



11227
59
21

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSTGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL "1o. de Octubre"

"TRASTORNOS DEL SUEÑO EN UNA
POBLACION ABIERTA"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A:

LAURA ANGELICA / LUCKIE DUQUE



MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1995



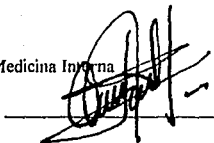
UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

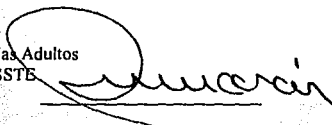
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

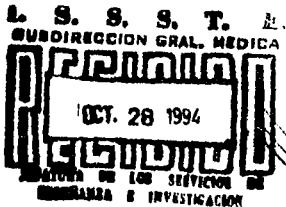
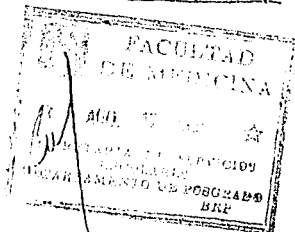
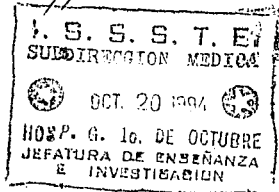
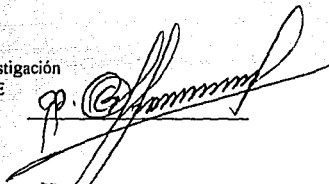
Dr. Oscar Saita Kamino
Profesor Titular del Curso de Posgrado de Medicina Interna
Hospital Regional "1o. de Octubre" ISSSTE
Asesor de Tesis



Dra. Patricia Morán Silva
Médico Adscrito al Servicio de Urgencias Adultos
Hospital Regional "1o. de Octubre" ISSSTE
Coasesor de Tesis



Dr. Mario Ríos Chiquete
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación
Hospital Regional "1o. de Octubre" ISSSTE



A mi madre

que aunque no se encuentre presente, su memoria me estimula para seguir adelante

A mi padre

de quien toda la vida he recibido apoyo, cariño y comprensión

Al Ing. Carlos Gómez Yáñez

por la desinteresada colaboración que prestó en la elaboración del presente trabajo

A Lili y a Liz

por su ayuda en la preparación del material que sirvió de base para este trabajo

*¡ Me importa sobre todo dirigirme a los Jóvenes!
porque ellos serán los que hagan la
Medicina del Futuro
y de ellos depende el sello que le impriman como
Ciencia;
de ellos también depende la forma de la medicina que
ejercerán Mañana como Profesión.*

Ignacio Chávez

Hago patente mi más profundo y sincero agradecimiento a:

Dr. Manuel Ramiro Hernández

Por la paciencia que empleó para verter su experiencia en la conformación del presente trabajo, con la finalidad de obtener una excelente presentación del mismo.

Dr. Oscar Saita Kamino

Por la dedicación y paciencia incondicionales, por la bien intencionada presión ejercida sobre cada uno de nosotros, por compartir sus conocimientos y por sus años de absoluta entrega a la enseñanza, para que nuestros objetivos se vean plasmados como metas logradas.

Dra. Patricia Morán Silva

Por la excelente iniciativa con la que colaboró para que este trabajo llegara a buen fin.

A Hilda Basilio Badillo

y a todos aquellos quienes colaboraron de una u otra forma con un granito de arena.

INDICE

Resumen	1
Introducción	3
Definición	3
Etapas del Sueño	3
Neurofisiología y Neuroquímica del Sueño	5
Funciones del Sueño	6
Privación del Sueño	6
Clasificación de los Trastornos del Sueño	7
Métodos de Estudio del Sueño	10
Justificación	11
Material y Métodos	12
Resultados	13
Discusión	15
Conclusiones	18
Bibliografía	19

RESUMEN

El dormir es una actividad vital, si se priva ésta pueden presentarse síntomas desagradables que van desde fatiga y confusión hasta crisis convulsivas. Los trastornos del sueño tienen una alta incidencia, su etiopatogenia es compleja, y en muchas ocasiones se han subestimado, lo que obliga a prestar mayor interés en su conocimiento.

Objetivo: Demostrar que los trastornos del sueño son una de las patologías principales en nuestra población, determinar el tipo de trastorno más frecuente y sus factores predisponentes.

Metodología: Se eligió una población de 1000 sujetos cuya edad osciló entre 15 y 79 años. Del 1o. de marzo de 1992 al 28 de febrero de 1994. Personal médico, paramédico, administrativos, docentes y alumnos provenientes tanto del Hospital "1o. de Octubre" ISSSTE, como del Instituto Politécnico Nacional. A dicha población se le aplicó un cuestionario en forma individual.

Resultados: Se estudiaron 1000 sujetos cuya edad promedio fue de 47 años, de los cuales 480(48%) correspondieron al sexo masculino y 520(52%) al sexo femenino. Los resultados fueron los siguientes: *Grupo I, Trastornos para Iniciar y Mantener el Sueño (TIMS):* conformado por 122(12.2%) casos. Sus factores predisponentes: tabaquismo intenso, y alcoholismo de forma moderada e intensa. *Grupo II, Trastornos por Somnolencia Excesiva Diurna (TSED):* conformado por 143(14.3%) casos. Sus factores de riesgo: tabaquismo intenso y alcoholismo moderado e intenso. Dentro de los subgrupos que comprende, se encontró: apnea del sueño, en 41(4.1%) casos, y narcolepsia en 50(5%) casos. *Grupo III, Trastornos del Ciclo Sueño-Vigilia:* conformado por 157(15.7%) casos. Sus factores predisponentes: trabajo en turno nocturno, y tiempo total de sueño menor a 6 horas. *Grupo IV, Parasomnias:* ocupó el primer lugar de dichos trastornos con un total de 587(58.7%) casos, distribuidos de la siguiente forma: 355(60.1%) por sonambulismo y nictilalia, 286(48%) por terrores nocturnos, 225(38.3%) por pesadillas y sólo 112(19%) por bruxismo.

Discusión: En nuestro estudio, los resultados fueron compatibles con lo encontrado en la literatura, corroborando que la patología del dormir tiene una alta incidencia y prevalece en el sexo femenino, habiendo discrepancia en cuanto al trastorno más frecuente, pues se ha reportado al insomnio como el más frecuente y en nuestra serie lo fueron las parasomnias.

Conclusión: Se demostró que los trastornos del sueño son en realidad una de las patologías principales en nuestra población. Queda este estudio como antecedente para posteriores investigaciones, que implementen la polisomnografía para corroborar dicha patología y dar tratamiento oportuno.

ABSTRACT

Sleep is a vital activity, sleep deprivation may cause disagreeable symptoms such as fatigue and confusion or seizure. There is high incidence of sleep disorders, their etiopathogenia is complex, and their importance has been underestimated, which compel us to put more effort in understanding them.

Objectives: Prove that the sleep disorders are one of the main pathology in our population. Determine the most frequent disorder and its predisposing factors.

Method: A 1000 persons sample was taken from the population of the hospital "1o. de Octubre" and of the "Instituto Politécnico Nacional". The sample was collected from March first 1992 to the February twenty eighth 1994, applying individual questionnaires. The age of the sample ranged from 15 to 79 years old.

Findings: The average age of the sample was 47 years old. The 48%(480) were male and 52%(520) female. The results were the following: *Group I, Disorders of initiating and maintaining sleep (DIMS):* formed by 12.2%(122) cases. The predisposing factors were intense smoking and either intense or moderate alcoholism. *Group II, Disorders of excessive somnolence (DOES):* this group was formed for the 14.3%(143 cases) of the sample. The risk factors: intense smoking and positive alcoholism either intense or moderate. As subgroups of this group were observed: slepp apnea with the 4.1%(41) of the cases and narcolepsy with the 5%(50) of the cases. *Group III, Disorders of the sleep-wake schedule:* formed by the 15.7%(157) of the cases. The predisposing factors of this group are night work and sleep time less than 6 hours. *Group IV, Parasomnias:* 58.7%(587) of the cases, distributed in the following subgroups: 60.1%(355) of the cases for sleepwalking and nictitalia, 48%(286) of the cases for sleep terror, 38.3%(255) of the cases for nightmares and only 19%(112) for bruxism.

