

tes de pulmón, no han presentado ningún caso de aspergilosis invasiva (comunicación personal); la profilaxis que utilizan es itracozazol oral de forma indefinida en los casos que aíslan *Aspergillus*.

Como conclusión, nos parece que los resultados obtenidos por el grupo de Puerta de Hierro son magníficos y ofrecen una alternativa terapéutica más a los pacientes con neumo-patías terminales en los que se han agotado otras opciones.

D. Jiménez Castro y G. Díez Nuevo
Servicio de Neumología.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

1. Lázaro-Carrasco MT, Usseti Gil P, Ferreiro MJ, Carreño MC, Pablo Gafa A, García López et al. Análisis de la supervivencia del trasplante pulmonar en la Clínica Puerta de Hierro. Arch Bronconeumol 1998; 34: 285-288.
2. Trulock EP. Lung Transplantation. Am J Crit Care Med 1997; 155: 789-818.
3. Hosenpud JD, Bennett LE, Kech BM, Edwards EB, Novick RJ. Effect of diagnosis on survival benefit of lung transplantation for end-stage lung disease. Lancet 1998; 351: 24-27.
4. Williams TJ, Patterson GA, McClean A, Zamel N, Maurer J. Maximal exercise testing in single and double lung transplant recipients. Am Rev Respir Dis 1992; 145: 101-105.
5. Division of Transplantation, Bureau of Health Resources Development 1995. 1995 Annual Report of the U.S. Scientific Registry for Transplant Recipients and the Organ Procurement and Transplantation Network-Transplant Data: 1988-1994. Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD.
6. Low DE, Trulock EP, Kaiser LR, Pasque MK, Dresler C, Ettinger N, Cooper JD. Morbidity, mortality, and early results of single versus bilateral lung transplantation for emphysema. J Thorac Cardiovasc Surg 1992; 103: 1.119-1.126.

SAHS: a propósito de la estrategia en el tratamiento con CPAP

Sr. Director: El síndrome de apneas-hipoapneas durante el sueño (SAHS) es actualmente, debido a su elevada prevalencia, un problema sanitario de primera magnitud. Sus consecuencias no están claramente definidas y por eso mismo los objetivos e indicaciones del tratamiento con CPAP (presión positiva continua en vía aérea) siguen siendo un tema controvertido. En este sentido es de agradecer la difícil tarea de recopilar información y unificar criterios llevada a cabo por el grupo de expertos que ha redactado las recomendaciones SEPAR para el tratamiento del SAHS, publicadas en el número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA de abril de 1998¹. Existen, sin embargo, en dichas recomendaciones algunos puntos que, en nuestra opinión, se prestan a confusión y que nos gustaría que, si es posible, los autores nos aclarasen.

Se afirma en el documento que "el objetivo general del tratamiento no es tan sólo mejorar la sintomatología sino la corrección de todas las alteraciones fisiopatológicas. Es decir, siempre debe comprobarse mediante registro nocturno la desaparición de las apneas e hipoapneas con el tratamiento". Sin embargo, previamente se dice que "[...] las manifestaciones clínicas no siempre tienen una relación directa con el IAH [...]" y unos párrafos más adelante "[...] en aquellos casos con IAH ≥ 30 [...] sin síntomas [...] o sin factores de riesgo importantes, en principio la terapéutica con CPAP no está indicada en la actualidad". Si uno de los objetivos del tratamiento es corregir todas las alteraciones fisiopatológicas ¿por qué no está indicado el tratamiento con CPAP siempre que se demuestren IAH elevados, es decir, alteraciones fisiopatológicas importantes?

En cuanto a las indicaciones de tratamiento con CPAP las recomendaciones se basan fundamentalmente en una clara sintomatología: se debe tratar a los pacientes con SAHS que tengan síntomas o factores de riesgo (comorbilidad cerebrovascular, cardiovascular o insuficiencia respiratoria) independientemente de su IAH. Sin embargo, a la hora de presentar la estrategia terapéutica, las pautas se ba-

san en una cuantificación del IAH, echándose de menos una mayor precisión en cuanto a la valoración y la cuantificación de la sintomatología, que es la base de la indicación y control del tratamiento.

Según algunos autores, la aplicación de la CPAP está indicada en los pacientes con SAHS sintomático y no se prescribe para reducir la incidencia de futuros episodios cardiovasculares, sino para aliviar los incapacitantes síntomas del día a día². Respecto al IAH, debido a la variabilidad en su medida y a que no todas las apneas producen el mismo grado de interrupción del sueño (lo que explica la pobre correlación entre el IAH y los síntomas diurnos), cada vez más estudiosos consideran inapropiado seleccionar un IAH para definir la gravedad de la enfermedad y, por tanto, la necesidad de tratamiento^{3,4}.

A la espera de resultados de los distintos estudios controlados ya en marcha, tal vez lo más sensato sea ofrecer un tratamiento de prueba con CPAP a aquellos pacientes en los que se han objetivado disturbios respiratorios durante el sueño secundarios a obstrucción de la vía aérea superior y que presentan hipersomnolia diurna significativa, como sugieren Bennett y Stradling³, independientemente del IAH.

A. Galán Dávila^a y M.J. Díaz de Auriol^b

^aServicio de Neumología.

Hospital General de Elda. Alicante.

^bServicio de Neumología. Hospital General

Universitario 12 de Octubre. Madrid.

1. Montserrat JM, Amilibia J, Barbé F, Capote F, Durán J, Mangado NG et al. Tratamiento del síndrome de las apneas-hipoapneas durante el sueño. Arch Bronconeumol 1998; 34: 204-206.
2. Stradling J. Sleep apnoea and the misuse of evidence-based medicine. Lancet 1997; 349: 201-202.
3. Bennett LS, Stradling JR. Who should receive treatment for sleep apnoea? Thorax 1997; 52: 103-104.
4. Redline S, Strohl KP. Recognition and consequences of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome. Clin Chest Med 1998; 19: 1-19.