

Dado el caracter y la finalidad exclusivamente docente y eminentemente ilustrativa de las explicaciones dadas el curso mediante esta presentación, el autor se acoge al articulo 32 de la Ley de propiedad intelectual vigente respecto al uso parcial de obras ajenas com imágenes, gráficos u otro material

CO Todas las imágenes presentadas se incluyen como citas necesaias para ilustrar las explicaciones de esta clase

¿Cómo hacer una buena historia clínica de sueño?

Joan Santamaria

***Servei de Neurologia y Unidad Multidisciplinar de
Trastornos de Sueño
Hospital Clínic de Barcelona***

Sumario

A Principios generals de la història de sueño

B Síntomas principales: *Insomnio, hipersomnia, parasomnies*

C *Conclusión*

Pasos en un encuentro clínico



```
graph LR; A[History] --> B[Examination]; B --> C[Investigations]; C --> D[Management]
```

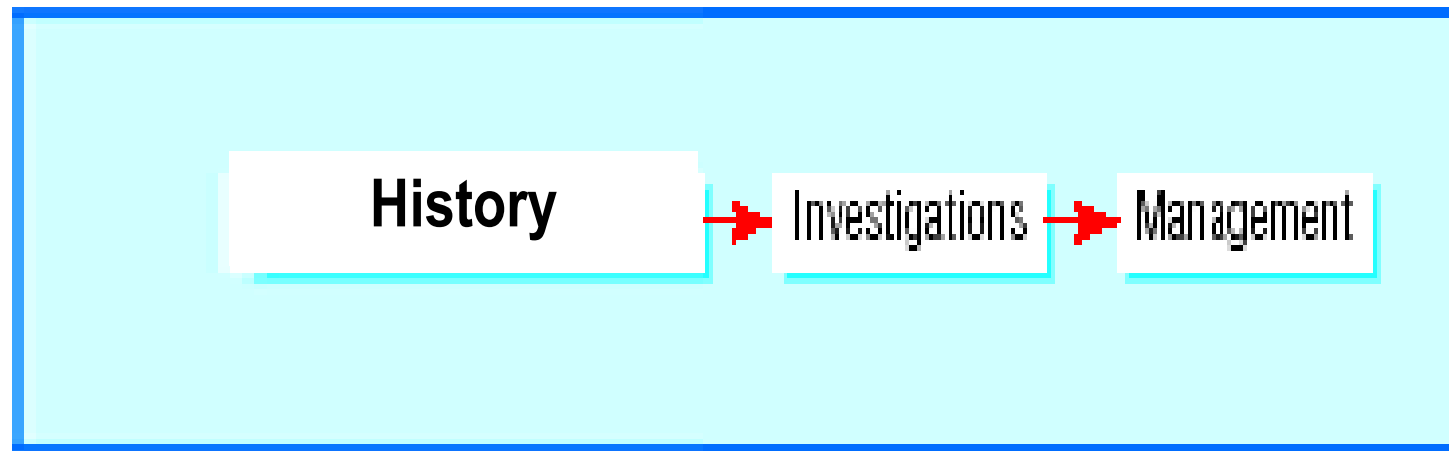
History → Examination → Investigations → Management

Evaluación de un trastorno de sueño

A

- Exploración clínica: *A menudo inútil*
- Pruebas de sueño : *Después de una buena historia*

Historia clínica: fundamental



Tres quejas principales

No puedo dormir (*insomnio*)

Me cuesta estar despierto de día (*somnolencia*)

Hago “cosas” durmiendo (*movimientos, ruído, ahogos, dejar de respirar, convulsiones, “soñar”...*)

Tres quejas principales (2)

Cada queja tiene múltiples causas

Tenemos que encontrar las claves que ayuden en el diagnóstico:

defininiendo bien el problema

buscando síntomas asociados

Historia clínica de sueño - problemas

1. Información fragmentaria

El paciente tiene **parte** de la información (*duerme*)

El testigo tiene **parte** de la información (*también duerme*)

- Ausencia de evidencia $\neq$ evidencia de ausencia

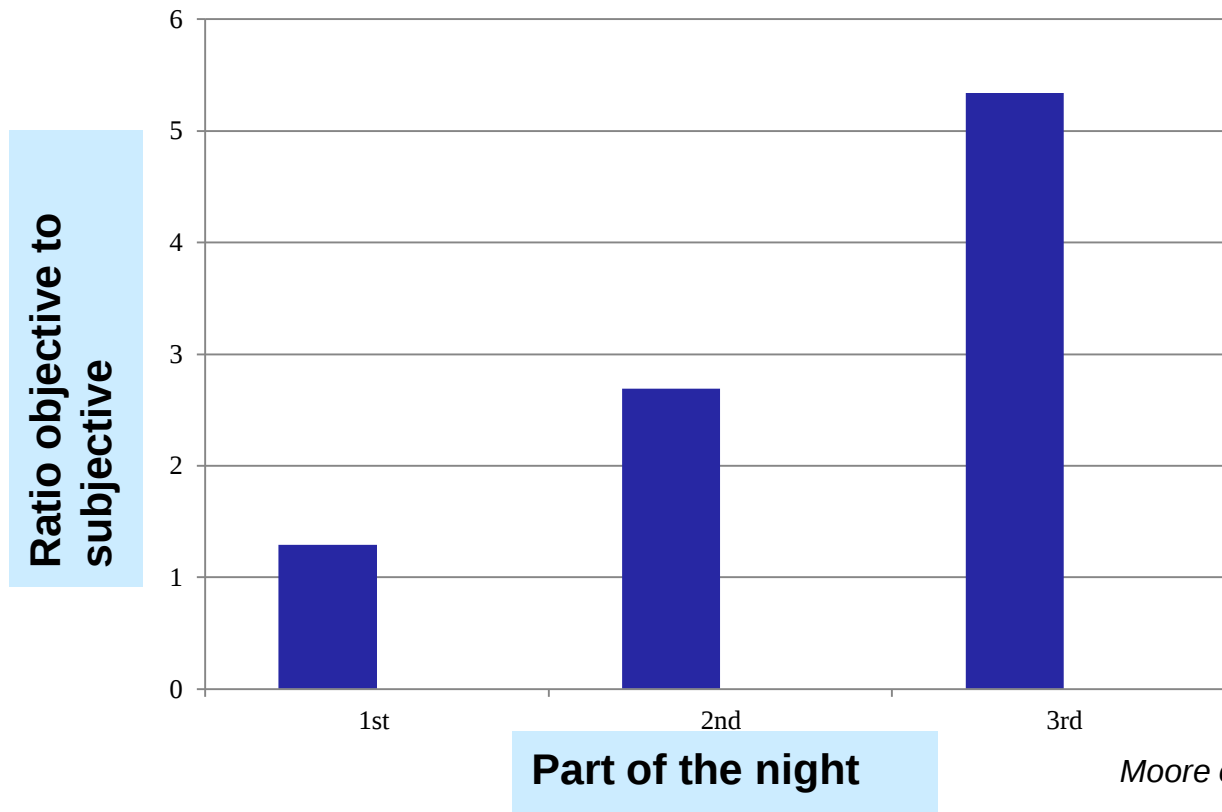
- *Hay pacientes que duermen solos ;j*

- Lo compensa el número de observaciones (... noches ;j)

Percepción de estar durmiendo

A

- Hacen falta 5-8 minutos desde el 1er huso para “notar” que dormimos
- A lo largo de la noche este tiempo es mayor



2. Difícil saber cuándo comenzó el problema

A menudo es un problema crónico

Un inicio agudo/subagudo tiene una explicación no relacionada con la enfermedad

cambio de horarios

nueva pareja

estres laboral o familiar,

3. Difícil determinar el curso clínico

Adaptación al problema variable

El paciente puede no ser quien se queja

Oscilaciones dependen de múltiples factores,
no sólo de la enfermedad (*pareja, situación
laboral o familiar, otras enfermedades* - (Dec. Supino)..

