

# Síndrome de apnea obstructiva del sueño en primer nivel de atención, a propósito de un caso

Ana Belén Calixto Leonor, Reyes Hernández Itzayana Noemy, Evelyn Alcázar Moreno, Aarón Chávez Angulo, Mixalis Rosas Ramos, Alejandra Pérez Hernández, Santiago Óscar Pazarán Zanella

UMF 06 IMSS Puebla

## Resumen

El síndrome de apnea obstructiva del sueño se tiene una prevalencia en adultos entre los 30 y 69 años de aproximadamente 17% aumentando considerablemente hasta 58% en individuos obesos, en México uno de cada cuatro adultos mexicanos tiene elevada probabilidad de padecer SAOS, se presenta el caso de un paciente masculino de 44 años de edad con diagnóstico de síndrome de apnea obstructiva del sueño, el cual se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción parcial o total de las vías respiratorias superiores durante el sueño, que conducen a la obstrucción o reducción de las vías respiratorias a pesar de mantenimiento de los esfuerzos inspiratorios con 5 o más episodios por hora.

## Abstract

Obstructive sleep apnea syndrome has a prevalence in adults between 30 and 69 years of age of approximately 17%, increasing considerably to 58% in obese individuals in Mexico one in every four Mexican adults has high probability of suffering from OSA, the case of a 44-year-old male patient with a diagnosis of obstructive sleep apnea syndrome is presented, which is characterized by repeated episodes of partial or total obstruction of the upper airways during sleep, leading to obstruction or narrowing of the airways despite maintenance of inspiratory efforts with 5 or more episodes per hour.

**Palabras Clave:** apnea, obesidad, saos

**Keywords:** apnea, obesity, saos

## 1. REPORTE DE CASO

### Antecedentes de importancia

Se trata de Masculino de 44 años originario y residente de Huejotzingo, Puebla, religión católica, estado civil casado, con carga genética para DM2, HAS y obesidad, de profesión carrera técnica, de ocupación obrero en planta automotriz, cuenta con casa propia con todos los servicios de urbanización, cohabita con su esposa e hijo, niega convivencia con animales, realiza baño y cambio de ropa diario, cepillado de dientes tres veces al día. Realiza 3 comidas al día de manera no balanceada alta en carnes rojas, cereales y harinas refinadas así como ingesta de bebidas carbonatadas, ingesta de 1 litro de agua diaria, toxicomanías positivas a tabaco desde los 35 años, fumando aproximadamente de 15 cigarros al día, suspendido hace 1 año, COMBE negado, esquema de vacunación completo, vacuna COVID 3 dosis, marca (2 dosis Pfizer y 3ra dosis con AstraZeneca), vacuna influenza en noviembre del 2022, grupo sanguíneo O+, realiza aproximadamente 20 minutos de actividad física 2 veces por semana.

Antecedentes personales patológicos: alergias negadas, quirúrgicos negados, traumáticos negados, transfusionales negados, crónicos degenerativos positivo a HAS diagnosticada hace 10 meses, en tratamiento con Enalapril 10 mg cada 12 horas, antecedente de Covid 19 positivo en Julio de 2021 con aislamiento domiciliario y tratamiento sintomático por 10 días con recuperación total sin aparentes secuelas.

## Interrogatorio

Inicia su padecimiento a finales de febrero de 2022 con presencia de tos, disnea, dificultad para dormir, así como somnolencia excesiva, por lo que tiende a quedarse fácilmente dormido durante su trabajo, generándole problemas en el mismo, por su parte su esposa comenta que ronca todas las noches, e incluso se ha percatado que deja de respirar por lapsos de segundos, por lo que acudieron a médico particular quien recetó Progelben 100mg cada 8 horas por 3 días y Clofiven aerosol 250mcg, 2 inhalaciones cada 12 horas durante 10 días, por sospecha de cuadro respiratorio de origen alérgico, sin embargo refiere nula mejoría y persistencia de la sintomatología, por lo que acuden a valoración a su unidad de medicina familiar, en donde es canalizado a módulo COVID, donde se le realizó PAR SARS COV 2 con resultado negativo, enviándolo a unifila para la atención médica, en donde es valorado y referido al servicio de Neumología con el diagnóstico de Insuficiencia respiratoria, probable asma [1].

