

¿Cómo se hace?

Cuándo y cómo preguntar sobre el sueño de nuestros pacientes

Jesús Pujol Salud^{a,*}, Francisco Segarra Isern^b y Núria Roure Miró^c

^aMédico de familia. Equipo de Atención Primaria Balaguer. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Lleida. Institut Català de la Salut. Profesor asociado del Departamento de Cirugía. Universidad de Lleida. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Miembro de la Sociedad Española de Sueño (SES). Lleida. España.

^bCoordinador Clínica del Sueño Estivill. Codirector Unidad Patología del Sueño – Hospital Universitario General de Catalunya. Experto en Medicina del Sueño por la European Sleep Research Society (ESRS). Co-coordinador del Grupo de Sueño Pediátrico de la Sociedad Española de Sueño (SES) Barcelona. España. ^cDoctora en Psicología. Especialista europea en medicina del sueño (título Expert Somnologist acreditado por la ERSR).

Directora del Instituto del Sueño de Lleida. Colaboradora de la Clínica del Sueño Estivill del USP Instituto Universitario Dexeus.

Investigador Posdoctoral del Institut de Recerca Biomèdica (IRB). Lleida. España.

*Correo electrónico: jesuspujolsalud@hotmail.com

Introducción

Las quejas sobre el sueño en la consulta del médico de familia nos sitúan ante un escenario clínico donde se podrían detectar alrededor de ochenta tipos diferentes de enfermedades, que son las descritas en la *International Classification of Sleep Disorders (ICSD)*¹ (tabla 1).

Más allá del diagnóstico concreto, es importante conocer que los trastornos del sueño pueden afectar a un tercio de la población mayor de 15 años. El insomnio crónico es el trastorno más frecuente, su prevalencia global estimada oscila entre el 6% y el 10%, y llega hasta el 30% si tenemos en cuenta el insomnio transitorio, seguido del síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHS) que afecta al 4-6% de la población. El síndrome de las piernas inquietas, con una prevalencia del 5,5% en la población, es el tercer trastorno del sueño que un médico de familia debería saber identificar².

Sin embargo, la segunda manifestación clínica de la patología del sueño más frecuente después del insomnio es la excesiva somnolencia diurna (ESD) y la fatiga³.

Diagnóstico sindrómico de los problemas del sueño

Este último aspecto nos conduce a orientar el diagnóstico de los problemas para dormir desde una perspectiva sindrómica en la que, resumiendo, nos encontramos con tres tipos de trastornos del sueño:

TABLA 1. Principales categorías diagnósticas de la *International Classification of Sleep Disorders*³

Insomnio
Trastornos respiratorios del sueño
Hipersomnias centrales
Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia
Parasomnias
Trastornos del movimiento relacionados con el sueño
Otros trastornos del sueño

1. Las personas que no duermen (el paradigma de las cuales sería el insomnio).
2. Las que se duermen durante el día (nos estamos refiriendo aquí a la ESD y a la narcolepsia).
3. Las que tienen conductas anormales mientras duermen.

La segunda categoría incluiría a las personas que roncan y dejan de respirar mientras roncan (apneas). Esta es la principal característica clínica del SAHS, que además típicamente se acompaña de ESD. La tercera categoría representaría a dos tipos: las personas que padecen trastornos del movimiento durante el sueño (piernas inquietas, movimientos periódicos de las piernas o trastorno de conducta en sueño REM, entre otras) o parasomnias, que se caracterizan porque el individuo habla, grita o se levanta de la cama mientras duerme como sucede en el sonambulismo, los terrores nocturnos, etc.

TABLA 2. Preguntas clínicas para la primera fase del interrogatorio clínico en un paciente con problemas de sueño

1. ¿Tiene la sensación de que le cuesta dormirse o de que se despierta por la noche y que cuando se levanta no le parece haber tenido un sueño reparador?
2. ¿Tiene la sensación de que durante el día se queda dormido con excesiva facilidad?
3. ¿Ronca hasta el punto de molestar a otras personas y deja de respirar durante la noche?
4. ¿Ha tenido la sensación o le han comentado que mientras está dormido/a se mueva, hable, grite o se caiga o salga de la cama?

Cuando un paciente o su compañero/a de cama o de habitación nos consulta por un problema relacionado con el sueño, un primer paso en la entrevista clínica será delimitar el cuadro sindrómico ante el que nos hallamos (tabla 2 y fig. 1).

Es necesario realizar las cuatro preguntas en este primer paso de la entrevista clínica. Además, en este primer paso hay que preguntar sobre el consumo de hipnóticos, algún otro tipo de sustancias de parafarmacia consumidas con la finalidad de mejorar el sueño, y revisar la medicación habitual del paciente para detectar medicación que pueda interferir en la estructura normal del sueño (tabla 3). También hay que aprovechar que un paciente refiera quejas sobre el sueño para investigar el consumo de alcohol. Siempre hay que tener en cuenta y descartar posibles comorbilidades psiquiátricas, especialmente los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Proponemos para su valoración en consulta, el cuestionario EuroQol, tanto su parte descriptiva como la escala analógica visual.

Preguntas orientadas a las personas en las que predomina la dificultad para dormirse y la sensación de sueño no reparador

Recordemos que estas propuestas de preguntas servirían para completar un segundo paso en la entrevista clínica de la persona que explica una queja de sueño⁴.

1. ¿A qué hora normalmente va a la cama y a qué hora se levanta?
2. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?
3. ¿Cuántas veces se despierta durante la noche?
4. ¿Si se despierta durante la noche, tiene problemas para volver a conciliar el sueño?
5. ¿Cuánto tiempo necesita dormir para funcionar correctamente?