4. Ideas preconcebidas sobre el sueño

- Todos tienen su **propia** idea sobre el sueño
- Los síntomas se atribuyen a otras causas
- Diferencia con otras patologías

(paràlisis, temblor, afasia, convulsiones,...)

Historia clínica de sueño- principios

La pareja de cama es esencial

Síntomas que tienen lugar durante el sueño

Parasomnias, PLMs, Ronquidos, Apneas, Crisis

La somnolencia puede ser infravalorada per
algunos pacientes

En el insomnio, la pareja también es útil

Utilizar el teléfono móvil si es preciso

Preguntas más importantes

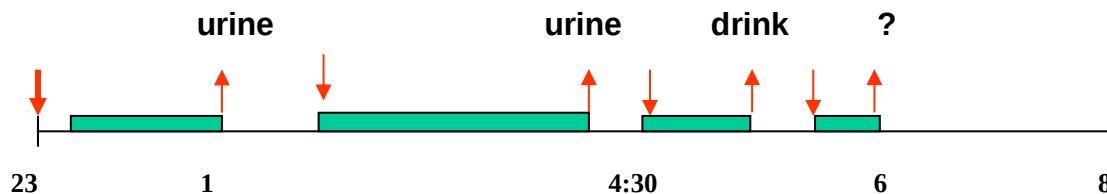
A

Características del sueño nocturno

Horarios durante la semana y en festivos o vacaciones

Latencia de sueño, despertares y causa (WC, dolor, pesadillas,...)

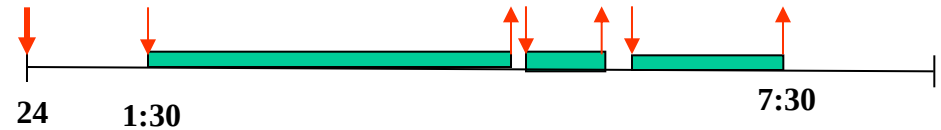
Hora y tipo (espontáneo/inducido) del **despertar final**



¿Está cansado/descansado al despertarse?

Algunos patrones de sueño

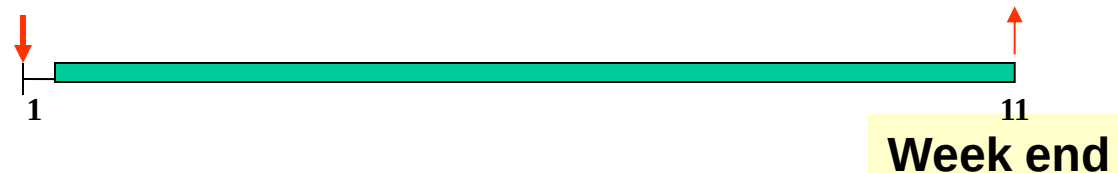
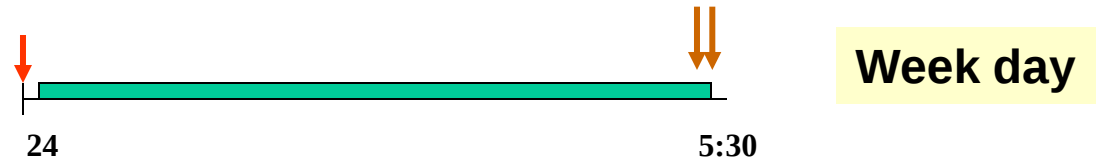
Insomnio de inicio



Retraso de fase



Sueño insuficiente

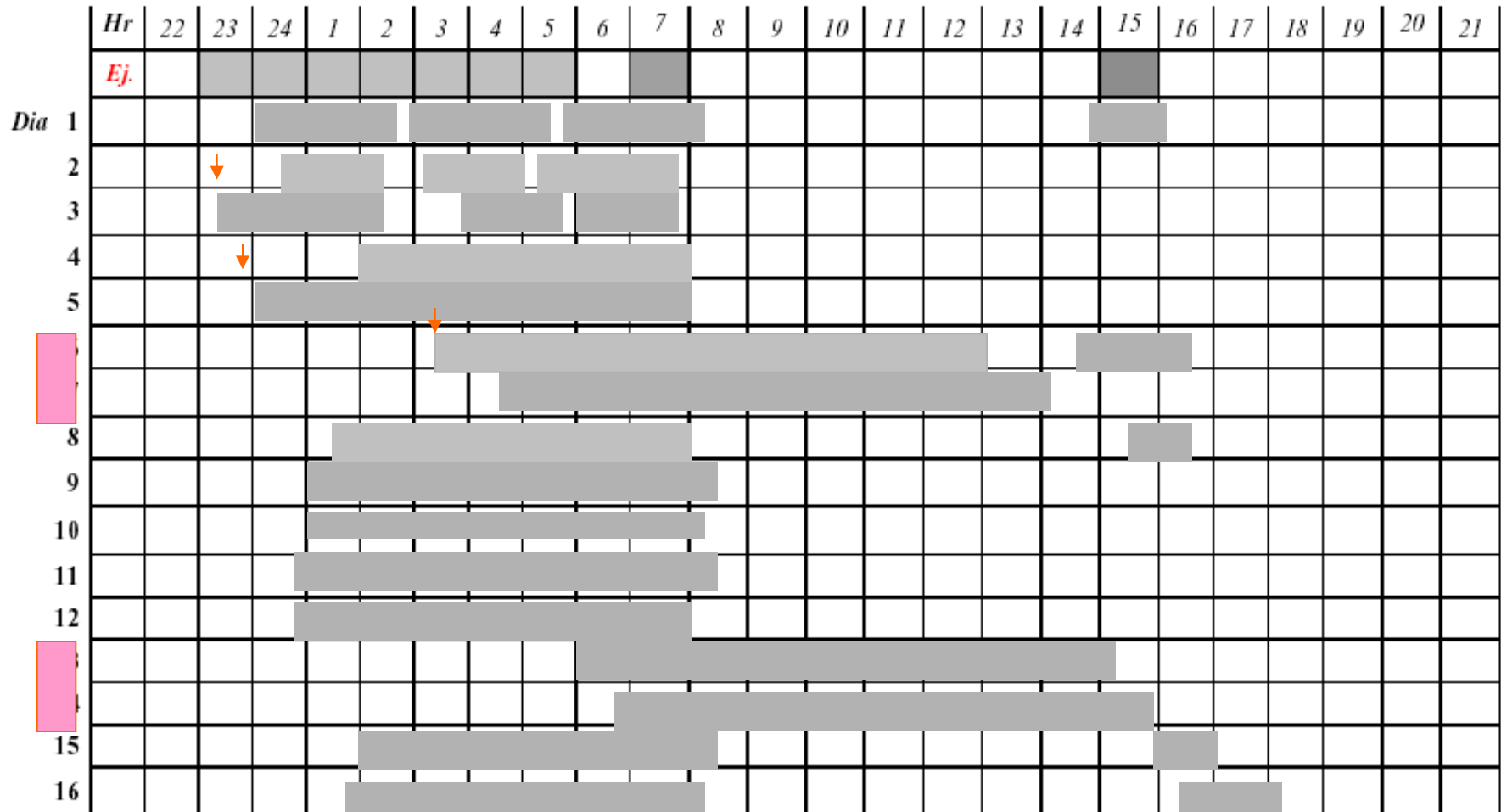


(> 2 hrs adicionales de sueño en festivos, alta eficacia de sueño)