Discussion: In our study, the results were compatible with the dates founded in the literature, which corroborates that there is a high incidence of sleep pathology and it is more commonly seen in women. There is a discrepancy between the sleep disorder more frequent in the population according with the reports (insomnia) and our results are parasomnias.

Conclusion: It has been shown that the pathology of sleep disorders is the most important in our population. This study should be an antecedent the further investigations in order to implement the polygraphic studies of sleep to verify such pathology and to establish the quick treatment.

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN:

El sueño se define como un estado fisiológico, regular, recurrente y fácilmente reversible del organismo, caracterizado por una relativa inmovilidad y por una gran disminución en la sensibilidad a la respuesta de los estímulos externos. Este estado, cubre una actividad cerebral organizada, compleja y heterogénea, cuyas funciones reparadoras parecen ser numerosas y muy variables.^{1,2,3}

Se ha evidenciado que el dormir es una actividad vital, la cual al privarse, produce una serie de alteraciones y síntomas desagradables resultado de días sucesivos de sueño corto e ineficaz, mismos que son familiares para casi toda la población y que incluyen irritabilidad, fatiga, confusión e incapacidad para la concentración, cambios en el estado de ánimo, dificultad en la percepción, delirio de persecución e incluso crisis convulsivas severas que pueden llevar al paciente a la muerte si la privación del sueño se prolonga.^{4,5,6,7}

Por muchos años los investigadores han estado interesados en el estudio del sueño en cuanto a cantidad, profundidad y beneficio, por lo que teniendo en cuenta que el ser humano pasa una tercera parte de su vida durmiendo, no es de extrañar que este tema haya despertado la curiosidad de filósofos, científicos y médicos desde la antigüedad y se haya estudiado desde cuando menos el siglo IV después de Cristo. Siendo hasta el siglo XIX cuando se inicia la investigación científica moderna sobre los patrones y mecanismos del sueño, con el desarrollo de los instrumentos electrofisiológicos necesarios para estudiar los biopotenciales de baja amplitud, registrándose actividad eléctrica espontánea en los encefalos de conejos, gatos y monos, al utilizar amplificadores y registro de corrientes oscilatorias leves entre dos puntos de superficie encefálica. Y es hasta hace aproximadamente dos décadas con la ayuda de la alta tecnología, mediante el estudio neurofisiológico del cual se ocupa la Polisomnografía Clínica, que ha permitido registrar diversos parámetros de relevancia clínica para poder enmarcarlos dentro de una clasificación de los trastornos del sueño y marca la pauta para una nueva subespecialidad médica, la Somnología Clínica.^{1,3,4,8}

ETAPAS DEL SUEÑO:

De acuerdo a los movimientos oculares, al tono muscular y la actividad del electroencefalograma (EEG) es posible dividir al sueño en dos etapas. El sistema de clasificación de las etapas del sueño más ampliamente conocida y aceptada en la actualidad es la de Rechtschaffen y Kales.^{3,4} Una premisa importante de ésta, es que el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR), el sueño sin movimientos oculares rápidos (NMOR) y la vigilia, son fundamentalmente estados diferentes de conciencia, determinados por variables electrográficas y fisiológicas, y que el sueño MOR y NMOR se alternan durante la noche.^{9,10}

Hay cuatro etapas o subdivisiones del sueño NMOR, los estadios MOR y la vigilia no se subdividen.

VIGILIA:

El EEG durante el estado de vigilia o alerta consiste predominantemente en actividad beta de baja amplitud y alta frecuencia, (13-35 Hz) acompañada por la alta actividad de electromiografía (EMG) y movimientos oculares muy frecuentes. El aumento del relajamiento o la reducción de la percepción visual favorece la actividad alfa, es decir, al pasar el sujeto de una condición de alerta relajada a un estado de somnolencia, la actividad EEG se hace más lenta.

ETAPA 1 NMOR:

Etapas de transición entre la vigilia y el sueño o que sigue a los movimientos del cuerpo durante el sueño, dura típicamente de 1 a 7 minutos. El EEG muestra baja amplitud, con actividad de frecuencia máxima mixta entre los límites beta y theta (4-7Hz). La actividad del EMG es usualmente mayor que en otras etapas del sueño, pero la amplitud puede variar, registra disminución de la actividad eléctrica muscular generalizada. El electrooculograma (EOG) muestra a menudo movimientos giratorios oculares lentos, no conjugados, que duran uno o más segundos. Esta etapa representa sólo del 5 al 10% del tiempo total del sueño.

ETAPA 2 NMOR:

Esta etapa se reconoce en el EEG, por la presencia de agujas de sueño y complejos K. Las agujas de sueño son ritmos sinusoidales de duración breve (12-14Hz), que aumentan y disminuyen de amplitud para crear un trazo característico en forma de agujas. El complejo K es una onda negativa de alta amplitud, seguida de inmediato por un componente positivo más lento. El EOG es negativo. El EMG demuestra acentuación en la disminución de voltaje. Constituye la mayor proporción del sueño en el ser humano adulto, del 45 al 55%.

ETAPA 3 NMOR:

El sueño de esta etapa se registra cuando aparecen ondas lentas de alta amplitud (2Hz o más lentas), en 20-25% del periodo de registro. La actividad del EMG es usualmente lenta y los movimientos oculares están ausentes.

ETAPA 4 NMOR:

Se define por la presencia de ondas lentas en más del 50% del periodo. Las etapas 3 y 4 están combinadas, pues sólo difieren en la proporción de ondas lentas en el EEG y se denomina sueño de ondas lentas o sueño de ondas delta. Ambas constituyen del 10 al 20% del tiempo total del sueño. En esta etapa, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, tienden a ser más lentas y más regulares y los músculos están más relajados. Los movimientos oculares son pocos comunes, con excepción de los movimientos giratorios lentos al iniciar el sueño.^{1,4,9}

SUEÑO MOR:

El EEG durante el sueño MOR consiste en una actividad de frecuencia mixta y bajo voltaje, semeja el patrón EEG de la etapa 1 del sueño NMOR. El primer periodo de MOR ocurre cerca de los 90' después de iniciado el sueño y pocas veces ocurre antes de 40'. Este retraso en la iniciación del MOR, se llama periodo de latencia del MOR y debe ser valorado en condiciones clínicas pues su alteración puede dar patología del sueño. Constituye alrededor del 20% del sueño total del adulto. La actividad EMG alcanza su nivel más bajo. El EOG registra movimientos oculares rápidos conjugados. Cuando el sujeto es despertado en esta fase del sueño es capaz de narrar el contenido de sus sueños en un 70%.^{1,4,9}

NEUROFISIOLOGIA Y NEUROQUIMICA DEL SUEÑO:

Los estudios de neuroquímica en mamíferos como el gato, han permitido comprender el funcionamiento de los núcleos y sus neurotransmisores. La fase de sueño NMOR depende del sistema acetilcolinérgico, la aplicación local de agonistas colinérgicos en el tegmento continuo produce sueño MOR y conductual, espigas pontogeniculadas occipitales, activación del EEG, y atonía de los músculos del cuello, identificando neuronas que contienen acetiltransferasa, localizadas en el segmento pontomesencefálico dorso-lateral; la destrucción de estos núcleos y del núcleo Ceroulios produce disminución o ausencia de la fase MOR y el resto de los datos señalados. También se correlaciona la ausencia de neuronas inmunorreactivas a la colinacetiltransferasa, se piensa que estas neuronas dan activación a la Formación o Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA), al tálamo, incluyendo al cuerpo geniculado lateral, así como al resto de la corteza y a las proyecciones inferiores, que van de la formación reticular bulbar medial y que producen una inhibición sensorial que va a facilitar que el animal entre en sueño.

En humanos, se han visto los efectos farmacológicos de las benzodiazepinas, que producen somnolencia y excitan la producción del Acido Gaba Amino Butírico (GABA) e induce la liberación del sueño en sus fases 3 y 4. Estos medicamentos inhiben la liberación de serotonina y en menor grado de norepinefrina y por tanto son inductores del sueño.^{2,4,6,7,9,10}

Jouvet ha propuesto dividir a las sustancias que promueven el sueño en inductoras y facilitadoras.

