
Índices de somnolencia diurna como predictores de la presencia y severidad del síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS): ¿funcionan?

El insomnio y la somnolencia diurna son dos síntomas de importante frecuencia en la consulta diaria de los pacientes que manifiestan problemas relacionados con el sueño. No es infrecuente que los médicos ante el insomnio pasen de largo este punto y tal vez se intenten mejorar la situación ordenando un medicamento inductor del sueño o algún otro fármaco que pueda ayudar a resolver esta queja, sin ahondar mucho en el tema. Cuando la queja es la somnolencia diurna, en este punto puede haber un poco más de interés y salta a la vista la posibilidad del síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). No obstante, pueden ocurrir otras condiciones que pudieran causar esta somnolencia diurna, como historia de sueño insuficiente, la inducida por medicamentos, la asociada a patologías como depresión, demencia u otras enfermedades neurológicas, como Parkinson o en otras formas de afecciones sistémicas (hepatopatías, hipotiroidismo) (1).

La valoración clínica de los pacientes con trastornos respiratorios asociados al sueño incluye varias posibilidades diagnósticas, siendo la más frecuente el SAHOS. La somnolencia diurna, que algunos llaman también hipersomnolia o somnolencia excesiva diurna (SED), es un síntoma que se ha unido desde tiempo atrás a la presencia de SAHOS. Clásicamente esta enfermedad se caracteriza por la presencia de pausas de la respiración mientras la persona duerme, ronquidos, sequedad bucal, sensación de atoro en la garganta, somnolencia diurna, sueño no reparador, nicturia, cefalea matinal, letargia, fatigabilidad, irritabilidad, astenia y adinamia (2).

El factor de riesgo más importante descrito es la obesidad y el sobrepeso, y existen otras condiciones que aumentan el riesgo de padecer SAHOS como anomalías craneo-faciales y acromegalia, entre otras (2).

Al tratar de abordar el diagnóstico de SAHOS surgen varias preguntas: ¿cuál síntoma tiene un poder predictivo mayor para despertar la sospecha sobre la presencia de SAHOS? ¿cuál síntoma puede asociarse con la presencia de SAHOS? y, finalmente, ¿cuál síntoma pudiera tener una relación con la severidad de la enfermedad?

Aquí es importante considerar si el paciente duerme solo o acompañado; en el caso de compartir habitación, la persona con la que la comparte puede brindar información que ha sido muy útil y valorada en diferentes estudios clínicos como elementos que pueden apoyar al momento de hacer un interrogatorio y pensar en la posibilidad de SAHOS. De hecho, con bastante frecuencia los pacientes consultan porque son motivados o presionados por las personas con quienes duermen y transmiten las quejas previamente mencionadas (2).

El ronquido es el síntoma más común en el SAHOS (95%); sin embargo, tiene un bajo valor predictivo para definir la presencia de la enfermedad (3) debido a que su prevalencia en la población general es alta: entre los 41 a los 65 años es del 60% para hombres y del 40% para mujeres, hechos que lo determinan como un síntoma bastante frecuente, que no puede ser el de mayor peso en el diagnóstico, pero sí puede hacerlo sospechar durante el interrogatorio. Las pausas de la respiración, o apneas, son una condición clínica que definitivamente sugiere la posibilidad de la presencia del SAHOS, aunque no se relacionan con la severidad de la enfermedad (4).

La SED es causada con bastante frecuencia por el SAHOS, pero como se mencionó previamente hay otras condiciones que pueden ser causantes de esta queja. Para la evaluación de este síntoma se han utilizado

múltiples escalas de medición como la escala de somnolencia de Epworth, el cuestionario de Berlín, la escala de somnolencia de Stanford y la escala de somnolencia de Karolinska. La más usada es la de Epworth y además es la única validada en nuestro medio (2, 3).

Otros síntomas como la sensación de atoro en la garganta que despierta al individuo, la cefalea matinal y la nicturia son condiciones que pueden sugerir la presencia de SAHOS pero son compartidas por otras condiciones clínicas diferentes (2, 3).

Una vez discutidos algunos aspectos sobre los síntomas que pueden sugerir y asociarse al SAHOS el punto siguiente a mencionar es la forma de clasificar la severidad del mismo, que se le ha encomendado al valor numérico del índice de apnea hipopnea (IAH) en el resultado del polisomnograma, independiente de la sintomatología del paciente, como puede ser la SED (2, 3).

En este número de la Revista se publica un trabajo realizado por Ruiz y colaboradores cuyo objetivo fue valorar la correlación de la escala de somnolencia de Epworth con la presencia y severidad del SAHOS (5). No son sorprendentes los resultados de esta investigación, donde no se encontró correlación entre la severidad del IAH y la puntuación de la escala de Epworth. Es interesante mencionar que los datos se derivan de una base de datos donde la mayoría de los pacientes era obesa (56% de los estudiados) y además con un promedio de IAH mayor a 30 (severos) en obesos, comparado con uno de 11-12 en personas con índice de masa corporal menor a 25. A pesar de ser reconocido que cuanto mayor sea el índice de masa corporal en obesidad mayor será el riesgo de padecer SAHOS y de valores de IAH mayores, en este estudio no se logró encontrar correlación.

