

Red asistencial de complejidad creciente en la atención de pacientes con apneas del sueño

Autor: Juan Facundo Nogueira

Programa de Medicina del Sueño. Hospital de Clínicas "José de San Martín" - UBA

Correspondencia:

dr.facundo.nogueira@gmail.com

Al Editor:

El síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño (SAHOS) afecta la calidad de vida e incrementa la morbimortalidad de los pacientes que lo padecen, producto de sus efectos sobre la vigilia y el aparato neurológico y cardio-vascular. Por otra parte, los gastos en salud se ven también sustancialmente incrementados^{1,2}. En el número de junio de la RAMR se ha publicado el trabajo "Red de complejidad creciente en el diagnóstico de SAHOS. Estrategia de transmisión de datos con equipos de nivel III"³. Estudios recientes dan cuenta de que la prevalencia del SAHOS probablemente sea muy superior a lo inicialmente descrito por los primeros estudios epidemiológicos publicados, con estadísticas que indican que entre el 32 y el 49% de la población padece SAHOS moderado-severo^{4,5}.

La disponibilidad de centros capacitados y de equipamiento para realizar un diagnóstico correcto e implementar las medidas necesarias para controlar esta dolencia es limitada en todo el mundo, lo cual se pone de manifiesto en la medida que el conocimiento y el alerta de la comunidad médica y general sobre estos trastornos aumenta. Esta situación nos obliga a diseñar estrategias que permitan enfrentar este desafío con mayor eficiencia.

En ese sentido, la formulación de una red asistencial con diferentes niveles de complejidad y un centro de referencia con elevado desarrollo y capacitación constituye una herramienta de inestimable valor. Dicha red debe necesariamente integrar y articular distintos estratos de la cadena de asistencia sanitaria, médicos, kinesiólogos, enfermeras y personal administrativo. La figura de "centro de referencia" resulta trascendental para garantizar la calidad y fundamentación científica

de las prácticas y procesos que se desarrollen; homogeneizar los conceptos y formación de todos los actores intervinientes; definir y organizar los procesos de intervención escalonada y la comunicación dentro de la red; dar soporte en situaciones de extrema complejidad y centralizar y unificar la información, lo que permite a su vez evaluar y redirigir las estrategias.

Los recursos tecnológicos actualmente disponibles favorecen la conectividad, el intercambio de información, la capacitación del personal y el control de la calidad prestacional.

La tecnología también pone a nuestro alcance equipos de diagnóstico simplificados de gran precisión, capaces de diagnosticar trastornos respiratorios del sueño en domicilio con mínima intervención, lo que implica un mayor confort para el paciente y contrarresta la limitada cantidad de camas disponibles en laboratorios de sueño.

Considero que modelos de atención como el que se describe en este trabajo no solo representan una herramienta muy adecuada, sino que resultan imprescindibles en países como el nuestro, caracterizados por una vasta geografía con dispar grado de desarrollo, lo que impacta negativamente en el acceso a determinados niveles de complejidad diagnóstica y terapéutica.

Estas redes deberían enfocarse además en articular el seguimiento del paciente una vez indicado el tratamiento. Algunos investigadores han propuesto modelos similares, con intensiva participación de personal de enfermería debidamente capacitado, abocado al seguimiento estrecho de pacientes que inician tratamiento con CPAP, lo que permite incrementar la tasa de adherencia al mismo⁶.

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Grupo Español de Sueño. Consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. Archivos de Bronconeumología 2005; 41: 4.
2. Nogueira F, Nigro C, Cambursano H, Borsini E, Silio J, Avila J. Guías prácticas de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño. Medicina (Buenos Aires) 2013; 73: 349-362.
3. Borsini E, González C, Koreikis M. Red de complejidad creciente en el diagnóstico de SAHOS. Rev Am Med Resp 2015; 2: 122-130.
4. Tufik S, Santos-Silva R, Taddei J, Azeredo Bittencourt L. Obstructive Sleep Apnea Syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. Sleep Medicine 2010; 11: 441-446.
5. Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. Lancet Respir Med 2015; 3(4): 310-8.
6. Tomlinson M, Gibson G. Obstructive sleep apnoea syndrome: a nurse-led domiciliary service. J Adv Nurs 2006; 55(3): 391-7.