Las inductoras deben ser endógenas, las cuales incrementan su concentración al deprimir el sueño y actúan en los centros ejecutores del dormir, aumentando los estadios NMOR y/o MOR mientras que su inactivación provoca insomnio.

Las facilitadoras pueden ser exógenas y su falta provoca sedación o somnolencia pero no sueño y su inactivación retarda el dormir.

Dentro de los neurotransmisores involucrados en el dormir, la serotonina tiene un papel muy importante, ya que cuando se destruye el centro serotoninérgico del rafé medio, se provoca una disminución del sueño NMOR siendo su tono un estado permisivo del MOR, el cual será disparado por la norepinefrina. El bloqueo de la actividad serotoninérgica provoca insomnio, en tanto que la administración de su precursor, el triptofano, facilita el dormir. Se ha encontrado estrecha relación entre la serotonina y los sistemas peptidérgicos del sueño. La norepinefrina producida por el núcleo o locus Ceroulios, también se encuentra

involucrada en el estado de vigilia con participación del sistema reticular. Por su parte, la acetilcolina y sus agonistas han demostrado tener una relación dosis-respuesta, provocando MOR o despertar. Las neuronas celulares gigantes de la región pontina descargan a baja frecuencia durante la vigilia y durante el NMOR, en tanto que lo hacen a alta frecuencia en el MOR por estímulo colinérgico en alternancia con el locus Ceroulios.^{3,6,7,10,11}

Diversos péptidos también han sido involucrados en el sueño y dentro de ellos encontramos a: el péptido inductor de la etapa Delta, y al Factor S, el cual es un péptido muramil cuyos efectos, son mediados por la interleucina 1 (IL-1). El péptido intestinal vasoactivo y la colescistocinina se encuentran relacionados con el MOR, el primero favoreciendo su disparo y el segundo regulándolo.

FUNCIONES DEL SUEÑO:

Durante los últimos 30 años, la investigación del sueño ha sido vigorosa y fructífera. Esto ha producido una gran cantidad de información descriptiva referente a las etapas electrofisiológicas del sueño, sus ciclos, los efectos de la privación, los fenómenos ultradianos y circadianos durante el sueño, los cambios en su desarrollo y el sueño comparativo en diferentes especies. Así mismo, se han empezado a dilucidar los mecanismos neuroanatómicos, neurofisiológicos y neuroquímicos que regulan el sueño, sin embargo, no se conoce aún la función exacta del sueño.

Entre las teorías propuestas sobre la función del sueño, la más aceptada, es la que se basa en la suposición, de que durante el sueño se produce un proceso de restauración, y en base a ello algunos autores proponen que el sueño es un tiempo para:

- 1) Restablecer los compuestos de fosfato de alto contenido de energía
- 2) Aumentar la síntesis de proteínas
- 3) Acelerar la división mitótica
- 4) Realizar una mejor síntesis de neurotransmisores y,
- 5) Restauración de los tejidos.

Existen otras teorías, una de ellas atribuye al sueño MOR la activación cortical periódica que prepara al sistema nervioso central para el despertar. Otra enfoca el beneficio fisiológico derivado de la oportunidad de reproducir y repetir acontecimientos pasados en forma de sueños, considerando al MOR un escape psicológico desinhibido sin daño físico. Y otra más, atribuye al sueño las funciones de transformación de la información, entre ellas la selección, la recuperación, el almacenamiento y el desecho de la información superflua colectada durante la vigilia.^{4,6,11}

PRIVACION DEL SUEÑO:

Existen datos convincentes, de que el sueño no sólo es el vestigio de un estado de la evolución, tanto su falta prolongada como su interrupción crónica, causan muchos síntomas indeseables y debilitantes.

Los síntomas desagradables causados por una o dos noches sin dormir, o incluso varios días sucesivos de sueño corto e ineficaz incluyen: irritabilidad, fatiga, confusión e incapacidad para la concentración, así como cambios en el estado de ánimo, dificultad en la percepción y síntomas neurológicos; sin embargo, cuando la privación del sueño es

prolongada aparece una sintomatología similar, siendo los síntomas más comunicados: fatiga, irritabilidad, delirio de persecución, deficiencias en la atención y trastornos de la percepción, así como síntomas neurológicos transitorios, incluyendo: manos temblorosas, nistagmus horizontal y debilidad de la flexión del cuello.

En ambos casos, cuando se permite dormir a la persona privada del sueño, muestra un aumento en la duración del sueño e incremento en los porcentajes de la etapa 4 del sueño NMOR y el estado de sueño MOR. La mayoría de los síntomas desaparecen al cabo de una o dos noches de sueño de recuperación.

Entre los métodos utilizados para privar del sueño a las personas, se encuentra el despertarla cada vez que la etapa que desea privarse se indica en el registro poligráfico, o bien con la administración de fármacos con efectos específicos de supresión.

Los estudios de privación del sueño concluyen, que la privación prolongada del sueño total o la deprivación prolongada del MOR conducen a que la falta de sueño puede causar problemas psicológicos o episodios psicóticos intensos. Por otra parte, estos estudios, también han desarrollado algunos procedimientos clínicos importantes, tales como el beneficio terapéutico que causa el privar el MOR en la mejoría de ciertos trastornos afectivos, lo que indica el avance de una fase del ciclo sueño-vigilia, y la privación del sueño puede sincronizar nuevamente el ciclo sueño-vigilia con el ciclo luz-obscuridad; o bien, se ha visto que la privación del sueño previo al registro EEG aumenta la detección, por desencadenamiento facilitado, de los fenómenos epilépticos tanto generalizados como focales y ésto, facilita el diagnóstico de pacientes con trastornos convulsivos.^{2,4,6,12,13}

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO:

Los trastornos del sueño, son anomalías de su regulación o anomalías fisiológicas específicamente relacionadas con él. Entre estos trastornos, se encuentran padecimientos conocidos desde hace largo tiempo por la comunidad médica, tales como la narcolepsia y algunos actualmente descritos como la apnea del sueño y el mioclonus nocturno.^{2,4,7,10,11}

En octubre de 1975, en los Estados Unidos de Norteamérica, varias de las clínicas que se habían fundado para el tratamiento del sueño y sus trastornos, se reunieron para formar la Asociación de Clínicas para Trastornos del Sueño (Association of Sleep Disorders Clinics, ASDC) cuyos objetivos principales fueron:^{4,5}

- 1) Desarrollar normas y procedimientos para la polisomnografía, que es un sistema multidimensional para la evaluación amplia y completa de pacientes durante el sueño, y
- 2) Clasificar sistemáticamente los trastornos del sueño en categorías de acuerdo con las quejas comunes de los pacientes.

La primera clasificación diagnóstica de los trastornos del sueño y el despertar, los agrupó en cuatro categorías principales:

- 1.- Trastornos para iniciar o mantener el sueño TIMS (DIMS en inglés)
- 2.- Trastornos por somnolencia excesiva diurna TSED (DOES en inglés)
- 3.- Trastornos del ciclo sueño-vigilia Jet-Lag

4.- Parasomnias

Actualmente y de acuerdo con la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, estos se dividen en:^{3,5}

a) Disomnias:

- 1.- Trastornos del dormir intrínsecos
- 2.- Trastornos del dormir extrínsecos
- 3.- Trastornos del ritmo circadiano

b) Parasomnias:

- 1.- Trastornos del alertamiento
- 2.- Trastornos de la transición sueño-vigilia
- 3.- Parasomnias asociadas al MOR
- 4.- Otras parasomnias

c) Trastornos del dormir Médico-Psiquiátricos:

- 1.- Asociados a trastornos mentales
- 2.- Asociados a trastornos neurológicos
- 3.- Asociados a trastornos médicos

Sin embargo, pese a que haya una nueva clasificación, la establecida en el año de 1975 aunque sea anticuada, sigue siendo utilizada por ser clínicamente útil al comprender mayores apartados que permiten clasificar al sujeto con mayor facilidad.

Por tal motivo, la nueva clasificación de los trastornos del sueño, emitida por la ASDC, no será utilizada en este trabajo sino será basada en la emitida en 1975, por ser más fácilmente comprensible, por todos aquellos que no estamos completamente adentrados en el estudio del sueño y sus trastornos.