## Exploración física

Somatometría: Peso 97kg, talla 1.66 m, IMC 35.20, circunferencia abdominal 112cm, TA: 130/82 mmHg FC 100 lpm, FR 21 rpm, Saturación de oxígeno 89%, temperatura 36.8 °C. Masculino de edad aparente a la cronológica, consciente, orientado, neurológicamente íntegro, pupilas isocóricas normorrefléxicas, adecuada coloración de piel y tegumentos, mucosa oral ligeramente irritada. Cuello cilíndrico de 47cm de longitud, simétrico, sin presencia de adenomegalias cervicales. Tórax simétrico, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, ruidos cardíacos de adecuado tono e intensidad, campos pulmonares ventilados, sin integrar síndrome pleuropulmonar. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, con peristalsis normo audible, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal. Extremidades integra y simétricas eutróficas, sin presencia de edema, con adecuado llenado capilar, pulsos pedios presentes [2].

## Estudios complementarios

Cuenta con estudios particulares realizados el día 15 de marzo de 2022 que reportan química sanguínea: glucosa 99 mg/dl, creatinina 0.7 mg/dl, colesterol 280 mg/dl, triglicéridos 300 mg/dl, ácido úrico 4.1 mg/dl, biometría hemática leucocitos 7.3, hemoglobina 18.9, hematocrito 57.7, plaquetas 34, eosinófilos 0.13, espirometría pre y post broncodilatador 03/04/2022 con resultados pre: FEV1/FVC: 80, FVC: 3.91, FEV1: 2.84, y resultados post FEV1/FVC: 82, FVC: 3.97, FEV1: 2.88 así como una poligrafía respiratoria del día 12 de abril de 2022 que reporta: 53 evento hora, predominio de apneas obstructivas con duración de hasta 54 segundos, SaO<sub>2</sub> promedio 72%, SaO<sub>2</sub> mínima 47%, sin repercusiones vasculares [3,4].

## Diagnósticos diferenciales

Se debe descartar patologías que presenten somnolencia diurna con base a la academia americana de medicina del sueño (AAMS): de origen fisiológico tales como el periodo premenstrual, embarazo, ejercicio físico intenso, postprandial, de forma patológica primaria encontramos a la narcolepsia, hipersomnia diurna idiopática, hipersomnias recurrentes, síndrome de piernas inquietas, y de forma patológica secundaria a los trastornos respiratorios del Sueño, enfermedades psiquiátricas, frecuentemente en depresión, enfermedades neurológicas, enfermedades metabólicas, enfermedades infecciosas, secundaria a trastornos del ritmo circadiano, en el caso de nuestra paciente se descartaron estas patologías tal como se indica en nuestra discusión [5].

## Diagnóstico

Se integró el siguiente diagnóstico con base a la evidencia obtenida por clínica y estudios de laboratorio y gabinete: Síndrome de apnea obstructiva del sueño grave, obesidad tipo II, dislipidemia mixta, hipertensión arterial sistémica [6].

## Tratamiento

Se dio manejo farmacológico conservador, así como Teofilina a razón de 100 mg cada 24 horas, acetazolamida 250 mg cada 24 hrs, enalapril 10 mg cada 24 hrs, se indicó así mismo rutina de ejercicio tanto de tipo aeróbico como de trabajo de fuerza, rutinas de 30-60 minutos diarios de ejercicio de tipo aeróbico como caminar, bicicleta, elíptica o nadar, adoptar posición en decúbito lateral y dieta DASH, se dio indicación de uso de CPAP teniendo como meta los rangos de  $AHI \leq 5$  o  $AHI \leq 10$ , dado a que se tuvo un adecuado control con este dispositivo no fue necesario el abordaje quirúrgico [7].