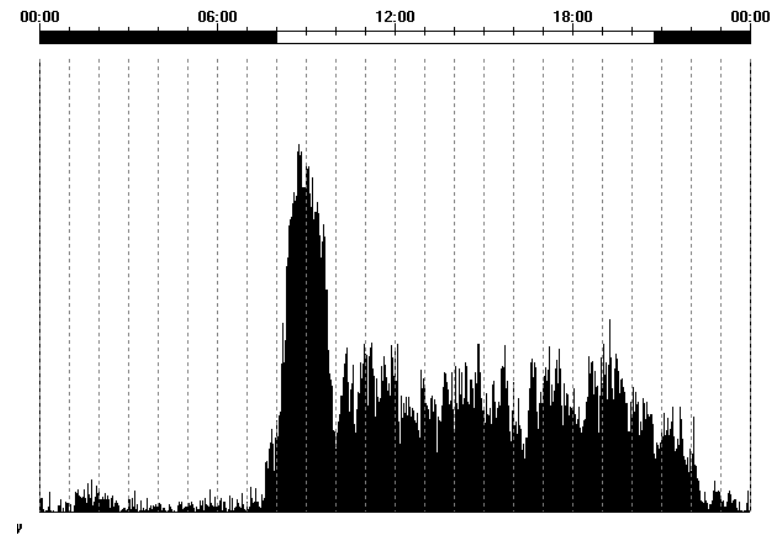
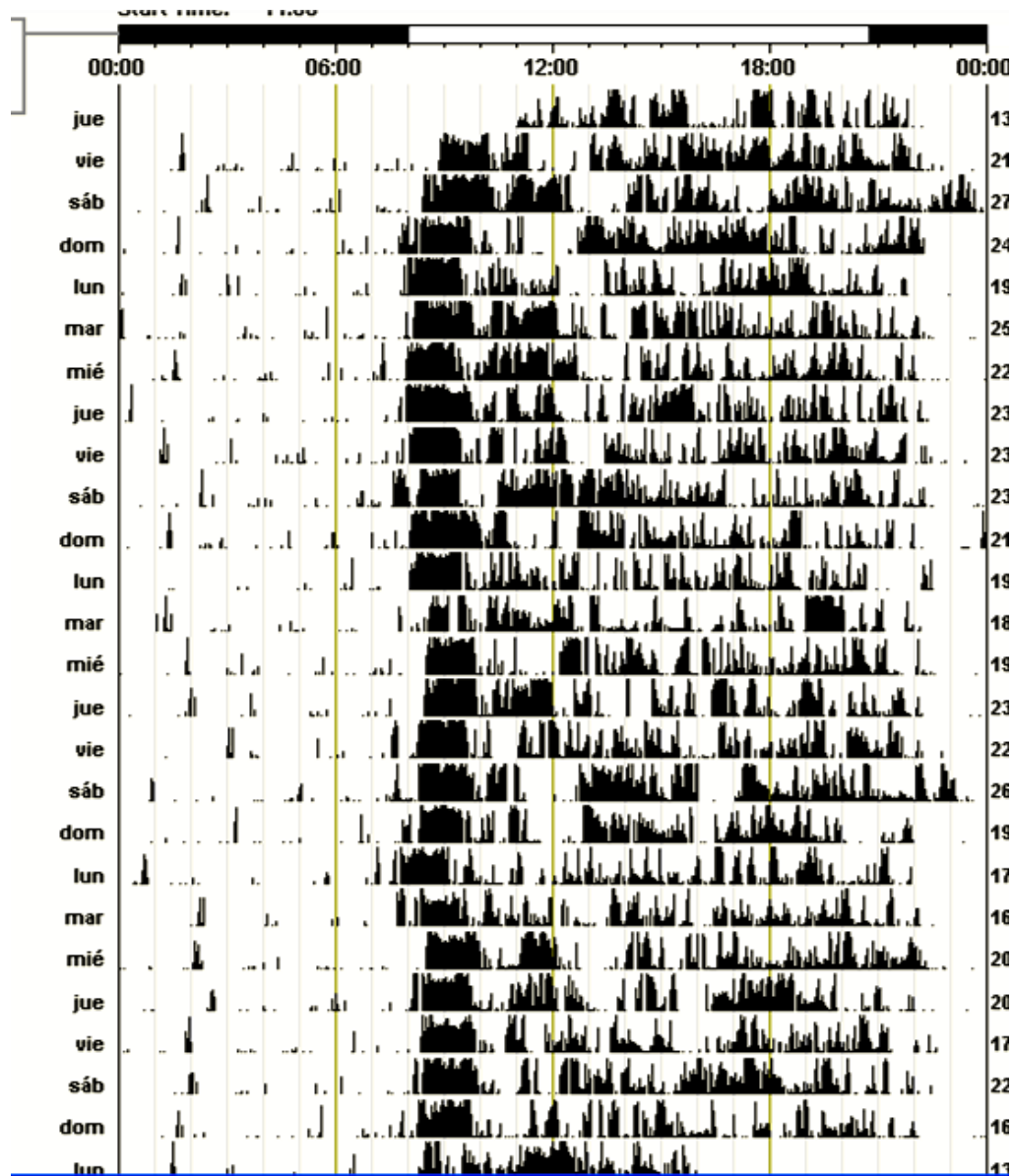
Diari de sueño

PACIENT :

 Dormit
 Despert



Actimetria



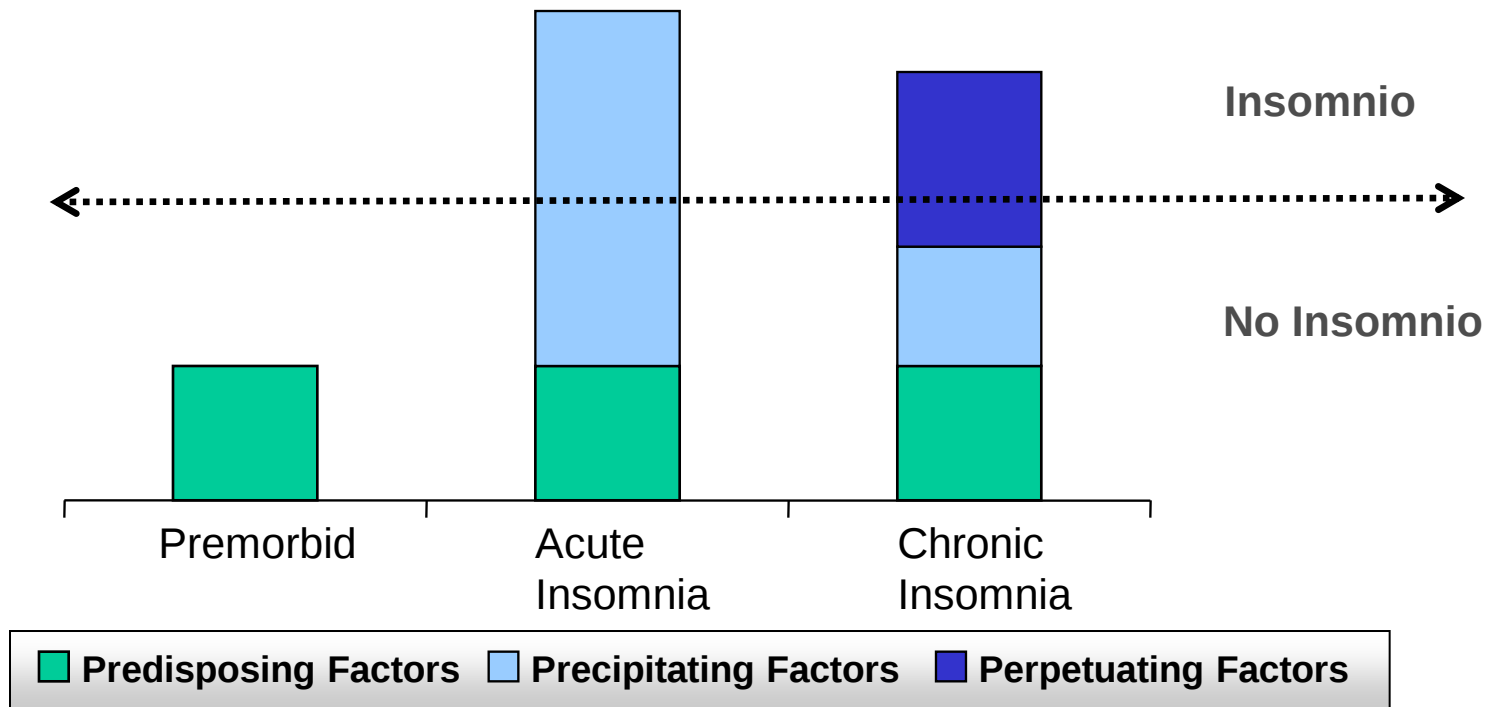
INSOMNIO

Dos elementos clave

Dificultad para dormir (*iniciar o mantener el sueño*)
o sueño de mala calidad, pese a estar *un tiempo suficiente en la cama*

Asociado a quejas diurnas: dificultad para
concentrarse, cansancio, raro somnolencia

INSOMNIO. ¿Cómo se presenta?