1) Trastornos para Iniciar y Mantener el Sueño:

En los TIMS se encuentran diversos trastornos cuyo síntoma inicial es el Insomnio, que puede ser el resultado de factores psicofisiológicos tales como el despertar emocional, conflictos, stress, crisis de la vida, pérdida o percepción de amenaza. Puede ser transitorio o situacional y asociarse a trastornos psiquiátricos. Siendo el uso de drogas y alcohol o la presión de estas sustancias una causa común de TIMS.^{3,4,7,10,14,15}

a) Movimientos Periódicos del dormir (MPD): son movimientos estereotipados rápidos y repetitivos de las extremidades inferiores que se desencadenan exclusivamente al dormir sin actividad anormal del EEG y cuyo diagnóstico se reserva para el paciente con alertamientos parciales y despertares. Condición benigna, cuya manifestación más importante es el insomnio y menos frecuente, somnolencia excesiva debida a la fragmentación repetida del dormir.³

b) Síndrome de Piernas Inquietas: sensación de incomodidad en las piernas, sin dolor, que se presenta antes del dormir y en inactividad o reposo, disminuye cuando se mueven vigorosamente las piernas; por lo general idiopático.^{3,4}

2) Trastornos por Somnolencia Excesiva Diurna:

Se define como la presencia de somnolencia incómoda e indeseable, durante el transcurso del día en las horas de vigilia. Los individuos con estos trastornos tienden a quedarse dormidos cuando están en situación sedentaria, operando algún vehículo de motor, hablando, leyendo, comiendo o viendo televisión. Cursan con disminución de la actuación cognoscitiva y motora, aumento del sueño total en 24 hrs y dificultad para lograr actividad completa al despertar.^{3,4,22}

a) Narcolepsia: trastorno neurológico incurable, con alteración por inestabilidad para mantener el estado de conciencia, mientras se está en vigilia. Asociado con ciertos antígenos de histocompatibilidad linfocitaria (HLA). Tiene una tétrada clásica: somnolencia excesiva diurna, cataplejía, alucinaciones hipnagógicas y parálisis del sueño.^{3,4,6,7}

b) Hipersomnia periódica: asociada a depresión, trastorno bipolar y/o alteración endócrina; se caracteriza por alternancia de episodios de somnolencia excesiva con periodos en los que duermen muy poco.^{4,6}

c) Síndrome de Kleine-Levin: trastorno raro, predomina en el varón, caracterizado por somnolencia, apetito sexual aumentado e hiperexia, alternados con disminución.⁶

d) Síndrome de Apnea del Sueño: condición caracterizada por la presencia de más de 5 episodios en una hora de sueño, en los cuales el paciente deja de respirar durante por lo menos 10", causado generalmente por obstrucción de las vías aéreas y ocasionalmente por trastornos del Sistema Nervioso Central, causando desaturación de oxígeno, que provoca la fragmentación del sueño y somnolencia excesiva diurna.^{6,16,17,18,19,22}

3) Trastornos del Ciclo Sueño-Vigilia:

Caracterizados por la incapacidad de dormir satisfactoriamente, durante las horas socialmente destinadas al descanso y presentar somnolencia durante periodos de inactividad; asociados generalmente con el cambio de turno laboral que dificulta la sincronía del reloj biológico a la demanda de trabajo.^{3,10,20,22}

a) "Jet-Lag": trastorno de predominio en la tripulación y pasaje de vuelos largos transmeridianos de 4 ó 5 husos horarios, caracterizado por insomnio, somnolencia diurna, inestabilidad, incapacidad para concentrarse y malestar general.^{3,10}

b) Síndrome de Fase Retardada del Dormir: incapacidad para conciliar el sueño hasta avanzadas horas de la noche y despertar muy tarde en la mañana.³

c) Síndrome de Fase Adelantada del Dormir: el sujeto duerme y despierta más temprano.^{3,10}

4) Parasomnias:

Fenómenos en los que la conducta normal de la vigilia, ocurre durante el dormir (hablar, comer, orinar), o bien, fenómenos patológicos se agravan durante el sueño (epilepsia, pesadillas) sin inducir insomnio y/o somnolencia excesiva. Por lo general en niños, habitualmente desaparecen en la adolescencia. Entre ellos: sonambulismo, enuresis, bruxismo, pesadillas y terrores nocturnos.^{2,3,6,10,21,22}

MÉTODOS DE ESTUDIO DEL SUEÑO:

Por muchos años, los investigadores han estado interesados en el estudio de la cantidad, profundidad y beneficios del sueño. Los resultados de esta variedad de trabajos pueden ser útiles desde el punto de vista clínico, tanto en la evaluación del curso de una enfermedad física o mental, como en la evaluación de la terapéutica a emplear. Existen una variedad de técnicas propuestas para el estudio del sueño y sus trastornos.

Recientemente, el EEG y los estudios polisomnográficos del sueño, han sido lo más novedoso. Involucran continuas mediciones de variables de interés: EEG, EOG y EMG. Su principal ventaja, es que permiten registrar minuto a minuto el sueño nocturno total, su mayor desventaja, es su elevado costo.

Sin embargo, pese a los modernos recursos para evaluar el sueño, sigue siendo de utilidad un método clásico que es el reporte subjetivo, donde el médico simplemente pregunta al paciente, como ha estado durmiendo y si su sueño es mejor o peor que lo usual. Esta es una forma sencilla y barata de evaluar el sueño mundialmente usada, su desventaja principal, es que la información obtenida es sensible a muchas fuentes de juicio, su ventaja, puede aplicarse a toda persona dormida, que tenga a su lado un observador o compañero de cama: tiene bajo costo y un porcentaje elevado de correlación con el EEG realizado a estos pacientes en estudios posteriores.^{1,2,6,7,8,10}

JUSTIFICACION

Dada la importancia que tiene el sueño en la vida del hombre, por ser éste, un proceso biológico fundamental que constituye su existencia entera, pues gasta su vida en los estadios de sueño y vigilia, estimándose que pasa una tercera parte de su vida durmiendo. Además que, teniendo en cuenta que los problemas del dormir o mejor llamados "Trastornos del Sueño", ocupan un alto porcentaje de los problemas médicos de consulta diaria, demostrándose que éstos, no sólo son molestias simples que se resuelven sintomáticamente, sino que tienen una alta complejidad etiopatológica. Pese a ello, estos trastornos pueden subestimarse y catalogarse erróneamente como trastornos psiquiátricos, en aquellos pacientes que aquejan insomnio o hipersomnia, e incluso se les hace recibir terapéutica sin haber explorado el área del dormir o tratar de dar otra explicación etiológica, y obviamente sin encontrar adecuada respuesta a la medicación psicotrópica. Encontrando que este tipo de errores diagnósticos, no sólo son debidos a la poca o nula importancia que durante nuestra formación profesional se le ha prestado a esta área, sino a la poca información que se tiene acerca de este amplio tema, ya que al revisar la bibliografía existente, nos encontramos que en su mayoría son reportes de estudios e investigaciones realizadas en el extranjero, pero que no demuestran la patología real de nuestro medio.

Es por estas razones, que surge la necesidad de implementar un estudio enfocado a nuestra población, y que vaya encaminado a demostrar primero, si realmente son los trastornos del sueño una de las principales patologías de nuestra población y, segundo, en base a los hallazgos obtenidos, catalogar cuál es el predominante en la población estudiada, para que en base a ello sea justificable y pueda difundirse, la necesidad que representa para el clínico tener en mente a estos trastornos como una patología real, con la finalidad de detectarlos en forma prematura, evitar catalogar inadecuadamente al paciente y dado que la resolución no estará a cargo de él, pueda derivarlo oportunamente a la especialidad correspondiente, para así brindarle una opción terapéutica adecuada y colaborar en su recuperación y en su rendimiento laboral, pues son precisamente los trastornos del sueño por cambio de horario con alteración del ciclo sueño-vigilia, encontrados en la población que labora en el tercer turno, los responsables de gran parte de la sintomatología que los aqueja y que influye en la disminución de su productividad.

