



Editorial

Guías, recomendaciones y consensos en apnea obstructiva del sueño

Guidelines, Recommendations and Consensus on Obstructive Sleep Apnea



Enseñamos en las facultades de medicina que el manejo óptimo de la salud individual y comunitaria debe implementarse utilizando simultáneamente 2 instrumentos: las guías de práctica clínica basadas en la evidencia («generalización») y la medicina personalizada («precisión»). El primer instrumento está disponible para la gran mayoría de las enfermedades en forma de «guías», «recomendaciones» o «consensos» (GRC) nacionales o internacionales. El segundo instrumento hace referencia a la habilidad de identificar a un individuo o subgrupos de individuos que difieren de la respuesta «general» de la mayoría a la presentación de una enfermedad o a un tratamiento específico. Se podría decir, simplificando la analogía, que las GRC responden bien a las necesidades del conjunto de individuos y especialmente de los sistemas sanitarios socializados, mientras que la medicina de precisión está más centrada en las necesidades individuales del paciente.

Buenas GRC son aquellas que demuestran *a posteriori* ser ampliamente seguidas en la práctica clínica. En nuestra opinión, deben tener 3 características: a) ser cortas, claras y ofrecer un par de algoritmos de diagnóstico y tratamiento; b) ser aplicables tanto por generalistas como especialistas y c) ser actualizadas con la periodicidad que marquen los avances diagnósticos y terapéuticos. En todo caso, ni la GRC más perfecta cubrirá las necesidades individuales. Es entonces cuando el médico tendrá que ejercer más que nunca como tal: «hay enfermos y no enfermedades».

En la especialidad de neumología tenemos 2 ejemplos de buenas GRC: GINA y GOLD^{1,2}. Estas GRC tienen éxito porque, además de cumplir las 3 características anteriores, a lo largo de actualizaciones sucesivas, mantienen un cuerpo de doctrina sobre la naturaleza de las entidades e incorporan la nueva evidencia «traduciéndola» e incorporándola en los algoritmos con los que el clínico se va familiarizando versión tras versión. Esta estrategia, que parece lógica y operativa, no se ha seguido en las diferentes GRC sobre apnea obstructiva del sueño (AOS). En este campo no hay un grupo de expertos internacional ampliamente representativo que haya elaborado GRC sobre dicha enfermedad.

En este número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA se publica una nueva GRC sobre AOS³. Esta GRC viene a seguir la tradición en España de elaborar sucesivas GRC promovidas principalmente por SEPAR y publicadas por ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA⁴⁻⁸. En esta ocasión, el documento representa el consenso de los mejores

expertos en AOS de nuestro país y de algunos latinoamericanos. Hay que aplaudir y agradecer a los autores su esfuerzo para dotar a la comunidad médica de un instrumento para la toma de decisiones en medicina primaria y en especializada. El artículo se acompaña de numerosos documentos que de forma exhaustiva actualizan el conocimiento actual sobre AOS y que conforman un auténtico libro de texto sobre la materia.

Todas las GRC elaboradas hasta la fecha en nuestro país han sido documentos que han contribuido al conocimiento de la AOS y a un manejo ordenado del paciente. Sin embargo, no acaban de cumplir con las 3 características arriba mencionadas. Todas ellas muestran varias limitaciones para la permanencia y, simultáneamente, para la actualización de una buena guía sobre AOS. 1) Es escasa la evidencia clínica que se ha generado en las últimas décadas. Tras la generalización del uso de la presión positiva continua de las vías aéreas (CPAP) en los años 80 y del empleo creciente de la poligrafía a domicilio desde los 90 del siglo pasado, en realidad no han aparecido grandes novedades diagnósticas o terapéuticas que puedan aplicarse a la generalidad de los pacientes con AOS. 2) Una nomenclatura cambiante de la propia entidad produce confusión: «apnea del sueño», «apnea obstructiva del sueño», «síndrome de apnea del sueño», «síndrome de apnea obstructiva del sueño», «síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño», etc. 3) No se dispone de una estratificación clara de la gravedad con base en una variable (por ejemplo, nivel de presión arterial pulmonar media en hipertensión pulmonar) o a 2 variables (por ejemplo, disnea y exacerbaciones en enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Esto impide establecer un claro algoritmo terapéutico. Específicamente, en esta última GRC, se establecen algoritmos diagnósticos diferentes cuando el paciente es manejado por el generalista o por el especialista, con cortes de índice de apnea-hipopnea y de somnolencia diurna diferentes. Esto puede crear también alguna confusión.

En todo caso, el nuevo documento de consenso aborda y aclara aspectos importantes en el manejo de la AOS, tales como las indicaciones de cada instrumento de diagnóstico, el manejo racional de la CPAP y su seguimiento y finalmente, orienta al clínico y al paciente sobre las opciones alternativas a dicha medida. Es deseable que en los próximos años conozcamos el grado de implantación real de esta nueva GRC en los diferentes ámbitos de la práctica clínica.

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.017>

Bibliografía

1. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2019. [consultado 8 May 2020]. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/06/GINA-2019-main-report-June-2019-wms.pdf>.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2020 Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD GOLD-2020 [consultado 8 May 2020]. Disponible en: <https://goldcopd.org/gold-reports/>.
3. Mediano O, González Mangado N, Montserrat JM, Alonso Álvarez ML, Almendros I, Alonso Fernández A, et al. Documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño. Arch Bronconeumol. 2022;58:52–68.
4. Marín JM, Arán X, Barbé F, Biurrun O, Fiz JA, Jiménez A, et al. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). Recomendaciones SEPAR número 14. Barcelona: Doyma; 1993.
5. Durán J, Masa JF. Síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño. Arch Bronconeumol. 2002;38:1–52.
6. Durán-Cantolla J, Puertas-Cuesta FJ, Pin-Arboledas G, Santa María-Cano J, el Grupo Español de Sueño (GES). Documento de consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. Arch Bronconeumol. 2005;41:1–110.
7. Lloberes P, Durán-Cantolla J, Martínez-García M, Marín JM, Ferrer A, Corral J. Diagnosis and treatment of sleep apnea-hypopnea syndrome. Arch Bronconeumol. 2011;47:143–56.
8. Luz Alonso-Álvarez M, Canet T, Cubell-Alarco M, Estivill E, Fernández-Julián E, Gozal D, et al. Documento de consenso del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en niños. Arch Bronconeumol. 2011;47 Suppl 5:2–18.

José M. Marin* y Santiago J. Carrizo
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jmmarin@unizar.es (J.M. Marin).