveedores externos (compañías de oxigenoterapia, etc.).

La decisión inicial de acreditación en los diferentes niveles se adoptará en el Área de Sueño de la SEPAR, en la que se ha establecido un comité de expertos para la acreditación, que será expedida por la SEPAR. El proceso de acreditación exigirá la certificación oficial del centro al que pertenece la unidad de sueño y de la veracidad de los datos aportados, cuando se estime conveniente. La validez de la certificación es de 4 años, con independencia de las comunicaciones, que pueden modificar el nivel de acreditación. Periódicamente la SEPAR hará públicos los centros acreditados y comunicará esta acreditación al Ministerio de Sanidad, a las diferentes consejerías autonómicas de sanidad, a los centros hospitalarios, a la European Respiratory Society, a las organizaciones de consumidores y usuarios y otras organizaciones científicas y sociales relacionadas con los trastornos del sueño, si así lo solicitaran y previa aprobación por la SEPAR. Los centros acreditados tendrán la obligación de remitir al Área de Sueño de la SEPAR una memoria de actividad asistencial, docente e investigadora cada 2 años, o cuando la SEPAR lo solicite a través del Área de Sueño.

El presente documento tiene un carácter transitorio hasta el desarrollo y puesta en funcionamiento de un plan formativo con rango universitario avalado por la SEPAR, que permita caminar de forma racional hacia una concepción cualitativamente diferente de la medicina del sueño.

Así concebido, un proceso de acreditación convertirá las unidades de sueño en prestadoras de un programa de servicio total en trastornos del sueño, capaz de evaluar de forma adecuada a pacientes con una amplia variedad de trastornos del sueño¹⁴.

En conclusión, creemos que se inicia un tiempo muy importante para el trabajo en los trastornos del sueño, para que los neumólogos consoliden su liderazgo en la evaluación de los trastornos del sueño y para que millones de pacientes en España se beneficien de ello.

Agradecimientos

El autor quiere dar las gracias a Félix del Campo Matías, María Luz Alonso Álvarez, Joaquín Durán Cantolla, Ferran Barbé Illa, Francisco Capote Gil, Eusebi Chiner Vives, José María Montserrat

Canals y Fernando Masa Jiménez, todos ellos miembros del Grupo Español de Sueño, por sus aportaciones para la elaboración del documento de acreditaciones.

Bibliografía

1. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle aged results. *N Engl J Med*. 1993; 328:1230–5.
2. Durán J, Esnaola S, Ramón R, Izuetta A. Obstructive sleep apnea syndrome and related clinical features in a population based sample of subjects aged 30–70 years. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163:685–9.
3. Terán-Santos J, Jiménez-Gómez A, Cordero-Guevara J, the Cooperative Group Burgos-Santander. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. *N Engl J Med*. 1999;340:847–51.
4. Marín JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agustí AG. Long term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet*. 2005;365:1046–53.
5. Durán Cantolla J, Mar J, De la Torre G, Rubio R, Guerra L. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en España. Disponibilidad de recursos para su diagnóstico y tratamiento en los hospitales del Estado español. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:259–67.
6. Terán J, Fernández García C, Cordero Guevara J. Situación en España de los recursos diagnósticos y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño en los hospitales de la red pública del Estado. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:494–9.
7. Masa JF, Monserrat JM, Durán J, the Spanish Group of Breathing Sleep Disorders. Diagnostic access for sleep apnea in Spain. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;170:195.
8. Masa Jiménez JF, Barbé Illa F, Capote Gil. Recursos y demoras en el diagnóstico del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS). *Arch Bronconeumol*. 2007;43:188–98.
9. European guidelines for the accreditation of sleep medicine centres. European Sleep Research Society, Committee Steering. *J Sleep Res*. 2006;15: 231–8.
10. Pack AI. Rip Van Winkle will academic pulmonary programs ever wake up to sleep?. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;164:2143–4.
11. ATS/ACCP/AASM Taskforce Steering Committee. Executive summary on the systematic review and practice parameters for portable monitoring in the investigation of suspected sleep apnea in adults. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;169:1160–3.
12. Chesson Jr AL, Berry RB, Pack A, American Academy of Sleep Medicine; American Thoracic Society; American College of Chest Physicians. Practice parameters for the use of portable monitoring devices in the investigation of suspected obstructive sleep apnea in adults. *Sleep*. 2003;26:907–13.
13. Standards for Accreditation of a Sleep Disorders Center. Program Directors. Institutional Administrators Site Visit Committee Members. American Academy of Sleep Medicine Accreditation Committee. December, 2007
14. Wagner PD, Epstein LJ, Kvale PA. Pulmonary physicians in the practice of sleep medicine. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;172:1357–62.