Por otra parte, se ha pensado, en que este trabajo sirva como base para investigaciones prospectivas, tendientes no sólo a demostrar la incidencia y prevalencia de los trastornos del sueño sino a determinar expectativas de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio prospectivo en una población abierta, de marzo 1° de 1992, a febrero 28 de 1994, conformada por 1006 individuos cuya edad oscilaba entre 15 y 79 años de edad, provenientes del personal médico, paramédico y administrativo del Hospital "1° de Octubre", ISSSTE, así como los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de dicho hospital y sus familiares, y al personal docente y administrativo de la Escuela Superior de Ingeniería Química (ESIQUE) y alumnos de la Escuela Superior de Turismo (EST) del Instituto Politécnico Nacional. Como único criterio de inclusión, la condición era que estuvieran incluidos en población abierta de 15 a 90 años. De ellos fueron eliminados 6 sujetos debido a que no terminaron de responder la encuesta. No requirió grupo control.

El estudio se llevó a cabo valiéndose de encuestas, las cuales se distribuyeron en forma individual. Dichas encuestas, conformadas por 22 reactivos, tanto de opción múltiple como de complementación, comprendían dos apartados: en el primero, se investigaron los datos generales y los factores predisponentes que pueden favorecer la presentación de los trastornos del sueño, en dicha población; el objetivo del segundo apartado fue, investigar cada uno de los trastornos del sueño, de acuerdo a la clasificación editada en 1975, por la Asociación de Clínicas para los Trastornos del Sueño (ASDC), se anexa cuestionario.

Las encuestas fueron recabadas en ese momento y una vez completada su recolección se procedió a su análisis.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOTA: La información que se recolecta es enteramente confidencial, y su único objetivo es determinar estadísticamente la frecuencia de los Transtornos del Sueño en la Población.

GRACIAS POR TU AYUDA

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____
 Ocupación _____ Horario de Trabajo _____

Ingiere bebidas alcohólicas _____ Con que frecuencia _____
 Fuma _____ Que cantidad de cigarrillos al día _____
 Utiliza alguna droga _____ Especifique _____
 Ingiere tabletas para dormir _____ Con que frecuencia _____
 Tiene alguna enfermedad _____ Especifique de que tipo _____

- 1.- A que hora del día se duerme _____
- 2.- Cuantas horas duerme al día _____
- 3.- Que tiempo estima usted, que tarda para conciliar el sueño _____
- 4.- Una vez conciliado el sueño, ¿despierta fácilmente? _____
- 5.- Mientras duerme, ¿despierta frecuentemente? _____ ¿Por que? _____
- 6.- ¿Qué eficaz y reparador es su sueño? _____
- 7.- ¿Cómo es su estado de ánimo al despertar? _____
- 8.- Frecuentemente se siente: a) Fatigado _____ b) Irritable _____ c) Confuso _____
 d) Con incapacidad para concentrarse _____
- 9.- Toma siestas durante el día _____ ¿cuántas veces? _____ ¿qué tiempo? _____
- 10.- Estando sin actividad, tiende a quedarse dormido _____
- 11.- Se ha quedado dormido mientras: a) maneja _____ b) esta hablando _____
 c) leyendo _____ d) comiendo _____ e) viendo televisión _____
- 12.- Su horario de trabajo, trastorna su ciclo sueño-despertar _____
- 13.- Tiene problemas para dormir o despertar a la hora deseada _____
 Es diferente al ritmo que frecuentemente había tenido _____
- 14.- Hay ocasiones en las que durante su hora de dormir no puede conciliar el sueño _____ con que lo relaciona _____
- 15.- Hay ocasiones en las que interrumpe su sueño con un despertar alterado _____
 Despierta con sensación de angustia _____
- 16.- Tiene frecuentemente terrores nocturnos o pesadillas _____
- 17.- Mientras duerme tiende a: a) hablar _____ b) establecer conversaciones _____
 c) realizar alguna actividad que comunmente realiza durante el día _____
 d) camina dormido (sonambulismo) _____
- 18.- Durante el sueño, rechina los dientes _____
- 19.- Mientras duerme ronca _____
- 20.- Le han comentado si mientras duerme, hace pausa sin respirar _____
- 21.- Hay ocasiones en las que estando despierto tiene incapacidad para movilizarse _____
- 22.- Posterior a un esfuerzo físico vigoroso, emoción fuerte, ataque de risa o ira, ha presentado debilidad extrema o parálisis de su cuerpo _____ por cuanto tiempo _____

FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Del 1o. de marzo de 1992 al 28 de febrero de 1994, se estudió una población abierta comprendida por 1006 sujetos, 6 fueron eliminados por no haber concluido el cuestionario. De los cuales 480 (48%), corresponden al sexo masculino y 520 (52%), al sexo femenino, Fig. 1; cuya edad osciló entre 15 y 79 años, con una edad promedio de 47 años. Distribuidos según grupos de edad de la siguiente forma: 207(20.7%), 9.3% hombres y 11.4% mujeres, en el grupo de 15 a 19 años; 618 (61.8%), 27.3% hombres y 34.5% mujeres, en el grupo de 20 a 39 años; 158 (15.8%), 10.4% hombres y 5.4% mujeres, en el grupo de 40 a 59 años y sólo 15 (1.5%), 0.5% hombres y 1.0% mujeres, para el grupo de mayores de 60 años. Su escolaridad promedio fué de 12 años, es decir, correspondió al nivel medio superior. Todos procedentes tanto del Hospital Regional "1o. de Octubre" del ISSSTE, como del Instituto Politécnico Nacional, personal médico, paramédico, administrativos, docentes y alumnos, de ambos centros de trabajo. Del total de la población sólo 8 (0.8%), afirmaron encontrarse sin patología del dormir. Fig. 2.

El total de la población, fue sometido a un estudio subjetivo del sueño, mediante la aplicación de un cuestionario, conformado por 22 reactivos de opción múltiple y complementación, tendiente a investigar sobre la patología del dormir y sus factores de riesgo, encontrando los siguientes resultados:

Grupo I, Trastornos para Iniciar y Mantener el Sueño (TIMS): conformado por un grupo total de 122 (12.2%) casos, Fig.3, 54(5.4%) correspondieron al sexo masculino y 68(6.8%) al sexo femenino, distribuidos según grupos de edad de la siguiente manera: 14(1.4%) en el grupo de 15 a 19 años; 83(8.3%) en el grupo de 20 a 39 años; 21(2.1%) en el grupo de 40 a 59 años y sólo 4(0.4%) para el grupo de mayores de 60 años. Teniendo en cuenta que dentro de los factores predisponentes para la presentación de este tipo de trastorno se encuentran el uso de sustancias estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC), se encontraron los siguientes hallazgos: 40.1% con tabaquismo positivo, Fig.4, 20.4% hombres y 19.6% mujeres, de los cuales el 59.1% lo hacen en forma intensa, se tomó como intenso el consumir 10 o más cigarrillos al día. El 44.2%, con alcoholismo positivo, Fig.5, 62.9% hombres y 37% mujeres, de los cuales el 79.6% lo realiza en forma moderada e intensa. Asociándose en forma no significativa el consumo de drogas (4%) y la utilización de somníferos diariamente (9%), Fig.6.

Grupo II, Trastornos por Somnolencia Excesiva Diurna (TSED): conformado por 143 (14.3%) casos, Fig. 7, de los cuales 79 (55.2%) correspondieron al sexo masculino y 64 (44.7%) al sexo femenino, cuya distribución por grupos de edad fue de la siguiente manera: 33(3.3%) en el grupo de 15 a 19 años; 86 (8.6%) en el grupo de 20 a 39 años; 17 (1.7%) en el grupo de 40 a 59 años y sólo 7 (0.7%) en el grupo de más de 60 años. De igual forma que en los TIMS, los factores de riesgo para la presentación de estos trastornos se asoció con la utilización de estimulantes del SNC, tabaco y alcohol, encontrando los siguientes resultados: 37.7% con tabaquismo positivo, Fig.4, 61.1% hombres y 29.9% mujeres, de los cuales el 55.5% de este grupo lo hace en forma intensa. El 44.7% asociado con el consumo de bebidas alcohólicas, Fig.5, 76.5% hombres y 23.4% mujeres, de los cuales el 81.2% lo

