

AUTOR

Asmâa Doukkali, licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria de Sevilla.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Sexo: Mujer

Edad: 48 años

Altura: 1,70 m

Peso: 150 kg (IMC: 51,9 Kg/m²)

Otros datos: fumadora

Comentarios: Viene a la farmacia pidiendo algo para los ronquidos, ya que no dejan dormir a su marido.

El farmacéutico, tras preguntar a la paciente, sospecha que puede presentar un cuadro de apnea del sueño (AS) y le dice que le pida a su marido que vigile su respiración mientras duerma, haciendo hincapié en que cuente las veces que le falta la respiración y cuanto tiempo duran éstas.

Efectivamente, el marido asegura que su mujer tiene dificultad para respirar y un ronquido estridente. Que en aproximadamente una hora deja de respirar unas 6-8 veces y que las faltas de respiración duran a veces más de 30 segundos.

EVALUACIÓN

La apnea del sueño es un serio trastorno respiratorio que se define como la presencia de episodios recurrentes de cese del flujo respiratorio durante el sueño¹.

Se puede considerar central (ASC) u obstructiva (ASO)². En la ASC no hay esfuerzo respiratorio, no se producen ronquidos. Las vías de aire no son bloqueadas, sino que el cerebro falla en enviar señales a los músculos de la respiración; mientras que en la ASO persiste el esfuerzo respiratorio debido a un bloqueo parcial o completo de la entrada superior de aire durante el sueño.

La obesidad y el tabaco pueden llevar a una disminución gradual en el nivel de oxígeno en la sangre (hipoxemia); las personas obesas pueden dejar de respirar temporalmente mientras duermen³. En

INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN APNEA DEL SUEÑO

estos pacientes, el abdomen marcadamente globular interfiere con la actividad del diafragma, que es el único músculo con función respiratoria en el sueño REM. La insuficiencia cardíaca (IC) es la incapacidad del corazón para mantener un gasto cardíaco adecuado a la demanda metabólica del organismo⁴. Puede contribuir a la aparición de ASO en individuos susceptibles. En este caso, la ASO puede ser causada por el colapso de la vía aérea superior debido a edemas de tejidos blandos y cambios en el tono de la musculatura lisa de la vía aérea superior⁵. Los esfuerzos inspiratorios no efectivos contra la vía aérea superior ocluida durante la apnea originan una reducción de la presión intratorácica que ocasiona un aumento de la presión y poscarga del ventrículo izquierdo con mayor consumo y demanda de oxígeno por parte del miocardio ventricular izquierdo⁶. La hipoxemia secundaria a las apneas afecta al sistema cardiovascular por varios mecanismos, como la disminución del aporte de oxígeno al miocardio y el aumento de la actividad del sistema nervioso simpático.

En resumen, la IC puede desarrollar una AS por dos mecanismos: en parte por la interrupción de la respiración durante el sueño de forma intermitente induciendo un colapso de la vía aérea superior y, por otra parte, por la retención de líquidos y su presencia en los tejidos blandos del cuello y la faringe.

En nuestro caso, cabe destacar que la paciente presenta un claro problema de obesidad, que es considerada el mayor factor de riesgo conocido de la ASO, tanto en la población general como en pacientes con IC, por lo que debe ser considerado y tratado, dado que se ha evidenciado que, con la pérdida de peso, se consigue disminuir los índices de ASO⁷. El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo con la gravedad, la rapidez de las manifestaciones clínicas, la etiología, la presencia de enfermedades asociadas y los factores precipitantes.

Conseguir una presión positiva y continua en las vías de aire (CPAP, *Continuous Positive Airway Pressure*) es el tratamiento inicial para la AS en pacientes

con IC. Para ello, los pacientes usan una máscara sobre su nariz y/o boca, con una bomba que fuerza el paso del aire. La presión se ajusta para prevenir que los tejidos de la parte superior de las vías de aire se colapsen mientras el paciente duerme. La aplicación del CPAP nasal disminuye los eventos obstructivos durante el sueño y la desaturación de hemoglobina. Con el uso a largo plazo de CPAP la fracción de eyección ventricular mejora⁸.

Los principios generales del tratamiento de la IC abarcan medidas no farmacológicas junto con otras farmacológicas que comprenden la vasodilatación, el control de la retención hidrosalina y la mejoría de la función del ventrículo izquierdo.

INTERVENCIÓN
INTERVENCIÓN/RESULTADO

Tras la fase de evaluación el farmacéutico deriva la paciente al médico que, además de la apnea del sueño, le diagnóstica una insuficiencia cardíaca, y la remite al especialista. FC

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolk, R. Cardiovascular consequences of obstructive sleep apnea. *Clin Chest Med* 2003; 24: 19-25.
2. Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T, Alessi CA, Bailey D, Coleman J, et al. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005. *Sleep* 2005; 28: 499-521.
3. Culebras A. Síndrome de apnea del sueño: soluciones a corto plazo y riesgo cerebrovascular a largo plazo. *Revista de Neurología* 2006; 42(1): 34-41.
4. Carey CF, Lee HH, Woeltje KF. *Manual Washington de terapéutica médica*. 10ª Ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 123.
5. Oxilia Estigarribia MA. Apnea del sueño e insuficiencia cardíaca: un proceso nocturno cuyas consecuencias se evidencian durante el día, parte I. 2006; 1(3): 145-148.
6. Cloward TV, Walter JM, Farney RJ, Anderson JL. Left ventricular hypertrophy is a common echocardiographic abnormality in severe obstructive sleep apnea and reverses with nasal continuous positive airway pressure. *Chest*. 2003; 124: 594-601.
7. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 1217-1239.