

Presión positiva versus ventilación no invasiva en el síndrome de obesidad-hipoventilación

Patricia Eguren Escriña. Medicina familiar y comunitaria. Hospital Universitario de Torrejón.

PALABRAS CLAVE: Presión positiva continua, ventilación no invasiva, síndrome de obesidad-hipoventilación

KEYWORDS: *Continuous positive airway pressure, non-invasive ventilation, obesity hypoventilation syndrome*

Especialidades: Neumología. Medicina general

Enlace revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=30935737>

ABSTRACT

El síndrome de obesidad-hipoventilación (SOH) puede tratarse bien con presión positiva constante (CPAP) o bien con ventilación no invasiva con ajuste en varios niveles de presión (BIPAP). Ambos tratamientos tienen resultados similares según el trabajo publicado con mayor tiempo de seguimiento.

The obesity-hypoventilation syndrome (OHS) can be treated either with constant positive pressure (CPAP) or with non-invasive ventilation with adjustment at various pressure levels (BIPAP). Both treatments have similar results according to the public work with longer follow-up time

RESUMEN

El síndrome de obesidad-hipoventilación (SOH) se define como la combinación de obesidad, hipercapnia diurna y alteraciones respiratorias durante el sueño en ausencia de otras causas de hipoventilación. El 90% de los pacientes con SOH tiene además apnea obstructiva del sueño. Estos enfermos tienen también más riesgo de enfermedad cardiovascular y respiratoria.

De forma tradicional se ha tratado a estos enfermos con presión positiva durante el sueño. La forma más común de este tratamiento es la ventilación no invasiva (VNI): un modo de ventilación con ajuste de presión a dos niveles (BiPAP) y la presión positiva continua (CPAP), que también consiste en aportar presión positiva constante en la vía aérea, pero sin soporte ventilatorio adicional.

Estudios previos han comparado la eficacia de los cambios en el estilo de vida respecto a estos dos sistemas y todos indican que los resultados son mejores usando algún método de soporte respiratorio, pero no se han comparado a largo plazo estos métodos entre sí.

Este artículo habla de un trabajo multicéntrico y a largo plazo que compara estos dos métodos. Se seleccionaron pacientes entre 15 y 80 años que consultaban por problemas respiratorios y en los que se sospechaba SOH o apnea del sueño en 16 hospitales españoles.

En una primera fase del estudio, un investigador de cada centro asignaba a los enfermos en tres grupos distintos: grupo con BIPAP, grupo con CPAP y grupo control. Por motivos éticos a los dos meses, los pacientes de grupo control se reubicaban en alguno de los otros dos.

La primera fase sirve para ver los efectos a medio plazo (2 meses) sobre la presión arterial de dióxido de carbono (PaCO₂), la calidad de vida, la espirometría, el test de los 6 minutos o la polisomnografía.

La segunda fase consistía en un seguimiento de 3 años. Se hizo instrucción a los pacientes sobre los cambios en el estilo de vida y se añadió oxígeno si se detectaba hipoxemia nocturna.

Se evaluó a los pacientes en 12 ocasiones durante el seguimiento. En las visitas de la segunda fase, se midió la incidencia de nuevos eventos cardiovasculares (HTA, FA, cardiopatía isquémica...) Se midieron el pH, la PaO₂, la PaCO₂, el bicarbonato, los datos de la espirometría y los cambios en el test de los 6 minutos y en el estilo de vida. También se tuvo en cuenta la adherencia al tratamiento.

El principal resultado a medir era el número de días de hospitalización por cualquier causa. Y los resultados secundarios eran: cualquier uso de servicios médicos, incidentes cardiovasculares, mortalidad por cualquier causa, evolución de la tensión arterial de los parámetros de gasometría y de síntomas como edemas distales, sueño no reparador, cefalea y confusión matutina.

Finalmente se incluyeron 221 pacientes y el análisis de los resultados revela que, en cuanto a los días de hospitalización, no hubo diferencias significativas, así como tampoco las hubo en el número de ingresos, atenciones en urgencias...

Esta tendencia se sigue con el control de la tensión arterial, la PaCO₂ y la mejoría en la calidad de vida, la pérdida de peso, la mejoría en la disnea... En todos estos parámetros no hubo diferencias significativas entre los dos tratamientos.

En lo que sí difieren los tratamientos es en el coste, siendo la CPAP más sencilla de usar y más barata.

La principal causa de muerte en los dos grupos fueron eventos cardiovasculares. Hay que tener en cuenta que, al no haber grupo control, es difícil achacar este descenso sólo al tratamiento del SOH, pero asumimos que debe ser así, ya que en los análisis por subgrupos, en ambos grupos, hubo mejores resultados en aquellos pacientes que tenían una mejor adherencia al tratamiento.

COMENTARIO

Lo que concluye este trabajo es que, dado que no hay diferencias significativas entre el modo BiPAP y el CPAP para el tratamiento del SOH, es más coste-efectivo tratar con CPAP a estos pacientes.

Sin embargo, y dado que el estudio tiene limitaciones, hay que ser precavidos con los resultados. Como bien se apunta en la editorial, dado el escaso número de eventos cardiovasculares e ingresos en ambos grupos, es difícil demostrar una superioridad en los tratamientos y es por ello que puede que no salgan diferencias significativas.

Lo que es seguro es que los pacientes mejoran con el tratamiento y lo que debe hacerse es un correcto diagnóstico y tratar de forma individualizada. Según este trabajo, es posible que sea adecuado comenzar con la CPAP y si el paciente no tiene los resultados esperados, cambiar al modo BiPAP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mokhlesi B, Kryger MH, Grunstein RR. Assessment and management of patients with obesity hypoventilation syndrome. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5: 218–25.
2. Kessler R, Chaouat A, Schinkewitch P, et al. The obesityhypoventilation syndrome revisited: a prospective study of 34 consecutive cases. *Chest* 2001; 120: 369–76.
3. Masa JF, Corral J, Alonso ML, et al. Efficacy of different treatment alternatives for obesity hypoventilation syndrome. *Pickwick Study. Am J Respir Crit Care Med* 2015; 192: 86–95.
4. Castro-Añón O, Pérez de Llano LA, De la Fuente Sánchez S, et al. Obesity-hypoventilation syndrome: increased risk of death over sleep apnea syndrome. *PLoS One* 2015; 10: e0117808.
5. Basoglu OK, Tasbakan MS. Comparison of clinical characteristics in patients with obesity hypoventilation syndrome and obese obstructive sleep apnea syndrome: a case-control study. *Clin Respir J* 2014; 8: 167–74