Adapted from Spielman AJ et al. In: Principles and Practice of Sleep Medicine, 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2000.

Causas de insomnio

Secundario

Agudo per estrés psicológico, social

Trastornos médicos, neurológicos, psiquiátricos

Medicaciones, sustancias

Trastornos de sueño específicos (e.g. restless legs syndrome)

Primario

Psicofisiológico

Mala percepción del sueño

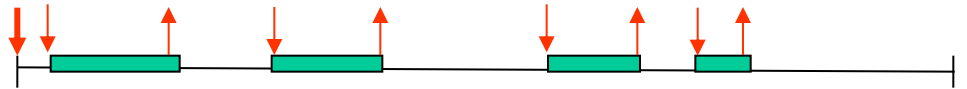
Idiopático

Tipus de insomnio

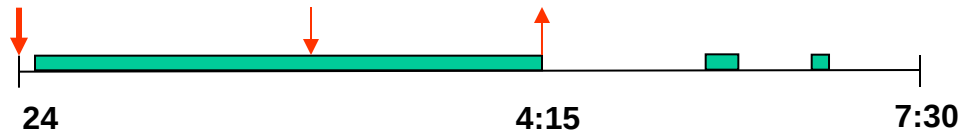
De inicio



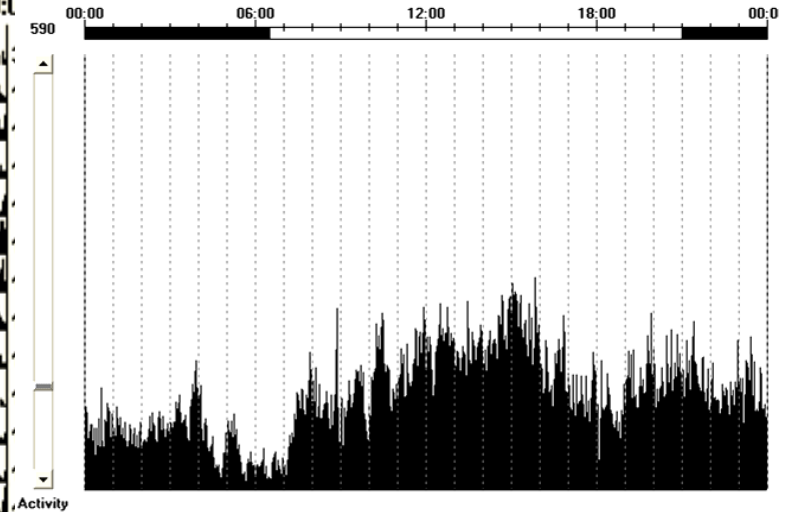
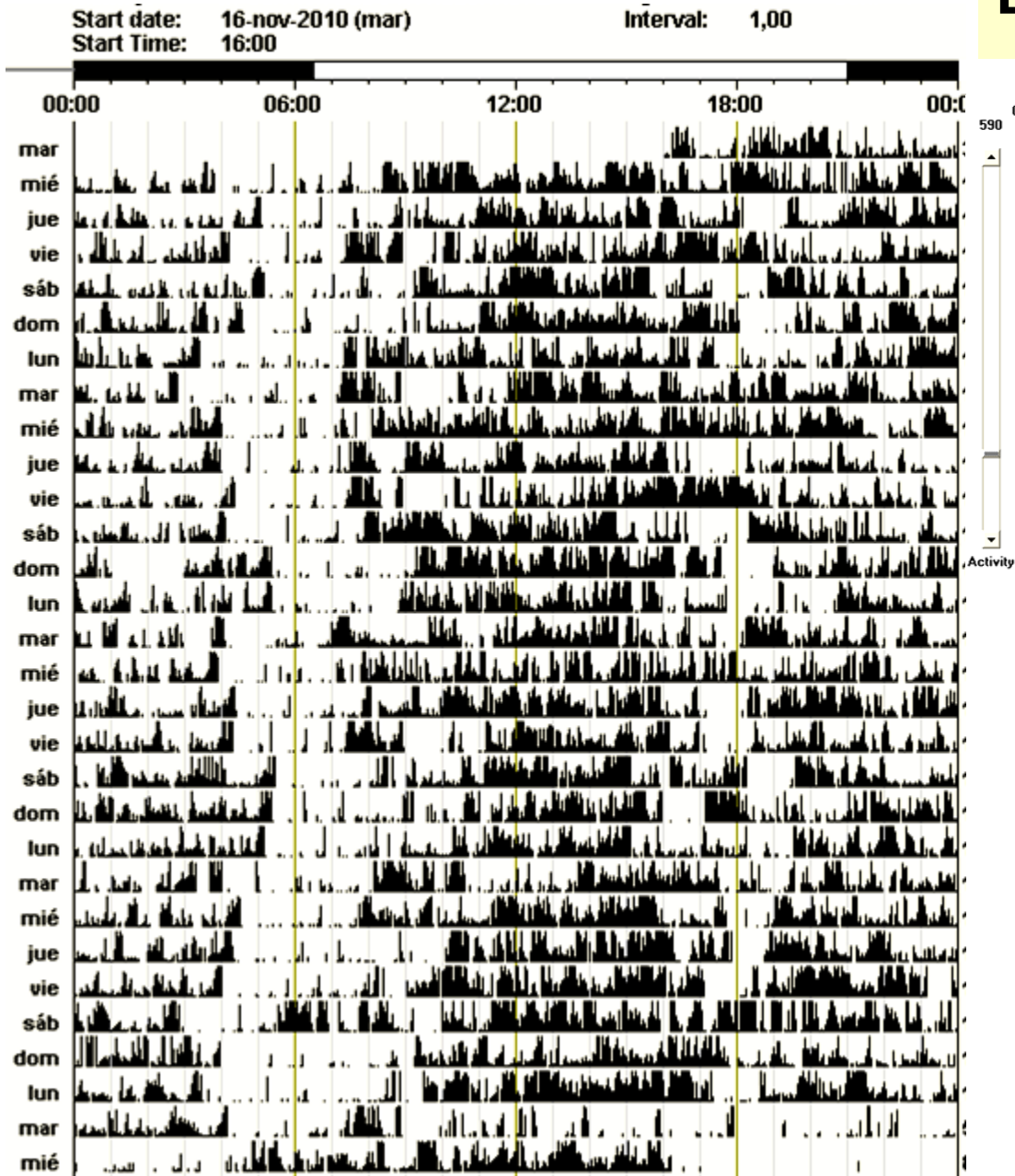
Mantenimiento



Despertar precoz



Despertar precoz en PD



Preguntas más importantes

B

¿Qué hace antes de dormir?

Leer en la cama, TV, radio, preocupaciones, rumiar mucho las cosas,

Trabajo hasta tarde, estrés, ejercicio físico

¿Alguna molestia le impide dormirse?

