

La roncopatía crónica y el síndrome de la apnea obstructiva del sueño: papel de la Otorrinolaringología

E. Perelló, E. Esteller

Comisión Nacional de Ronquido y Sueño.

El pasado día 14 de julio se presentó en Madrid un documento de consenso sobre la Apnea Obstructiva del Sueño (SAHS) en el que participamos un total de 16 sociedades científicas nacionales y que, además, tuvo la colaboración de epidemiólogos, especialistas en bioética, magistrados, representantes de la industria y fabricantes, así como de la organización de consumidores y usuarios y una representación de los pacientes afectados de SAHS.

Este documento representa el consenso y el acuerdo de muchos interlocutores y constituye un esfuerzo sin precedentes en nuestra historia profesional reciente. El objetivo fue revisar las evidencias científicas de la enfermedad, desde todos los ámbitos, con la finalidad de aportar respuestas y soluciones que favorezcan la identificación de la sospecha clínica del SAHS, tanto por la sociedad en su conjunto como por los médicos de asistencia primaria, y a su vez facilitar sistemas diagnósticos eficaces a los especialistas y promover los mejores tratamientos y su control.

El abordaje del SAHS es complejo, tanto por sus características fisiopatológicas como por la cantidad de especialistas que pueden intervenir en todo el proceso. Es frecuente que los avances en el conocimiento de la enfermedad que consiguen unos especialistas lleguen tarde o no sean aprovechados por otros. Debemos destacar que, como en la mayoría de los casos de la Medicina moderna, el concepto de colaboración interdisciplinar es muy evidente y necesario en este caso. La apnea obstructiva del sueño y la roncopatía crónica son unas de las enfermedades más multidisciplinarias de la Medicina actual. En ella participan desde los otorrinolaringólogos, neumólogos y neurofisiólogos hasta los ortodoncistas, cirujanos maxilofaciales, pediatras, cardiólogos, radiólogos, anestesiólogos y endocrinólogos. Todas estas especialidades participan, dependiendo de los centros, en mayor o menor medida en el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes, y ninguna de estas especialidades debe ser excluida de un intento de protocolo de consenso en el abordaje de la enfermedad.

Debe tenerse siempre en cuenta la idiosincrasia de cada centro, hospital o comunidad para entender las diferentes responsabilidades y su distribución en el tratamiento de

estos pacientes. Dicha idiosincrasia depende de antecedentes históricos, intereses científicos, disponibilidad humana y material, etc. Sin embargo, existen o deben existir unas normas generales básicas, soportadas y potenciadas por las Sociedades Científicas y fundamentadas en evidencias científicas que establezcan los mínimos que deberían cumplirse para abordar con la máxima calidad científica y técnica esta patología. Ello debería redundar no únicamente en mejorar la atención del paciente sino también en optimizar los recursos sanitarios, siempre en el límite, mediante la reducción de costes, la mejora de la prevención y también, y muy importante, mediante la mejora en formación y conocimiento de los profesionales dedicados a dicha enfermedad.

Lógicamente, la especialidad de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial debería estar siempre presente en relación con los avances y las nuevas aportaciones en esta patología. Sabemos que el origen del síndrome se localiza siempre en la vía aérea superior y los conocimientos sobre métodos de diagnóstico y tratamiento de dicha región anatómica son, en su mayoría, propios de nuestra especialidad. Por ello, la Otorrinolaringología tiene y ha tenido un destacado papel en la evolución de los conocimientos de esta patología. En sólo cincuenta años los avances en todos los aspectos de este padecimiento han sido espectaculares y en muchos de ellos la comunidad otorrinolaringológica ha participado activamente.

La Otorrinolaringología ha sido pionera en el tratamiento de la roncopatía crónica (traqueotomía y cirugía del paladar) y ha seguido investigado nuevas opciones terapéuticas tanto para conseguir mejores resultados (cirugía maxilomandibular, suspensiones hioideas, cirugía de base de lengua) como para obtener cirugías menos agresivas para el paciente (láser en paladar y base de lengua, y la aplicación de la radiofrecuencia en paladar y base de lengua).

La participación del otorrinolaringólogo en el desarrollo de los conocimientos no ha quedado únicamente aquí. Ha colaborado, mediante el abordaje exploratorio y terapéutico nasal, a incrementar el rendimiento de uno de los tratamientos más utilizados para la apnea del sueño: la presión positiva continua nasal (nCPAP). Ha colaborado también en mejorar los conocimientos sobre la fisiopatología y los métodos de exploración de la vía aérea superior y ha participado activamente en estudios epidemiológicos de la enfermedad.

Como muchas otras enfermedades, la roncopatía cróni-

ca y el SAHS evolucionarán hacia una mejor estrategia diagnóstica y terapéutica y el otorrinolaringólogo deberá seguir siendo protagonista de dicho desarrollo. Sin embargo, en los últimos tiempos el protagonismo del otorrinolaringólogo en el abordaje de esta enfermedad parece haber descendido de forma evidente. La cirugía no ha aportado lo que se esperaba en el SAHS. La mala selección, o no selección, de los casos candidatos a cirugía ha hecho que se desprestigie en gran medida nuestro papel.

