

Mediciones del Sueño

Semiología del Sueño

- Las hipótesis diagnósticas condicionan el pedido o no de exámenes auxiliares de diagnóstico y además el tipo de examen que es útil
- No hay buenos diagnósticos sin historias clínicas adecuadas
- No hay historia clínica adecuada sin la correcta interpretación de los síntomas o sea de la semiología

Historia Clínica

- Oír al paciente
- Hacer preguntas
- Evaluar exámenes que el paciente tiene
- Evaluar al paciente
- Es infrecuente que las descripciones de los pacientes sean sensibles para el diagnóstico y es por eso fundamental la colecta sistematizada de datos

Primero contacto con el paciente y la Entrevista Clínica

- Motivo de la consulta
- Definición del problema
- Evolución de los síntomas
- Padrón de Sueño y Vigilia
- Impacto de su problema en el cotidiano
- Interrogar al compañero o cuidador (niños/mayores)
- Anamnesis detallada
- Propuesta de un o más diagnósticos provisionales
- Explicar al paciente porque le pedimos los exámenes

- Com frecuencia los padres de los niños, las mujeres que van con los hombres a las consultas o otros empiezan la entrevista explicando el problema
- La insistencia en pedir que sea lo propio a empezar es clinicamente util ya que es un primero paso para su responsabilizacion sobre su tratamiento

- Muchas de las enfermedades del sueño son ubicuarias (causas diversas para un mismo sintoma o enfermedades concomitantes)
- La insistencia en la explicacion de los exámenes es muy importante ya que los exámenes del sueño no son convencionales y requieren buena comprension para la adherencia del paciente

Que saber en la Historia Clinica?

- Sintomas o quejas relacionadas con ciclo sueño-vigilia (tipo, frecuencia, intensidad, modo de apareamiento, horario y evolucion)
- Sintomas de otras patologias medicas, neurologicas o psiquiatricas
- Relato de los horarios y habitos de sueño, alimentarios, de entretenimiento o trabajo (computadora y TV) y relacionados com ejercicio fisico
- Descripcion de terceros (familiares, compañeros de habitacion..)
- Tipo de Trabajo e situacion actual relacionada
- Envolvencia afectiva y familiar

Anamnesis – estructurada pero no “cerrada”

- Las anamnesis estructuradas presentan muchas ventajas por la padronizacion de la coleta de datos y mayor facilidad de abordage estadistica pero frecuentemente negligencian el caracter personal y/o lo perfil temporal de la enfermedad
- Cuestionarios mas o menos complejos son utilizados com frecuencia para la caracterizacion de sinais, sintomas y quejas del paciente

“Que tienes”?

- Insómnio o “me durmo poco y mal”
 - Muy frecuente (un de los principales motivos para consulta de sueño pero ademas un problema subdiagnosticado sobretodo en mayores)
 - Paciente habla sobre los medicamentos que consume, los medicos que ya consulto, las noches en claro (cuestiones que no permiten una hipotesis diagnostica efectiva)

Quejas de Insomnio

- Reducion patologica del tiempo total de sueño o sensacion de un sueño no recuperador mientras la oportunidad y condiciones para dormir existen
- En los niños hay relato de los padres y se relacionan con la resistencia para se acostar, horas a que se acosta o dificultad en dormir solo
- La duracion de las quejas nos permite clasificar en insomnio cronico (com o sin inicio en la infancia) y la insomnio agudo (< 3 meses de duracion) o transitoria (< 1 mês)

Quejas de Insomnio

- Como empezou
 - Factores precipitantes
 - stress en la familia o trabajo; Cambio de horario o habitos; enfermedad; cambio inicio o parada de medicacion
 - Factores perpetuantes
 - Mala higiene del sueño; preocupaciones y stress, mitigacion de problemas; Expectativas y creencias irreales respecto al sueño; medicaciones o consumo de substancias; enfermedades cronicas
 - Factores predisponentes
 - Hx Familiar; Trazos de personalidad: tension, ansiedad, perfeccionismo; Edad; Sexo (Genero)