Restless legs (RLS)

Malestar /inquietud en las piernas

Empeora con el reposo

Mejora al moverlas

Aparece por la noche/tarde

El área corporal afecta puede variar

B

Piernas, uni o bilateral, no afecta pies

Piernas y brazos, o brazos, pubis, genitales/recto

Otras zonas (abdomen exclusivamente)

Neurology® 2011;77:1283-1286

Restless abdomen

A phenotypic variant of restless legs syndrome



Hernando Pérez-Díaz,

MD

Alex Iranzo, MD

David B. Rye, MD,

PhD

Joan Santamaría, MD

Sintomas durante el sueño (I)

Respiración:

Ronquidos (+, ++, +++)

Otros ruidos respiratorios

estridor

catatrenia

Apnea

Frecuencia, duración

Gasps, ahogos

Despertares (conducta)

Nocturia

Boca seca, cansancio al despertarse

Imitar los ruidos ji

Dreams

Do you dream a lot? (to the patient)

Does he/she dreams a lot? (to the partner)

Are dreams usually unpleasant, anxious? “*Could you give me an example?*”

- “I am attacked and I react against the aggression”
- “*A dangerous situation for me or my family and I (we) have to escape*”
- “I am late at work, my car stops, the key does not open the closet, I have to pay and repay a loan”
- “*Deaths, catastrophes*”
- “I do not recall anything”

Movimientos y vocalizaciones

– Movimientos anormales

¿Tiene sacudidas, le da golpes, golpea la pared, cae de la cama, tira cosas de la mesita de noche?

– Conductas anormales

¿Se levanta de la cama, sale de la habitación, camina dormido, cambia cosas de lugar durmiendo?

¿Sueña mucho?

¿Movimientos periódicos?

– Vocalizaciones

¿Grita, habla, susurra, murmura?

Propriospinal Myoclonus at the Sleep-Wake Transition: A New Type of Parasomnia

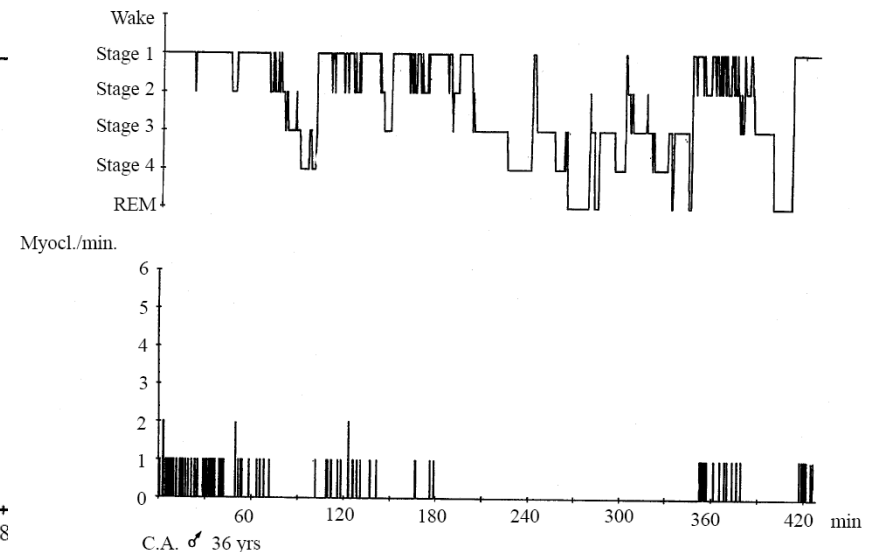
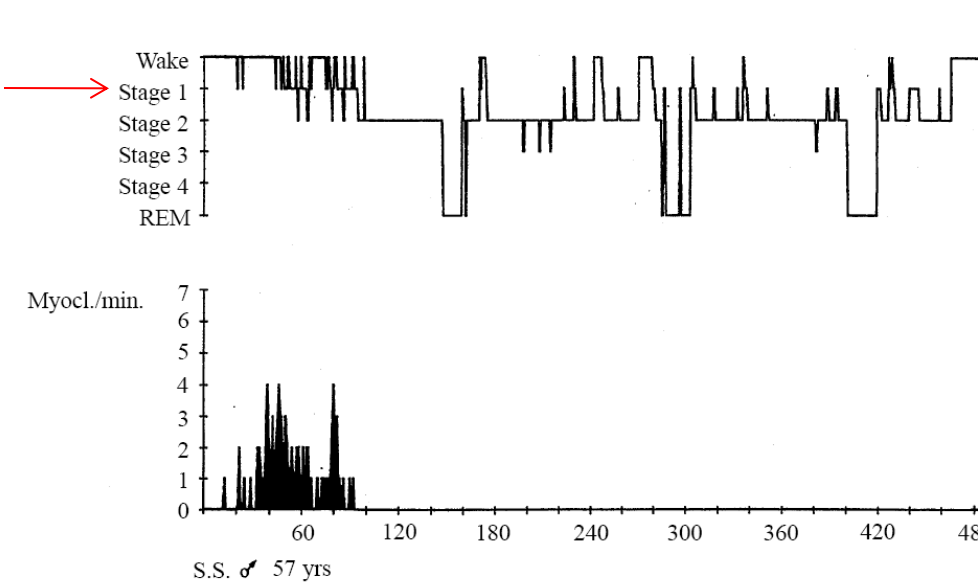
Roberto Vetrugno MD,¹ Federica Provini MD,¹ Stefano Meletti MD,¹ Giuseppe Plazzi MD,¹ Rocco Liguori MD,¹ Pietro Cortelli MD,² Elio Lugaresi MD¹ and Pasquale Montagna MD¹

Durante adormecimiento

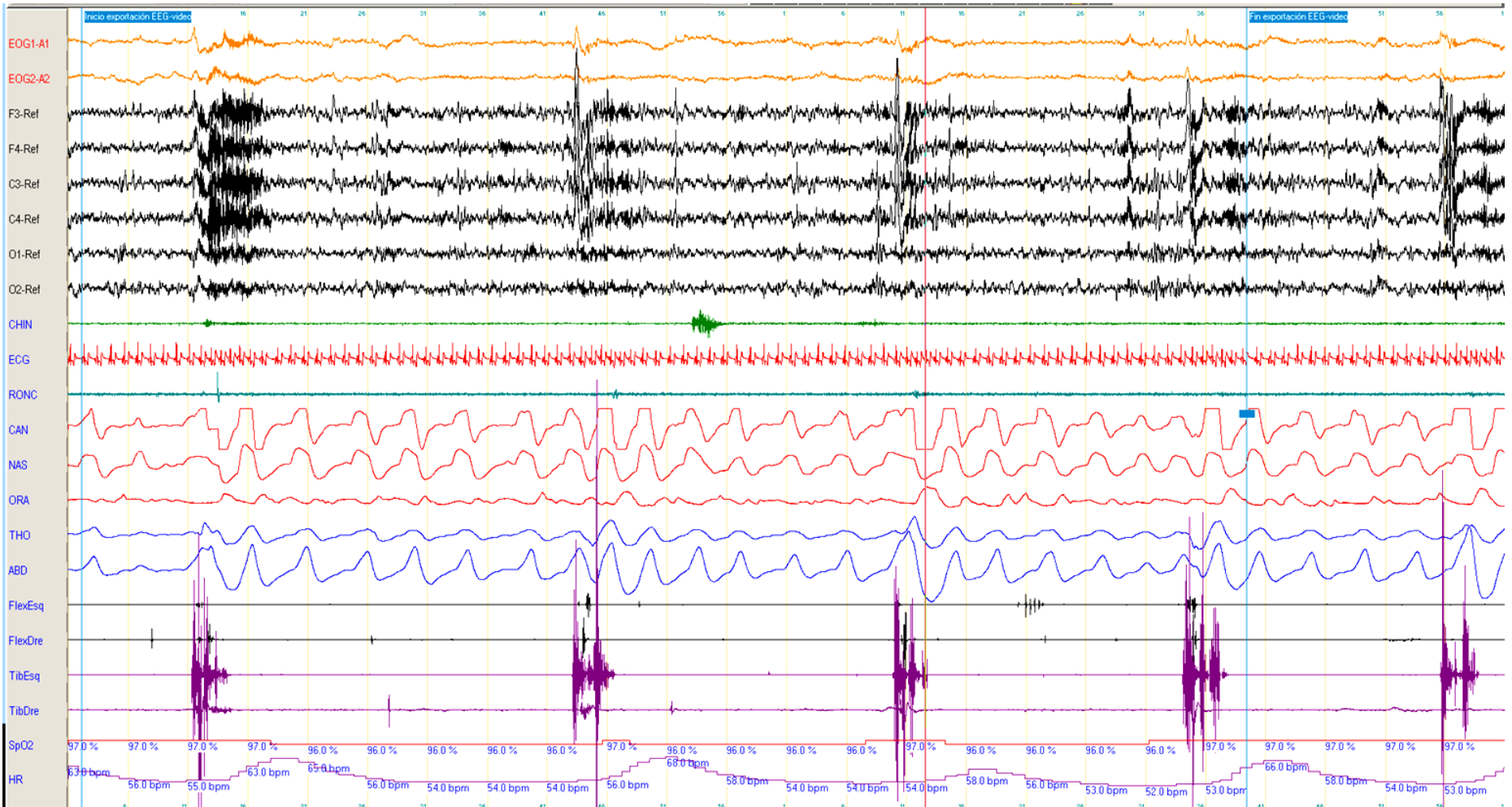
Una o varias contracciones, iniciadas sobre todo en SCM