Distribución por Sexo

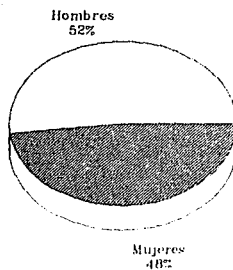


Figura 1

Tipos de Trastornos del Sueño

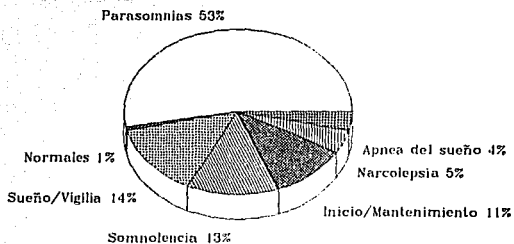


Figura 2

Trastornos para iniciar y mantener el sueño

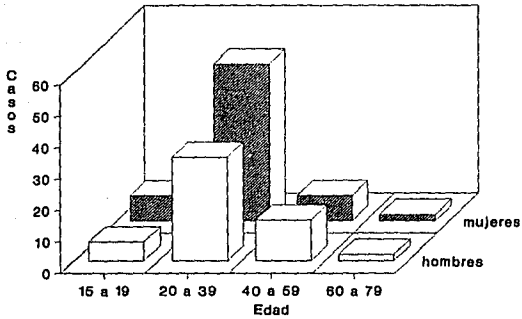


Figura 3

Factores de Riesgo Tabaquismo

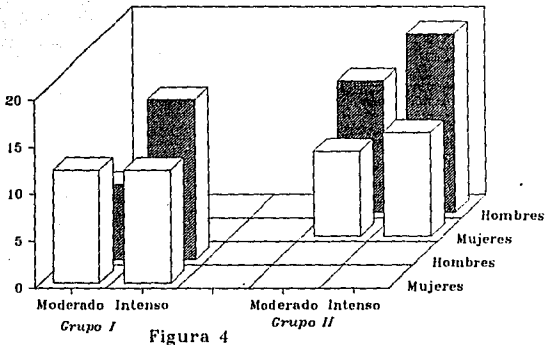


Figura 4

Factores de Riesgo Alcoholismo

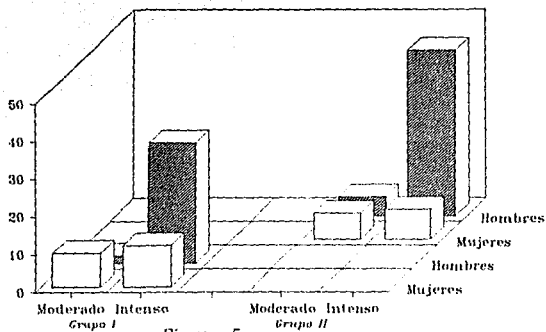


Figura 5

Factores de Riesgo Drogas y Somníferos

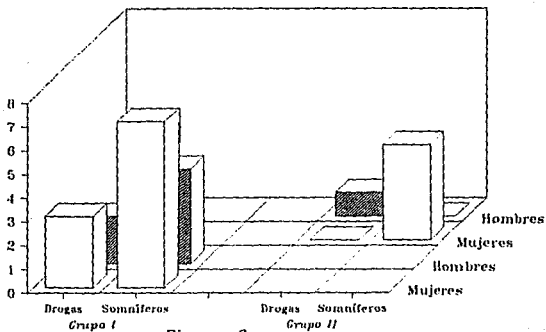


Figura 6

Trastornos por Somnolencia Excesiva Diurna

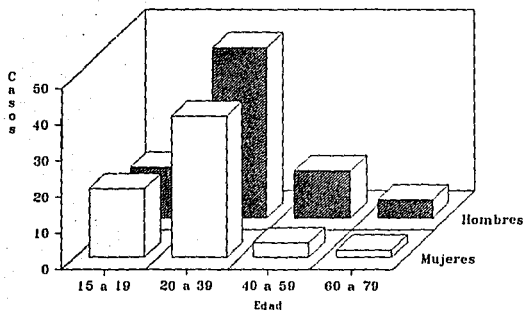


Figura 7

Trastornos por somnolencia Excesiva Diurna Narcolepsia

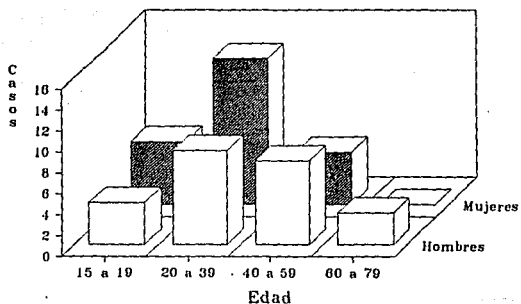


Figura 8

realizan en forma moderada e intensa. Encontrándose de forma no significativa, la asociación con el consumo de drogas (0.6%) y de somníferos (2.7%), Fig.6.

Teniendo en cuenta que este grupo incluye dos subgrupos importantes, que son: el Síndrome de Apnea del Sueño y la Narcolepsia, los resultados en cuanto a ello son los siguientes: para el grupo de Narcolepsia, que incluyó aquellos sujetos portadores de cataplejía, somnolencia excesiva, alucinaciones hipnagógicas y parálisis del sueño, se conformó por 50 (5%) casos, Fig.8, sin predominio por sexo, 50% hombres y 50% mujeres, cuya distribución por grupos de edad fué: 10 (1.0%) en el grupo de 15 a 19 años; 24 (2.4%) en el grupo de 20 a 39 años; 13 (1.3%) en el grupo de 40 a 59 años y sólo 3 (0.3%) en el de mayores de 60 años. Y para el grupo de Apnea del Sueño, que incluyó aquellos pacientes con tabaquismo intenso, obesos y que presentaran apnea durante el sueño, se conformó por 41 (4.1%) casos, Fig.9, 28(68.2%) correspondieron al sexo masculino y 13(31.7%) al sexo femenino.

Grupo III, Trastornos del Ciclo Sueño-Vigilia: Referente a aquellos sujetos que duermen adecuadamente a horas inapropiadas, se conformó por 157 (15.7%) casos de la población total, Fig.10, 77(7.7%) correspondieron al sexo masculino y 80 (8.0%) al sexo femenino cuya distribución por grupos de edad se efectuó de la siguiente manera: 21(2.1%) en el grupo de 15 a 19 años; 122 (12.2%) en el grupo de 20 a 39 años; 13 (1.3%) en el grupo de 40 a 59 años y sólo 1(0.1%) para el grupo de mayores de 60 años. En cuanto a los factores de riesgo encontramos, como principales, población que labora durante el turno nocturno, de los cuales fué un 33.1% y los que tienen un tiempo total de sueño menor a 6 hrs que correspondieron al 69.4%, Fig. 11.

Grupo IV, Parasomnias: Este grupo en contraste con lo escrito en la literatura, fue el que ocupó el primer lugar con un total de 587 (57.8%) casos, mismos que se distribuyeron de la siguiente manera: Sonambulismo y Nictilalia, 355 (60.4%) casos, 46.2% hombres y 53.7% mujeres; Terrores Nocturnos, 286 (49.7%) casos, 35.1% hombres y 64.8% mujeres; Pesadillas, 225 (29.3%) casos, 44.4% hombres y 55.5% mujeres y por último, Bruxismo, 112(19.0%) casos, 42.8% hombres y 57.1% mujeres, Fig.12.

