



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1368 - Doctora, hace meses que no duermo

N. Álvarez López<sup>a</sup>, Y. González Lugo<sup>b</sup>, D. Bello Izquierdo<sup>c</sup> y C. Lorenzo Dorta<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tacoronte. Santa Cruz de Tenerife. <sup>b</sup>Médico Residente 4º Año; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio de La Salud. Santa Cruz de Tenerife. <sup>d</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife.

### Resumen

**Descripción del caso:** MC: paciente mujer de 52 años que acude a consulta por insomnio. AP: HTA. Dislipemia. Hernia de hiato. Trastorno mixto ansioso-depresivo. Fobia social. Insomnio persistente. Tratamiento: olmesartán/Hctz 20/25 mg. EA: refiere alteraciones en el ritmo del sueño desde hace años con claro empeoramiento en los últimos meses. Valorada por Salud Mental en 2008 por síndrome ansioso-depresivo y fobia social, mejoría parcial con tratamiento con ISRS + ansiolíticos. Actualmente se encuentra de nuevo más triste, sensación nerviosismo a lo largo del día sin claro estresor asociado. Insomnio de tipo mixto. Además, preocupada por empeoramiento de sus cifras tensionales coincidiendo con el proceso.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: consciente y orientada. No ideación autolítica ni delirante. Labilidad emocional. Insomnio de tipo mixto. Cierta inquietud psicomotriz. Solicitamos analítica: dislipemia leve. Iniciamos tratamiento con sertralina 50 mg + lorazepam 1 mg. Damos baja laboral y se recita en consulta en tres semanas. En cita de control no se evidencia mejoría, subimos sertralina y derivamos a USM (JD: síndrome ansioso-depresivo. Reajustan tratamiento y derivan a psicología). Tras varias citas en USM continúa con evolución tórpida. En control de it en consulta, junto con su pareja, reinterrogamos sobre el insomnio y éste refiere que su esposa ronca mucho y hace unas pausas raras al respirar. Solicitamos polisomnografía y derivación a neumología: SAHOS moderado. Se coloca CPAP nasal con mejoría progresiva de su cuadro clínico.

**Juicio clínico:** SAHOS.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades psiquiátricas. Drogodependencias. Síndrome de piernas inquietas. Alteraciones del ciclo sueño-vigilia.

**Comentario final:** El SAHOS es una patología de baja prevalencia, y aún más en la mujer, teniendo una presentación que puede variar con respecto a los hombres, sobre todo por una mayor frecuencia de síntomas depresivos, ansiedad, cansancio, falta de energía y cefalea, lo que nos lleva a confundirlo con otras patologías de índole psiquiátrica. Por ello, es fundamental tenerlo siempre presente a la hora de una adecuada anamnesis y exploración.

### Bibliografía

- Schünemann HJ, Jaeschke R, Cook DJ, Bria WF, El-Sohly AA, Ernst A, et al. ATS Documents Development and Implementation Committee. An official ATS statement: grading the quality of

evidence and strength of recommendations in ATS guidelines and recommendations. Am J Respir Crit Care Med. 2006;174:605-14.

*Palabras clave:* SAHOS. Insomnio.