Pueden provocar fragmentación del sueño e insomnio de conciliación

Tratados con clonacepam

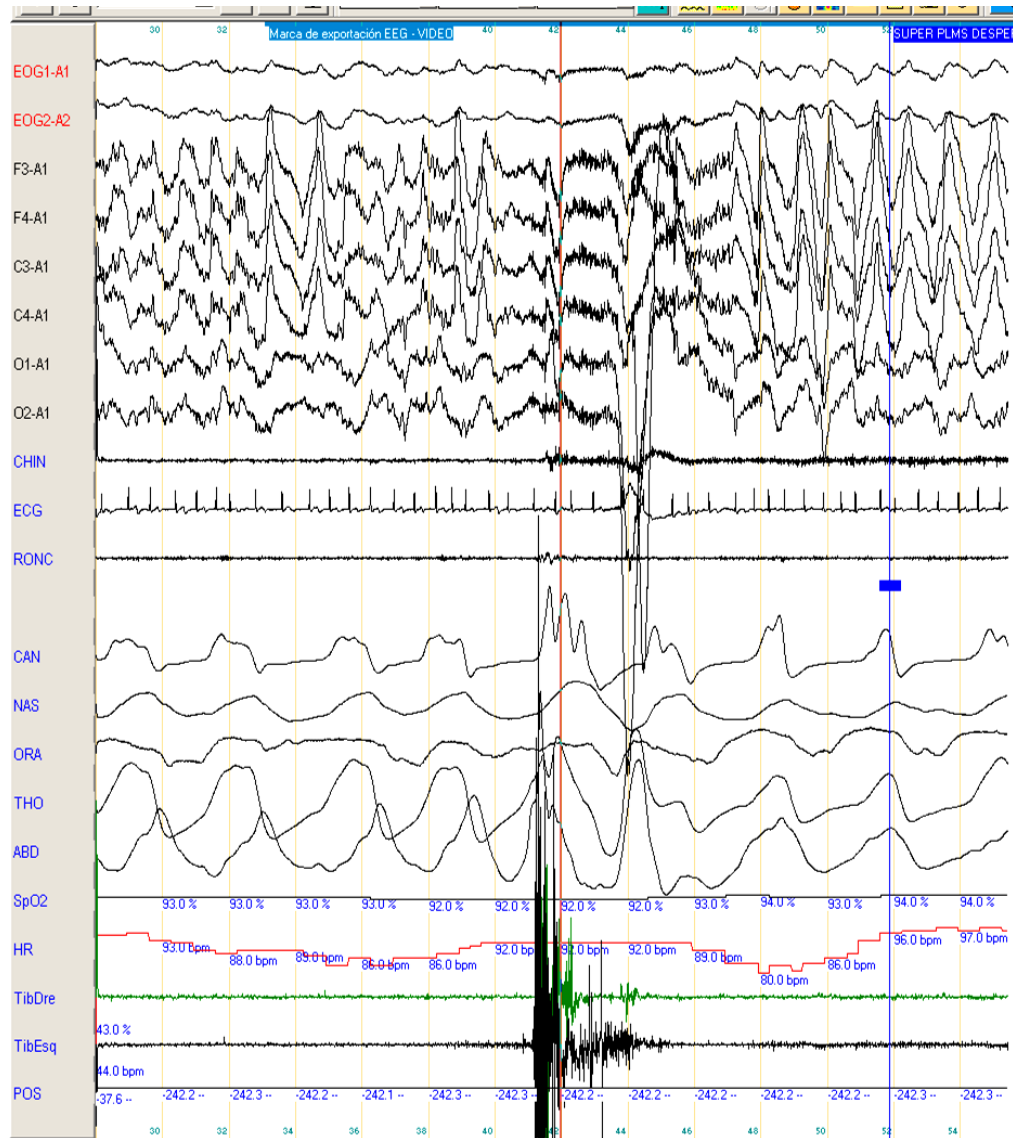


Movimientos periódicos de extremidades



Atàxia de Friedreich

110517b-a 15 MGibS



REM sleep behavior disorder (RBD)

A parasomnia occurring in REM sleep

Vigorous intermittent movements during sleep

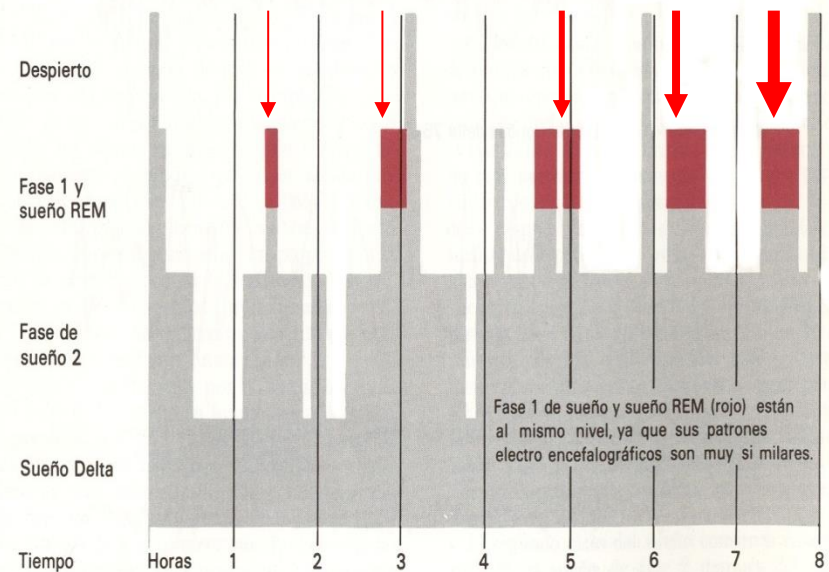
Excessive, abnormal dreams that seem to be acted out