Insomnio

- Que sucede en el cotidiano
 - Antes de Acostar
 - Trabaja has que se duerme?
 - Ejercita-se hasta tarde?
 - Se acosta pronto despues de cenar?
 - Se duerme en el sofa viendo TV o en computadora?
 - Utiliza el mobil hasta tarde?
 - Cafe o otros estimulantes o tabaco antes de acostar?
 - Antes de se Dormir
 - Cuanto tiempo hasta que se durma?
 - A que horas se duerme?
 - Miedo de no dormir?
 - Piensa en problemas ?
 - Intenta dormir mismo sin sueño?
 - Inquietud en las piernas o movimientos bruscos de los pies/piernas?
 - Durante la Noche
 - Numero de veces que despierta
 - Miedo de no volver a dormir
 - Que hace cuando despierta (reto, come, orinar, trabajar, ver TV...)
 - Dolor, Sueños, frio o calor, ronquido del compañero, niños pequeños llorar...

Insomnio

- Que sucede en lo despertar
 - A que horas se despierta?
 - Despierta temprano demas?
 - Como se siente al despertar?
 - Se siente mas cansado do que al acostarse?
 - Dolor (de cabeza o cualquiera)?
 - Los musculos estan presos y rigidos?

Insomnio

- Que sucede durante el dia
 - Peor performance?
 - No se puede concentrar?
 - Lapsos de memoria y atencion?
 - Esta lento y cansado?
 - Deprimido o ansioso?
 - Irritable o agresivo?
 - Somnolento?
 - Trabaja por turnor?
 - Horarios irrregulares?
 - Sintomas depresivos?

Insomnio

- A partir de las cuestiones → Dx insomnio (Dx Clinico)
- Criterios Generales para Insomnio:
 - Aumento de la latencia del sueño (> 30 min)
 - Reduccion del TTS con una ES < 85% (ES=TTS/TTC x 100)
 - La insomnio inicial, intermedia o terminal (es frecuente la mezcla de los tipos y sobreposicion)

Insomnio

- Primaria
 - Psicofisiologica
 - Mala Percepcion o Paradojal
 - Idiopatica
- Secundaria
 - (a una o varias causas especificas – enfermedades, incluso enfermedades del sueño, medicamentos, etc..)
- Puede ser que una primaria se enxerte dentro de una secundaria
- En lo niño la distincion entre causa comportamental y organica → el muchacho se queda o no consolada por los padres/cuidadores?

Que hacer ante queja de insomnio?

Recomendaciones de la AASM 2008

- Hx Clinica
- Cuestionarios de Sueño
- Diarios de Sueño
- Tests Psicologicos
- Inventario de sintomas
- Informacion del compañero de cama
- PSG (Qd hay sospecha de outra enfermedad de sueño; qd la insomnio es severo y no resolvió com metodos de higiene del sueño, tx comportamentales o farmacologicas)
- Actigrafia (Qd se sospecha de cambios circadianos)

Quejas de Somnolencia Excesiva

- Los sintomas de una disminucion del TTS en las 24h son:
 - Somnolencia
estado de transicion para el sueño; despertar facil; normal al fin del dia
 - Somnolencia excesiva
situaciones inadecuadas; en situaciones requierendo actividad o atencion
 - Hipersomnio
aumento del TTS; reservado para caracterizar entidades clinicas)
 - Ataques de sueño
episodios subitos de somnolencia diurna, no conscientes en pacientes cronicos; puede ocurrir en narcolepsia o enfermedad de Parkinson

Causas de Somnolencia

- Sindrome de Sono insuficiente
- Errores de higiene del sueño
- Patologia del Sueño (SAHOS; SPI...)
- Causas medicas o farmacologicas
- Hipersomnias de Origen Central

Severidad de la Somnolencia

Lee Chiong 2008

- Evaluada por la frecuencia de los episodios y inadecuacion de su aparecimiento, inconsciencia
- Ligera – en reposo o cuando necesidad de poca atencion
- Moderada – diariamente en tareas que exigen alguna atencion. Impacto moderado en cotidiano
- Severa – diariamente en tareas que exigen grado moderado de atencion. Impacto importante.
- Escala de Somnolencia de Epworth – Ligera (10-12); Moderada (13-17); Severa (>17)

Que hacer ante la somnolencia

- Depiende de la hipotesis:
 - Narcolepsia con o sin cataplexia (ESE + PSG + Orexina en LCR)
 - Hipersonia Idiopatica (ESE + PSG + MSLT)
 - SAHOS (ESE y Apnea opcional + PSG + TMV opcional)
 - SPI (ESE, IRLS-RS e QOL en la RLS opcional + Test de SIT y PSG opcional)
 - MPS (ESE + IRLS-RS e QOL en la RLS opcional + PSG y actigrafia para evaluacion terapeutica opcional)