Este estudio retrospectivo utilizó una muestra bastante amplia comparada con los distintos estudios que han sido publicados en la literatura médica, que en general han valorado grupos de 150 a 200 personas (5).

De acuerdo con lo que reporta la literatura disponible, no hay una correlación entre la severidad de la somnolencia medida por la escala de Epworth y la severidad del SAHOS. Recientemente se publicó un estudio que, a diferencia del de Ruiz y colaboradores, aplicó la escala de Epworth en dos grupos: uno donde fue diligenciada por médicos especialistas en sueño y otro directamente por el paciente. Los resultados señalaron de nuevo que no hay correlación entre el puntaje del Epworth y la severidad de la enfermedad, pero en el grupo valorado por los especialistas de sueño sí mostró mejor correlación (6).

Otros autores han reportado previamente la no correlación de la escala de somnolencia de Epworth con la severidad de la enfermedad, en pacientes con patología respiratoria de vía aérea superior (7). El intentar correlacionar las variables de hipersomnia con severidad de la apnea obstructiva del sueño está fundamentado en el ánimo de poder utilizar algunos instrumentos clínicos que pudieran optimizar la selección de los pacientes con una probabilidad clínica *pretest* alta y ordenar el polisomnograma. Es importante recordar que la disponibilidad de las citas para este examen, aunque en nuestro medio ha mejorado notoriamente, puede tardar hasta seis a doce meses en otras latitudes; en este orden de ideas una variable que se pudiera medir con una buena correlación para el diagnóstico de SAHOS e incluso para conocer la severidad, optimizaría notablemente el abordaje de estos pacientes.

Se han utilizado otros tipos de cuestionario para estudiar la SED; uno de ellos es el cuestionario de Berlín (8-9), el cual ha sido diseñado para tratar de discriminar la presencia de apnea del sueño en pacientes con fibrilación auricular. En el estudio realizado por Ahmadi y colaboradores se concluyó que el uso de dicho cuestionario para determinar el riesgo de apnea del sueño no podía ser tenido en cuenta como elemento único en la predicción del riesgo (9).

Debe quedar en mente que, en general, los cuestionarios para medir la somnolencia por sí solos no logran correlacionarse en forma adecuada con la severidad del SAHOS; por el momento sigue siendo un abordaje clínico con una sumatoria de diferentes variables las que pueden acercarse a predecir la presencia de la enfermedad y, su severidad estará determinada por el valor del IAH; no obstante, a veces pueden quedar por fuera otros elementos como la presencia de comorbilidades asociadas y la severidad de otros síntomas que pudieran en algún momento tomar relevancia a la hora de tomar decisiones sobre efectuar un polisomnograma diagnóstico o adoptar una conducta terapéutica como el uso de presión positiva continua en la vía aérea.

Por tanto, pese a que la SED es un síntoma que marca la sospecha de la presencia de SAHOS, debe estar asociada a otros síntomas de la enfermedad y no necesariamente quien tiene excesiva somnolencia tiene SAHOS severo o viceversa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahmed I, et al. Differential diagnosis of hypersomnias. *Sleep Medicine Clinics*. 2012; 7: 191-204.
2. Jiménez A, Golpe R. Clínica del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño. En: *Apneas e Hipopneas Durante el Sueño. Visión Actual*. Grupo Aula Médica Madrid España. 2001; 5: 77-97.
3. McNicholas WT. Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults. *Proc Am Thorac Soc*. 2008; 5: 154-160.
4. Deegan PC, McNicholas WT. Predictive value of clinical features for the obstructive sleep apnea syndrome. *Eur Respir J*. 1996; 9: 117-124.
5. Ruiz Morales A, Hidalgo Martínez P, Páez S, Perilla AM, González CA. Correlación de la escala de somnolencia de Epworth con el diagnóstico y severidad del síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS). *Rev Colomb Neumol*. 2013; 25: 10:15.
6. Damiani MF, et al. The Epworth Sleepiness Scale. Conventional self vs. physician administration. *Chest*. 2013; 143:1569-1575.
7. Bausmer U, Haralampos G, et al. Correlation of The Epworth Sleepiness Scale with respiratory sleep parameters in patients with sleep-related breathing disorders and upper airway pathology. *Eur Arch Otorhinolaringol*. 2010; 267: 1645-1648.
8. Netzer N, Stoohs RA, et al. Using the Berlin questionnaire to identify patients at risk for sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med*. 1999; 131: 485-491.
9. Ahmadi N, Chung SA, et al. The Berlin questionnaire for sleep apnea in a sleep clinic population: relationship to polysomnographic measurement of respiratory disturbance. *Sleep Breath*. 2008; 12: 39-45.

Diego Miguel Celis Mejía, MD, FACP - FACCP
Internista, Neumólogo, Hospital Pablo Tobón Uribe.
Profesor de Medicina Interna y Fisiología
Universidad Pontificia Bolivariana,
Medellín, Colombia.
Correo electrónico: dmcelis@une.net.co