Mostly men

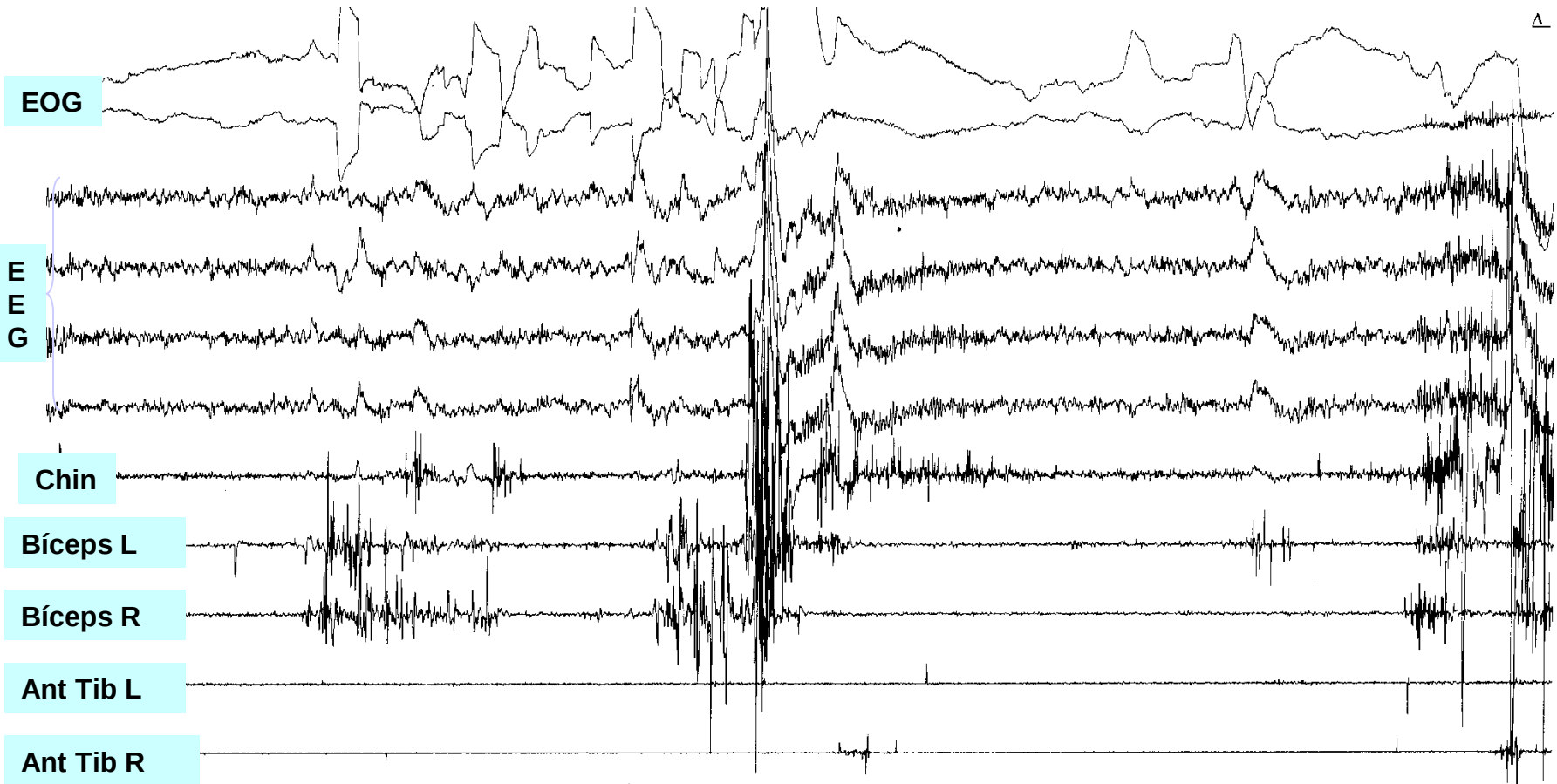
Mostly older than 55

Occurs with irregular frequency

REM periods are longer at the end of the night



RBD movements



Diagnosis of RBD

Question the wife / bed-partner

Does your husband dream a lot?

Does he move arms or legs, punches, kicks off, shouts during sleep?

Has he fallen out from bed or thrown out things of the night stand?

Clinical diagnosis without PSG

is relatively specific in idiopathic RBD, but has a poor sensitivity (33%) in RBD associated to PD
(Eisensher 2001)

patient may not be aware of it or may not tell you spontaneously

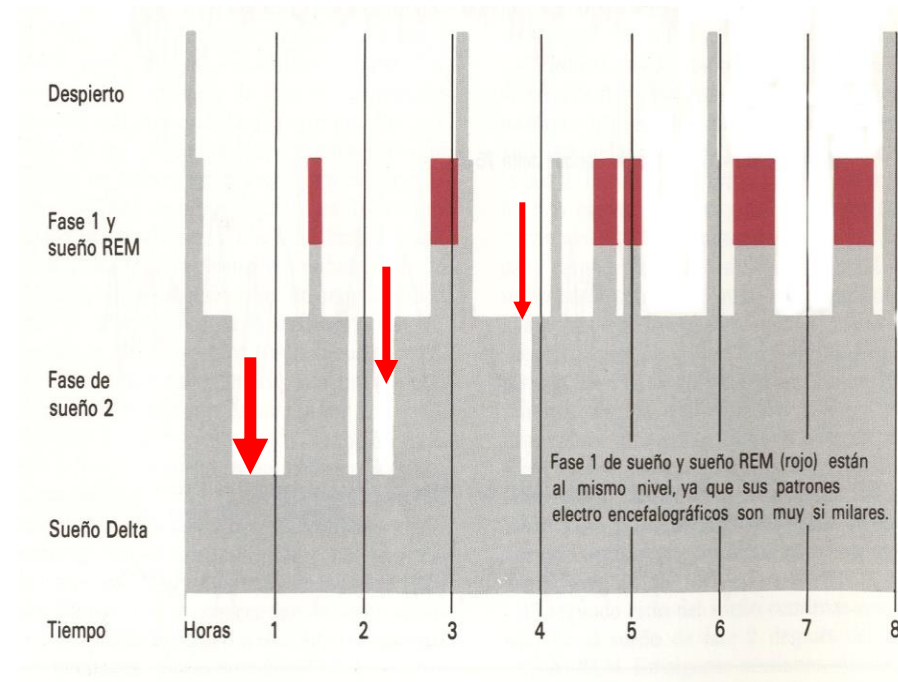
Somnambulism

Somnambulism is a NREM parasomnia, frequent in children > adults

Usually occurs in the first part of the night

Somnambulism, sleep terrors and confusional arousals are 3 forms of “*disorders of arousal*”

N3 sleep occurs mainly the first half of the night



Excessive daytime sleepiness

Is it continuous and perceived by the patient?

**Falls asleep without noticing anything?:
Sleep “attacks”/ sudden onset of sleep**

**Consequences: work problems, school,
driving, social life?**

Very important to ask the partner/family

EPWORTH SLEEPINESS SCALE

(Measures sleepiness in recent times) Johns M, Sleep 1991; 14: 540



How likely are you to doze off or fall asleep in the following situations, in contrast to just feeling tired? This refers to your usual life in **recent times**. Even if you have not done some of these things recently, try to work out how they would have affected you. Use the following scale to choose the *most appropriate number* for each situation:

0 = would **never** doze

1 = **slight** chance of dozing

2 = **moderate** chance of dozing

3 = **high** chance of dozing

Situation

Chance of dozing

- | | |
|---|-------|
| ❖ Sitting and reading | |
| ❖ Watching TV | |
| ❖ Sitting, inactive in a public place (e.g. a theater or a meeting) | |
| ❖ As a passenger in a car for an hour without a break | |
| ❖ Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit | |
| ❖ Sitting and talking to someone | |
| ❖ Sitting quietly after a lunch without alcohol | |
| ❖ In a car, while stopped for a few minutes in traffic | |

(Normal 10 or less)

Other symptoms

Diurnal naps

Do you dream during naps?

Are they refreshing?

What part of the day do you feel more alert?