Nos hemos enfrentado sistemáticamente al tratamiento con CPAP y a quienes lo prescriben, en lugar de participar y prescribir nosotros CPAP porque teóricamente nos resta "clientes" quirúrgicos; pero cuando algunos de nosotros defendemos que todos los pacientes candidatos a CPAP deben ser revisados por un ORL, otros dicen que estos pacientes pueden inundar nuestras consultas externas provocando una saturación.

No podemos quejarnos de que el resto de especialidades relacionadas con el SAHS no nos tengan en cuenta si nosotros no nos preocupamos de él. Cada vez existe menos interés entre nuestros especialistas por esta patología y para darnos cuenta únicamente debemos fijarnos en la parte que ocupan las comunicaciones y otras aportaciones en los últimos congresos nacionales. Sólo nos hemos centrado en alternativas terapéuticas quirúrgicas y hemos obviado otros campos de acción terapéutica menos agresivos, y en algunos casos más aceptados por los pacientes. En nuestras consultas cada vez nos damos más cuenta de que los pacientes rechazan sistemáticamente la cirugía del SAHS por agresiva, impredecible e irreversible, y por la mala prensa que tiene, incluso entre compañeros de otras especialidades que ven a estos pacientes.

Debemos revisar la política de abordaje del SAOS desde la Otorrinolaringología. Tenemos una experiencia adquirida muy válida que debe aprovecharse ya que nuestra especialidad fue de las primeras en darse cuenta del problema y preocuparse por él. Pero hoy debemos hacer un ejercicio de revisión y diseñar cuáles deben ser las líneas futuras. Estas líneas deben ir, sin remedio, por la colaboración en todos los sentidos con las otras especialidades en trabajos como el iniciado en el documento de consenso elaborado recientemente. Debemos participar en concienciar a la población y a las autoridades sanitarias de la necesidad de realizar políticas correctas de prevención y de que estos pacientes deben ser tratados adecuadamente para evitar posteriores consecuencias médicas y sociales más graves para la sociedad.

En nuestras consultas podemos descubrir muchos casos aún no diagnosticados de SAOS y colaborar de forma

evidente en reducir la bolsa de pacientes de riesgo. Con ello ayudaremos a prevenir las consecuencias nefastas de los casos de apnea del sueño por desconocimiento del paciente o de los distintos profesionales de primera línea.

Debemos incrementar los conocimientos de los diferentes profesionales gracias a la transmisión de información entre todas las especialidades y conseguir mejorar la formación de los futuros especialistas. También debemos promover estudios e investigaciones básicas sobre la fisiología y fisiopatología de la vía aérea superior en el SAHS.

Tal como hemos intentado demostrar en el documento de consenso, no hay otra especialidad que haga la exploración de la vía aérea superior tan bien como nosotros, y es imprescindible que no haya pacientes tratados de SAHS sin un conocimiento previo del estado anatómico de la misma y al que podamos ofrecer, por tanto, todas las alternativas terapéuticas posibles.

Es importante colaborar en la unificación de las indicaciones terapéuticas entre las diferentes especialidades, intentando que las ofertas en el tratamiento no dependan del especialista al que acceda el paciente, y evitando iniciar tratamientos sin un estudio previo completo. Estas indicaciones deben ser elegidas individualmente en cada caso, basándonos en los conocimientos actuales y en los protocolos aceptados internacionalmente.

Hemos de ser muy exigentes en nuestras indicaciones quirúrgicas y así poder demostrar la utilidad de nuestra cirugía en casos seleccionados, con resultados estadísticos contundentes mediante estudios correctamente diseñados.

El CPAP es un tratamiento efectivo y poco agresivo, pero del todo inespecífico, con una tasa significativa de incumplimiento y que debe aplicarse de forma continua. No debemos temer adentrarnos en el conocimiento de alternativas terapéuticas no quirúrgicas del SAHS. No se ha conseguido aún un tratamiento médico efectivo para los pacientes con SAHS y ahí podríamos participar en grupos multidisciplinarios de investigación aportando nuestra experiencia.

Las sociedades científicas de la especialidad, y en concreto la SEORL, deben afrontar este problema y diseñar estrategias de información, formación y estudio para los otorrinolaringólogos actualmente en ejercicio, pero sobre todo para las generaciones futuras. Ello debe suponer una mejora en el abordaje de esta enfermedad y en potenciar nuestra especialidad. Siempre nos hemos quejado de la intromisión de otras especialidades en aspectos que creíamos "nuestros", pero si potenciamos estos aspectos en el SAHS no acabaremos perdiendo una patología en la que fuimos pioneros y que tiene una repercusión social y sanitaria de gran magnitud.