## Referencias

Se debe derivar a diferentes servicios de forma multidisciplinaria en primer nivel de atención tales como nutrición, psicología, medicina preventiva, trabajo social, así como realizar envío a neumología y neurología para valoración y tratamiento especializado.

## 2. DISCUSIÓN

Tenemos el caso de un paciente de 44 años de edad que de primera instancia se sospechó de un padecimiento alérgico por lo que recibió manejo con glucocorticoide inhalado tipo beclometasona y antitusivo tipo benzonatato para el alivio de los síntomas, sin embargo, niega mejoría por lo que acude de manera espontánea para su valoración en la UMF 6, donde se sospecha de insuficiencia respiratoria derivado de los hallazgos en el interrogatorio como el antecedente de tabaquismo y en la exploración física como la obesidad, sin embargo debemos recordar que la insuficiencia respiratoria en realidad no se trata de una enfermedad en sí misma sino más bien una consecuencia de una variedad de entidades de origen cardiológico, neurológico, tóxico y traumáticos por mencionar algunos, por esta razón, la insuficiencia respiratoria fue descartada por no contar con clínica y factores de riesgo suficientes que pudieran sustentar dicho diagnóstico, ante la persistencia de los síntomas y ante la normalidad de los paraclínicos antes mencionados, se procedió a aplicar herramientas que pudieran darnos otro panorama del cuadro clínico del paciente, de esta manera se procedió a realizar escala de Epworth y cuestionario Stop Bang y obteniendo resultados que redirigieron la sospecha diagnóstica hacia SAOS, siendo confirmada con la escala de cuello ajustada [8,9].

## 3. CONCLUSIONES

Concluimos que el SAOS es un problema de salud pública por su elevada prevalencia y los diversos daños a la salud que ocasiona, es a su vez un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico, accidentes y mala calidad de vida que incrementa el riesgo de sufrir accidentes de tráfico y laborales, es un desorden frecuente en adultos, afectando en mayor proporción a hombres que a mujeres,

nuestra paciente recibió un manejo adecuado en primer nivel de atención y se llevó a cabo un tratamiento multidisciplinario e integral

## REFERENCIAS

- [1] Fabres L, Moya P. Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. Chile. Rev. Med. Clin. Condes 2021; 32 (5): 527-534.
- [2] Lee J, Sundar K. Evaluation and Management of Adults with Obstructive Sleep Apnea Syndrome, Springer. 2021; 199:87-101.
- [3] Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en población pediátrica y adulta en el primer y segundo nivel de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021
- [4] Malhotra A, Ayappa I, Ayas N, et al. Metrics of sleep apnea severity: beyond the apnea-hypopnea index. SLEEPJ, 2021, 1-16
- [5] Marmolejo TME, Torres FMG, Rodríguez RYG, Guerrero ZS, Vargas RLK, Carrillo AJL. ¿Cómo calificar una poligrafía respiratoria? Reglas de la Academia Americana de Medicina del Sueño. Neumol. cir. tórax 2020; 79 (2): 110-115.
- [6] Carter, G. (2023). The Many Faces of Obstructive Sleep Apnea.
- [7] Lee J, Sundar K. Evaluation and Management of Adults with Obstructive Sleep Apnea Syndrome, Springer. 2021; 199:87-101.
- [8] París, R. A., Sanz, C. Z., Blanco, V. R., Mouriño, A. C., Navarro, M. E. T., Castedo, C. R., ... & Cuadrado, L. V. (2024). Diabetes y apnea obstructiva del sueño: Un estudio de casos y controles. Medicina clínica, 162(2), 49-55.
- [9] Uribe A. Consecuencias metabólicas de la apnea del sueño. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2018; 46 (2): 65-71

Correo de autor de correspondencia: [marygoretti187@hotmail.com](mailto:marygoretti187@hotmail.com)