



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

271/25 - SAOS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. de La Cruz Herrera^a, A. Arana Madariaga^a, I. Cornet Pujol^b, E. Del Junco Rodríguez^c, P. Farràs Serra^d, C. Rodríguez Soto^e, B. Edouard^f, T. Aliè de Vega^g, A. Arocas Bonache^g y R. Jiménez Gómez^h

^aMédico de Familia. CAP Goretti Badia. Súria. Barcelona. ^bMédico Residente de 4º año en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Súria. Barcelona. ^cMédico Residente de 2º año en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Súria. Barcelona. ^dMédico de Familia. CAP Callús. Barcelona. ^eMédico Residente de 1º año en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Súria. Barcelona. ^fMédico Residente de 3er año en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Súria. Barcelona. ^gEnfermera. CAP Goretti Badia. Súria. Barcelona. ^hEnfermera Residente de 2º año. CAP Goretti Badia. Súria. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años, hipertensa, obesa (88 kg/1,60 cm), fibromiálgica, depresión mayor de larga evolución. Asistida en su domicilio por equipo de AP por desconexión del medio. Se había acostado a las 22:00h, a las 13:00h era imposible despertarla. Realizó consumo de su medicación habitual (omeprazol 20 mg c/d24h, Zarelis retard 225 mg c/d24h, lormetazepam 2 mg c/d12h, lorazepam 1 mg c/d6h, mirtazapina 30mg c/d24h, oxcarbamazepina 300 mg c/d12h, haloperidol gotas ocasional, Fentanest inhalado, enalapril 20 mg c/d 24h). Tendencia a la somnolencia los últimos dos días y enlentecimiento psicomotor.

Exploración y pruebas complementarias: Hipotensa (90/40 mmHg), bradipnea con pausas de apnea. Taquicárdica (120 lat/min). Glasgow inicial: 3. BMTest: 300 mg/dl, T^a: 35,2 °C. Relajación de esfínteres. Se inicia naloxona más anexate recuperando nivel respiratorio y pupilas. Acude ambulancia medicalizada, se procede a IOT y traslado a UCIEs. Bioquímica, función renal, ionograma, PCR, radiografía de tórax, electrocardiograma, TAC craneal: normales. GSA (IOT): pH: 7,35, PCO₂: 38, PO₂: 166, Na: 137, K: 3,8, HCO₃: 21. Lactato: 2. Tóxicos en orina: positivo para benzodiazepinas. Procalcitonina: 0,16. RPR: negativo. Función tiroidea: correcta. Cultivo de secreciones bronquiales: negativo.

Juicio clínico: Se retira IOT a las 36 horas por estabilidad clínica. Durante el ingreso en medicina interna no presenta focalidad neurológica, sin embargo se detecta clínica sugestiva de SAHS y mala higiene del sueño por insomnio de mantenimiento, estudiada hace tres años, con polisomnografía nocturna: normal. Se realiza polisomnografía durante el ingreso, objetivando SAOS severo con largas apneas y profundas desaturaciones, se instaura CPAP con excelente tolerancia. Valorada por Psiquiatría, negando abuso en el tratamiento de mórficos inhalados y su medicación habitual, sin embargo el mes anterior presentó un cuadro confusional secundario a la sobreingesta de benzodiazepinas.

Diagnóstico diferencial: Por pluripatología de la paciente se deben descartar factores orgánicos que provoquen o contribuyan en el síndrome confusional: HTA, procesos inflamatorios, patología vascular cerebral, insuficiencia respiratoria, mórficos.

Comentario final: Clínicamente estable. Controles posteriores por atención primaria con buen control del dolor, por lo cual se retiran mórficos. Estado anímico estable con retiro de lorazepam, lormetazepam, mirtazapina, oxcarbamazepina, haloperidol, omeprazol, manteniendo Zarelis 225 c/d 24 horas. Tendencia a la

hipotensión en controles posteriores, se reduce enalapril 20 mg a 5 mg c/d24h, con tensiones controladas. El SAOS desempeña un papel en la patogenia de la HTA, independientemente de otros factores de riesgo como la obesidad. Se calcula que el 40% de los pacientes con HTA resistente presentan SAOS. Es posible que contribuya al patrón nocturno non-dipper de la HTA, mejorando el control tensional con el tratamiento del SAOS.

Bibliografía

1. Parati G, Lombardi C, Hedner J, Bonsignore M, Grote L, Tkacova R, Levy P, Riha P, Bassetti C, et al. Recommendations for the management of patients with obstructive sleep apnea and hypertension. *European Respiratory Journal*. 2013;41:523-38.

Palabras clave: Somnolencia. Obesidad. Hipertensión. Benzodiazepinas.