Trastornos por Somnolencia
Excesiva Diurna
Apnea del Sueño

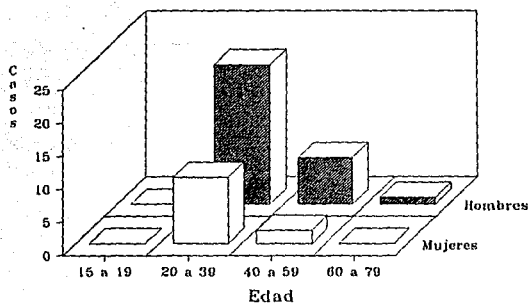


Figura 9

Trastornos del Ciclo Sueño-Vigilia

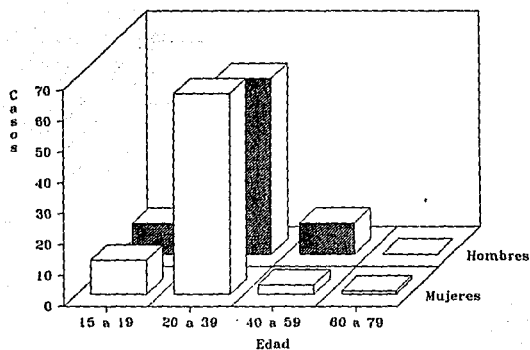


Figura 10

Trastornos del Ciclo Sueño-Vigilia Factores de Riesgo

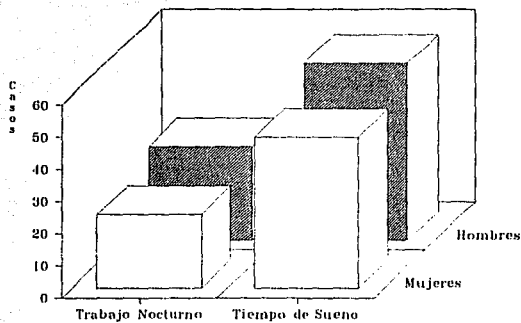


Figura 11

Parasomnias

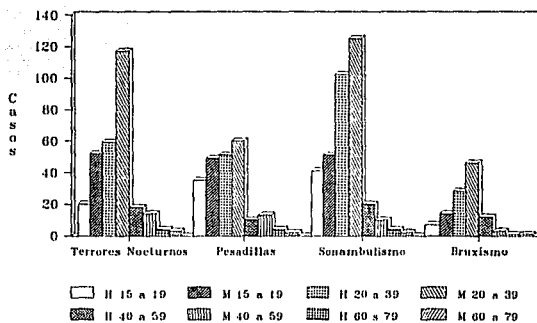


Figura 12

DISCUSION

En estudios recientes se ha demostrado que existe una gran prevalencia de los trastornos del sueño en la población general, determinándose que la prevalencia de éstos es mayor en mujeres y en ancianos en forma general,⁷ siendo esto apoyado con nuestro estudio, ya que se encontró que de la población estudiada solo el 0.8% de los sujetos no presentaron ningún tipo de trastornos del sueño y además, se corroboró que la incidencia es efectivamente mayor en el sexo femenino, encontrándose únicamente que los trastornos por somnolencia excesiva diurna afectan predominantemente al sexo masculino con un porcentaje del 55.2%. Por otra parte, se reporta, que de los trastornos del sueño, es el insomnio, la mayor queja de los pacientes con el clínico, sin embargo, en nuestro estudio se demostró que el principal trastorno del sueño y del que poca literatura se reporta, son las parasomnias.

Grupo I.- Trastornos para Iniciar y Mantener el Sueño (TIMS).- La dificultad para dormir, representa uno de los problemas más comunes que confronta el médico en su consulta diaria. Los pacientes que padecen de insomnio, suelen referir dificultad para quedarse dormidos o mantener la continuidad del sueño durante la noche⁷. Se ha calculado que cerca del 35% de las personas tienen dificultad para iniciar y mantener el sueño¹¹. La prevalencia del insomnio se incrementa con la edad, el nivel socioeconómico y es más frecuente en mujeres³. En nuestro estudio se corroboraron dichos datos, ya que se encontró que el insomnio prevalece en el sexo femenino con un 55.7% contra 44.2% para el sexo masculino. La edad prevalente se situó en el grupo de 20-39 años. Sólo un 12.2% de la población total aquejaron este tipo de trastorno, estando muy por debajo del porcentaje establecido en la literatura.

Se ha establecido que dentro de los factores predisponentes para el insomnio, se encuentran los asociados al uso de sustancias, tales como los estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC): alcohol, tabaco, drogas e incluso el uso de sedantes, que es paradójicamente una causa frecuente de insomnio¹³, debido a que su uso prolongado da lugar a tolerancia con agravamiento del padecimiento. Por otra parte, sustancias como el alcohol, que es un buen inductor del sueño, ha demostrado que al disminuir el nivel sanguíneo, presenta un efecto de supresión y por ende fragmentación del sueño, especialmente durante la segunda mitad del dormir. Así mismo, sustancias como la cafeína, nicotina y cocaína dificultan conciliar el sueño además de fragmentarlo.

En nuestra población, se demostró que son precisamente el alcohol y el tabaco, las sustancias mayormente involucradas en este tipo de trastorno, encontrando que del 40.1% con tabaquismo positivo, el 59.1% fue en forma intensa y del 44.2% con alcoholismo positivo, el 79.6% lo hacía en forma moderada e intensa. Sin embargo, dentro de los estimulantes del SNC como el uso de drogas, sólo el 4% afirmó consumirlas; en tanto que, sólo el 9% se relacionó con consumo de somníferos en forma diaria.

Dado que se considera al insomnio no como una enfermedad sino como un síntoma en respuesta a situaciones emocionales difíciles o bien, por enfermedad médica o psiquiátrica se encontró precisamente que un alto porcentaje de la población atribuía dicho trastorno relacionado con estrés, clasificándose por ello dentro del insomnio situacional, reportándose

en la literatura que muy probablemente toda la población lo ha experimentado y estudios epidemiológicos demuestran que una tercera parte de los adultos lo presentan al menos en una ocasión en el transcurso de un año^{1,3}. Determinándose por estudios más complejos, que incluyen polisomnografía, que este tipo de insomnio transicional, es un estado entre el sueño normal y la condición de insomnio extrema, que se presenta como respuesta homeostática, produciendo una redistribución del sueño dando mayor gasto del sueño en los estadios 1 y 2 y menor en los 3 y 4, debiéndose considerar como un estado prodrómico de un futuro insomnio psicopatológico¹³. Es útil por tanto clasificar al insomnio como transitorio, algunos días; de corta duración, algunas semanas o de larga duración, meses o incluso años⁴.

Grupo II.- Trastornos por Somnolencia Excesiva Diurna (TSED).- Menos conocidos y frecuentes que los TIMS, los TSED también constituyen un grupo de trastornos heterogéneos cuyo síntoma cardinal lo constituye la tendencia inapropiada y no deseada de dormir en horas de vigilia²². Puede también reflejar un trastorno psicofisiológico relacionado con cambios situacionales en la vida. Entre sus condiciones desencadenantes encontramos también al uso prolongado o supresión de estimulantes del SNC (alcohol, tabaco, café, etc.)¹⁴ Puede ser un síntoma de desorden psicológico tal como la depresión, y representa un escape al estrés diario. En algunos estudios se reporta que hasta el 5% de la población refiere este síntoma. En nuestro estudio, sin embargo, se encontró que el 14.3% de la población lo presentó, siendo más frecuente en los hombres con 55.2% contra 44.7%, prevaleciendo en el grupo de edad de 20-39 años con un 60.1%. Así mismo, se encontró que el tabaco y el alcohol son las dos sustancias frecuentemente asociadas, del 37.7% con tabaquismo positivo, el 55.5% lo hace en forma intensa y del 44.7% con alcoholismo positivo, el 81.2% lo hace en forma moderada e intensa, sin relación significativa con la ingesta de drogas o somníferos.

Debe tenerse en cuenta, que en la patogenia de la somnolencia excesiva diurna patológica se incluyen dos entidades diagnósticas diferentes⁸, cuyos cuadros clínicos son: *Síndrome de Apnea del Sueño* y *Narcolepsia*. De nuestra población estudiada, sólo el 5% presentó *Narcolepsia*, con distribución por sexo igual y la edad de presentación más frecuente, fué entre la segunda y tercera décadas de la vida, correspondiendo a la prevalencia reportada en el mundo, que varía de 1 caso en 600 personas reportado en Japón, hasta 1 en 500,000 reportado en Israel, cuya presentación es igual en hombres y mujeres y los síntomas usualmente aparecen entre los 10-20 años, siendo sólo un 5% los que aparecen antes de dicha edad^{7,11}. Un aspecto que no se pudo investigar y que actualmente se ha relacionado en forma importante con este trastorno, es la asociación con antígenos del tipo II del Complejo Mayor de Histocompatibilidad, reportándose que casi el 100% de los pacientes expresan el antígeno HLA DR2, el HLA DQw1 o ambos. Existe evidencia de herencia en este trastorno aunque, el patrón hereditario no está claramente definido. La importancia de este trastorno, radica en que es un trastorno neurológico incurable, las personas con narcolepsia, no duermen más que las personas sanas, sino su problema radica en la naturaleza incontrolable de su sueño, por lo que se ha visto que es una disfunción de los mecanismos que regulan el ciclo diario de somnolencia-actividad⁴. Una de las características es que la latencia del sueño en estos pacientes en el registro poligráfico es menor a 5 minutos, nosotros no realizamos este tipo de registro pero se encontró que el 100% de los afectados afirmaron conciliar el sueño en segundos. Con respecto al *Síndrome*