Always evaluate the **mood/anxiety** of the patient: Hospital Anxiety Depression scale (HAD)

Other symptoms

Cataplexy

Positive emotions

“when hearing and telling a joke”

“while laughing”

“with elation”

Anger also possible

Facial clonus, jaw dropping, no loss of consciousness

Differential diagnosis

Relaxation post intense emotions (after a big argument)

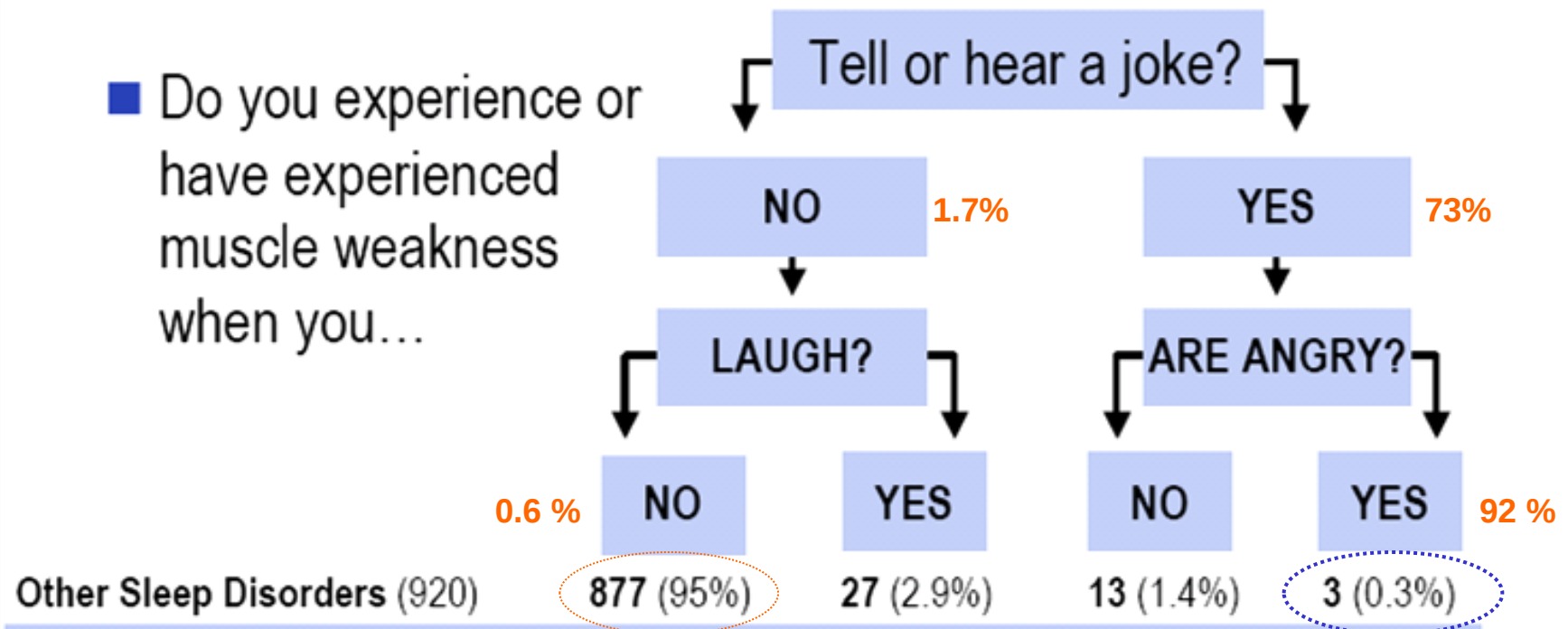
Periodic paralysis

Duration is longer, no positive emotions

Ask the question and make the patient explain the symptom with their own words

Specificity of Cataplexy Triggers

- Do you experience or have experienced muscle weakness when you...



DETECCIÓN DE OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO

EVALUACIÓN GLOBAL DE HIPERSOMNIA

- ¿Tiene sueño durante el día? 0 nada 1 algo 2 bastante 3 mucho
- ¿Cuánto le afecta en su vida tener sueño durante el día? 0 nada 1 algo 2 bastante 3 mucho
- ¿Se adormila conduciendo 0 nada 1 algo 2 bastante 3 mucho
- Impresión clínica del médico respecto a la hipersomnia: 0 no, 1 pasiva, 2 activa

EPWORTH (hoja aparte):

EVALUACIÓN DE RONQUIDOS / APNEAS

- ¿Ronca habitualmente? 0 no lo sabe 1 si 2 no
- ¿Hace pausas respiratorias durante la noche? 0 no lo sabe 1 si 2 no
- ¿Tiene sensación de asfixia durante la noche? 0 no 1 a veces 2 muchas veces

EVALUACIÓN DE CONDUCTAS ANORMALES DURANTE EL SUEÑO

- ¿Le han dicho si habla, chilla, tira cosas de la mesita de noche, da golpes o patadas? 0 no lo sabe 1 si 2 no
- ¿Sueña mucho? 0 no lo sabe 1 si 2 no

EVALUACIÓN DE PIERNAS INQUIETAS

- ¿En reposo, sentado o acostado, en especial durante la noche, nota molestias como nerviosismo o inquietud en las piernas, con ganas de moverlas y que ello mejora mucho al andar? 0 no lo sabe 1 si 2 no

EVALUACIÓN DE NARCOLEPSIA

- ¿A veces, cuando se emociona, pierde la fuerza bruscamente (cataplejía)? 1 si 2 no

EVALUACIÓN DE INSOMNIO

- ¿Le cuesta conciliar el sueño (> 20-30 min.)? 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 siempre
- ¿Se despierta más de una vez durante la noche? 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 siempre
- ¿Se despierta por la mañana más temprano de lo habitual y no puede volver a dormirse? 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 siempre

ESTADO DE ANIMO

- ¿En general, cree que se encuentra más nervioso de lo habitual? 0 nada 1 algo 2 bastante 3 mucho
- ¿En general, se encuentra más bajo de ánimos de lo habitual? 0 nada 1 algo 2 bastante 3 mucho
- ¿En general, se encuentra más irritable de lo habitual? 0 nada 1 algo 2 bastante 3 mucho

• **Puntuación HAD** (hoja aparte) :

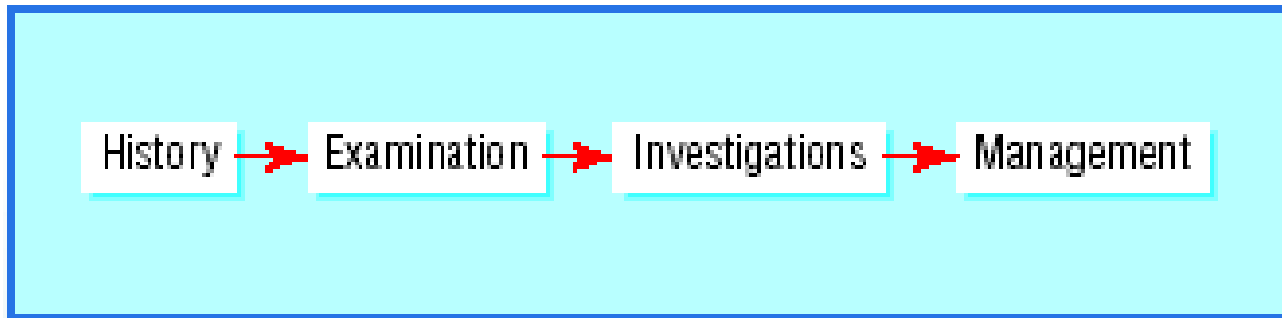
HIPOVENTILACIÓN NOCTURNA

- Se levanta con la cabeza como “embotada” o con dolor de cabeza 0 nunca 1 a veces 2 a menudo 3 siempre

Fin de la visita

¿Cuáles son las hipótesis diagnósticas?

Las pruebas de sueño sólo cuando sean necesarias



Bibliografía

- Shah N, Taking a history. Student BMJ 2005; 13:214
- Annic-Labat et al Sleep 1999; Center for Narcolepsy Data 2001
- Spielman AJ et al. In: Principles and Practice of Sleep Medicine, 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2000.
- Johns M, Sleep 1991; 14: 540
- Vetrugno et al. Sleep 2001; 24: 835
-
-
-