6. ¿Su horario de trabajo es cambiante?

7. ¿Cree que el hecho de despertarse o no poder dormirse influye en su funcionamiento durante el día, por ejemplo, en su capacidad de concentración, atención o memoria?

Las respuestas afirmativas a estas preguntas, especialmente a la segunda, tercera y cuarta, nos orientan hacia un problema de insomnio. Conocer la duración del problema nos permitirá clasificar el insomnio como crónico (más de 3 meses de duración) o de corta duración (menos de 3 meses de duración).

Una respuesta afirmativa a la pregunta 6 nos dará pistas para pensar en un trastorno del sueño derivado del trabajo por turnos. La pregunta 7 sobre la repercusión diurna del insomnio es clave para establecer el diagnóstico de insomnio (fig. 1).

Valoración de la intensidad clínica de la excesiva somnolencia diurna

Además de preguntar si el paciente “habitualmente da una cabezada sin estar planificada durante el día”, si “habitualmente hace una o más siestas durante el día” o si “ante una situación aburrida o sin estímulos se duerme con facilidad”, para valorar la ESD son muy útiles las escalas diseñadas a tal efecto y de las que destacamos la Escala de somnolencia de Epworth (*Epworth Sleepiness Scale*, https://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Somnolencia_Epworth).

El paciente roncador

Una persona que ronca puede padecer SAHS, posibilidad que aumentará si además detectamos ESD.

En esta fase del interrogatorio es importante intentar averiguar si el paciente hace apneas además de roncar. El médico debe hacer uso de sus dotes interpretativas e intentar imitar el sonido de la apnea cuando se produce el cierre de la faringe. Esto será más útil si a la visita acude el/la compañero/a de cama o habitación del paciente y, además, con las nuevas tecnologías puede ser un buen dato clínico la grabación del ronquido con un dispositivo móvil mientras está durmiendo.

OSA50 una manera rápida de hacer el cribado del SAHS⁵

Existe un test simplificado de cribado del SAHS especialmente diseñado para el trabajo clínico en atención primaria que se basa en cuatro ítems (tabla 4).



Figura 1. Secuencia de interrogatorio clínico sobre el sueño en atención primaria y posibles diagnósticos.

Fuente: Elaboración propia.

SAHS: síndrome de apneas-hipopneas del sueño.

Cuanto más superior a 5 sea la puntuación en este cuestionario de cribado, mayor será la probabilidad de que nos hallemos ante un SAHS.

Hay que tener en cuenta que últimamente se observa en consulta un perfil de paciente no obeso que también realiza apneas. También es importante tener en cuenta que la prevalencia de ronquido y apnea en las mujeres después de la menopausia se asimila a la del varón.

Conductas anormales durante el sueño

En esta segunda fase del interrogatorio hay que intentar saber si el paciente puede padecer un síndrome de piernas inquietas u otros trastornos menos frecuentes como los movimientos periódicos de las piernas o el trastorno del comportamiento en fase REM:

TABLA 3. Principales fármacos relacionados con el insomnio

Antidepresivos (ISRS)
Antihipertensivos (alfa y betabloqueantes, IECA, ARA-II)
Corticoesteroides
Estatinas
Glucosamina
Inhibidores de la colinesterasa
ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

TABLA 4. Cuestionario de cribado OSA50

	Puntuación en caso de respuesta afirmativa
O besidad: perímetro de cintura > 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres	3
S norring (ronquido): ¿molestan sus ronquidos a otras personas?	3
A pneas: ¿alguien ha notado que usted deje de respirar mientras duerme?	2
Edad ≥ 50 años	2

1. ¿Tiene una necesidad imperiosa de mover las piernas con sensación de dolor o malestar cuando se encuentra inmóvil, sentado o tumbado?

2. ¿Su cónyuge o compañero/a dice que mueve las piernas o da patadas mientras duerme?

3. ¿Es usted consciente de gritar, hablar, gesticular, dar patadas o comer mientras duerme?

Cuadros clínicos ante los que se debe preguntar sobre el sueño del paciente

Los avances en la investigación sobre el SAHS están mostrando cada vez más datos de la implicación de este síndrome en otras enfermedades. Citaremos la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, especialmente la resistente al tratamiento y diabetes mellitus tipo 2⁶. Habría que preguntar sobre ronquidos, apneas y ESD a los pacientes que las padecen.

El insomnio se presenta con más frecuencia en el contexto de: insuficiencia cardíaca, depresión, EPOC, dolor y diabetes. Sería recomendable preguntar a estos pacientes si duermen bien.

Bibliografía

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3.^a ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
2. Léger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin.* 2008;24:307-17.
3. Masdeu MJ, Vigil L, Ramírez E, González D. Patología del sueño: enfermedad crónica y tratamiento integral. En: Monserrat JM, Puertas FJ, eds. Patología básica del sueño. Barcelona: Elsevier; 2015.
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-1. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf
5. Chai-Coetzer CL, Antic NA, Rowland LS, Catcheside PG, Esterman A, Reed RL, et al. A simplified model of screening questionnaire and home monitoring for obstructive sleep apnoea in primary care. *Thorax.* 2011;66:213-9. doi: 10.1136/thx.2010.152801. Epub 2011 Jan 20.
6. Chai-Coetzer CL, Antic NA, McEvoy RD. Identifying and managing sleep disorders in primary care. *Lancet Respir Med.* 2015;3:337-9. doi:10.1016/S2213-2600(15)00141-1. Epub 2015 Apr 14. Review. PubMed PMID: 25887981.