Que hacer ante la somnolencia

- Depiende de la hipotesis:
 - Higiene del Sueño/S Sueno insuficiente (Diario de sueño + PSG se hay sospecha de outra patologia)
 - Medicacion Excesiva (ESE + EEG opcional + PSG se sospecha de outra patologia)
 - Drogas y alcohol (ESE + EEG opcional + PSG se sospecha de outra patologia)
 - Trabajo por turnos (Diarios + testes psicomotores + PSG se sospecha d outra patologia)

Quejas de Fadiga

- Frecuente
- Necesario distinguir la sensacion de estar fatigado por no dormir y no dormir por estar fatigado
- Hay alguna confusion con somnolencia
- Hay una relacion fuerte entre sueño, fadiga y execucion de tareas (algunas características del sueño → fadiga : reducion del TTS y del sueño profundo, transtornos del REM, sueño alfa-delta, transtornos motores y respiratorios, ensueños en exceso)
- Patologias del sueño asociadas a fadiga
- Enfermedades médicas neurológicas y psiquiatricas asociadas a fadiga

Caracterizacion de la Fadiga

- Muscular (normal en ejercicio violento y tipico en las enfermedades neuromusculares)
- Fisica (enfermedades cardiacas o infecciosas cronicas, pulmonares...)
- Mental (exceso de trabajo, agotamiento...)
- Psiquica (depresion)

Que hacer ante queja de fadiga

- En casos de fadiga persistente
 - Investigacion laboratorial para evaluar las causas (rotinas, funcion tiroidea)
 - Descartar causas hormonais, autoimunes, neoplasicas y infecciosas
- Exámenes en funcion de la apresentacion clinica y integrar en la interacion sueño – fadiga

Quejas de Dolor

- Cefaleas (Matinal, Nocturna Migraña...)
- Dolor Global en la Fibromialgia y Sindrome de Fadiga Cronica
- Relacion entre dolor y sueño es importante

Manifestaciones Motoras

- Mioclonias del REM – eventos fasicos y fisiologicos breves y poco frecuentes
- Mioclonias hipnagogicas – en inicio del sueño, non periodicas; sensacion de queda; normal
- Mioclonias Nocturnas/Fragmentarias – sobretodo en sueño lento
- SPI – en vigilia, reposo y com ritmo circadiano
- MPS – general en miembros inferiores; aumentan con la edad; ubiquitarios de muchas enfermedades del sueño
- Paralisis del Sueño – en despertares nocturnos o matinais; caracteristica de la narcolepsia
- Caimbras nocturnas
- Movimientos Ritmicos
- Bruxismo del sueño y/o otras actividades motoras orofaciales (crisis de degluticion anormal)
- Epilepsia

Comportamientos Anormales

- Sonambulismo
- Terrores Nocturnos
- Despertaes confucionales
- Bebedera del sueño
- Automatismos del sueño (en el despertar)
- Comer nocturno (Sindrome de comer nocturno y transtorno de comer nocturno)
- Parassomnias del REM (puede ser subclinica – solo en PSG)
- Crisis de sufocacion → pueden ocurrir en la apnea
- Violencia Nocturna
- Sexomnia

Actividades Oníricas e Onírico-Alucinatorias

- Ruminación
- Alucinaciones (visuales o auditivas o somestésicas)
- Pesadillas
- Sueños recurrentes
- Hiperonirismo
- Sueño "Consciente"

Ruidos del Sueño

- Ronquido
- Grunido del sueño (PSG – expiratorio, bradipnea en REM asociado al ruido, microdespertares pero sin movimientos o arritmias)
- Estridor laríngeo (paresia de los aductores de laringe → evaluación ORL)
- Laringospasmo (asociado a crisis de sufocación → ORL)
- Somniloquia – hablar dormiendo (sin aparente relevancia clínica)

Otros fenómenos

- Enuresis
- Taquicardia
- Erección Nocturna
- Sudoración nocturna

Otros

- Dificultades en despertar
- Dificultades en adormecer
- Dificultades en cumplir horarios
- Quejas diurnas relacionadas con el sueño