de Apnea del Sueño, es importante recordar que se define como la existencia de 5 periodos de apnea de 10 segundos de duración por hora de sueño, sin percepción de ello¹⁸. En estudios previos se reportó una prevalencia de 2.7% entre hombres de 30-60 años, encontrando que el 60% de esa población fueron obesos y de las mujeres afectadas, 12-35% se encontraron en edad postmenopáusica. Podemos observar que los hombres son más frecuentemente afectados y que la incidencia de presentación es directamente proporcional a la edad. Sus factores de riesgo comprenden alcoholismo crónico, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, cuello corto, tabaquismo crónico intenso y obesidad, entre otros. En nuestro estudio se encontró una incidencia de 4.1%, predominando en el sexo masculino con un 68% contra 31.7%, la edad de presentación entre la tercera y cuarta década de la vida, y asociado con obesidad y tabaquismo intenso. La importancia de este trastorno radica en las complicaciones asociadas, entre las que encontramos principalmente cardiovasculares, hemodinámicas y neuropsiquiátricas, siendo las arritmias las más importantes pues llegan a ser fatales, por lo que dicho trastorno debe ser buscado intencionadamente en pacientes que aquejen somnolencia excesiva y que tengan una o más de las características mencionadas.

Grupo III.- Trastornos del ciclo Sueño-Vigilia.- Se caracterizan por la incapacidad de dormir satisfactoriamente durante las horas socialmente destinadas al descanso y presentar somnolencia durante los periodos de actividad, presentándose de acuerdo a la literatura hasta en un 20% de las personas que trabajan en ocupaciones que implican cambios de horario, en los trabajadores nocturnos y en aquellos que realizan viajes transcontinentales o transmeridianos²⁰. La alteración subyacente parece radicar en la dificultad para sincronizar su reloj biológico con la demanda de trabajo^{5,22}. En nuestro estudio corroboramos tal afirmación pues, se encontró que de los 280 trabajadores del turno nocturno encuestados, sólo 33.1% respondieron tener trastornos del sueño de este tipo. Por otra parte, se hace mención que dentro de los factores predisponentes se encuentra la desincronización entre el tiempo de sueño normal, encontrando que 64.9%, refirieron un tiempo total de sueño menor a 6 hrs. Predominando en el sexo femenino.

Grupo IV.- Parasomnias.- Fenómenos en los que una conducta normal de la vigilia ocurre al dormir, más frecuentemente vista en niños, pueden afectar al adulto reportándose en la literatura una incidencia entre 1-5%². En nuestro estudio, en contraste fue el trastorno del sueño más frecuentemente encontrado con un 58.7%, de los cuales el trastorno predominante fue el Sonambulismo y la Nictilalia, asociada a los Terrores Nocturnos tal como se reporta en la literatura, donde se menciona que dichos pacientes se acompañan frecuentemente de activación autonómica y de movimiento².

La importancia de este grupo radica en que dado que aparecen durante las etapas profundas del sueño, no son recordadas y se reflejan con malestar general, fatiga y malestar muscular como la Fibromialgia, o bien, lesión física como el desgaste dental por Bruxismo y además que implican gran peligro por el riesgo de sufrir accidentes o lesiones corporales severas. Por otra parte, deben tenerse siempre presentes, pues pueden sugerir patología cerebral como lo es la epilepsia del lóbulo temporal^{1, 2, 22}.

CONCLUSIONES

Esta pequeña experiencia sugiere que en realidad la patología del dormir es amplia y variada, y son efectivamente los trastornos del sueño una de las principales patologías en nuestro medio y por ende una de los principales motivos de consulta diarios, lo que obliga a todo médico que se enfrente a un paciente que aqueje alguno de los problemas descritos, a hacer un diagnóstico diferencial apropiado antes de tratarlo sintomáticamente. Debe tenerse en cuenta, que aunque muchos trastornos del sueño pueden diagnosticarse clínicamente por un médico hábil, mediante este tipo de encuestas, y tratarse de manera empírica con buenos resultados, hay múltiples circunstancias en las cuales el mejor juicio clínico indica la conveniencia de una evaluación polisomnográfica, dado que en muchas ocasiones los trastornos del sueño van aunados a complicaciones médicas que ponen en peligro la vida, obligando al clínico a obtener el conocimiento básico sobre el uso apropiado del laboratorio de sueño y a utilizar la polisomnografía como un recurso útil que proporciona información objetiva. Por lo tanto se propone que este estudio quede como antecedente para posteriores investigaciones, que implementen dicho recurso para comprobar la existencia de patología del sueño y poder así establecer tratamiento oportuno.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que los estudios de laboratorio del dormir como la polisomnografía, tienen un alto costo y su interpretación es compleja, lo que hace de ellos unos recursos que sólo pueden ser utilizados en casos específicos, por lo que se sugiere una atención del problema en forma piramidal, inicialmente, la resolución por el propio paciente, que incluye algunos principios higiénicos que favorecen el dormir de mejor calidad y son excelentes coadyuvantes en el manejo del paciente, entre los que se incluyen: establecer un horario de sueño, evitar uso de sustancias estimuladoras del Sistema Nervioso Central, mejorar las condiciones ambientales, realización de ejercicios y actividades que favorecen el dormir y modificación de hábitos alimenticios. En segunda instancia, la resolución por parte del médico general y si el caso lo amerita recurrir a la atención por el médico especialista.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA
BIBLIOGRAFIA

1. Baker H. Somnología Clínica, su estudio, origen y tratamiento. Roche, 1992; 1: 1.
2. Hartman E. Sleep. Chapter 8, Part two. Brain and Behavior, 1991: 152.
3. Baker H. Insomnio su origen, estudio y tratamiento. Roche 1992; 1:1.
4. Baker TL. Introducción al Estudio del Sueño y sus Trastornos. Clin Méd Norteamérica, 1985; 6:1175.
5. Baker H. Patología del Dormir, su estudio, origen y tratamiento. Roche, 1992; 2:1.
6. Kales A, Kales JD, y Humphrey FJ. Science of Human Behavior: Contributions of the Biological Sciences. Chapter 2, Sleep and Dreams, 1975: 114.
7. Cutler R.W. XIII Trastornos del Sueño. Scientific American Inc. Edit.Cient.Méd. Lat., 1992; XIII:1.
8. Orr WC. Utilización de la polisomnografía en la Evaluación de los Trastornos del Sueño. Trastornos de la Apnea durante el sueño.Cli. Méd. de Norteamérica, 1985; 6:1207.
9. Flores CC, Mendizabal G, Acosta G, y González M. El Sueño, aspectos fisiológicos, bioquímicos y sus trastornos la. parte. Rev. del HJ-Mex. 1992; 59(4):100.
10. Salim PR. Trastornos del Sueño: Importancia en la Práctica Clínica. Acta Médica, 1986; XXII(85-86): 47.
11. Fernández GA. El Sueño y sus Trastornos. Gaceta Médica de México, 1991; 123 (3):289.
12. Edmonds LC and Shepard JW. Cardiovascular Effects of Sleep Disorders. Primary Cardiology, 1992; 18(4):75.
13. Wu JC, Gillin JC, Buchsbaum MS, Tamara H, Chad J, and Bunney W. Effect of Sleep Deprivation on Brain Metabolism Deprivation Patients. Am. J Psychiatry, 1992; 149:538.
14. Jiménez OE. El Insomnio a través del Tiempo. Psiquis, 1992; 1-3:3.
15. Salim PR, Roehrs TA, Merlotti L, Zorick F, and Roth T. Long Term Study of de Sleep of Insomnia Patients with Sleep State Hiperception an Others Insomnia Patients. Am J Psychiatry, 1992; 149(7):904.
16. Bradley D, and Phillipson E. Patogenia y Fisiopatología del Síndrome de Apnea Obstructiva durante el Sueño. Clin Méd Norteamérica, 1985; 6:1223.
17. Wittles EH. Obesidad y Factores Hormonales en el Sueño y en la Apnea durante el Sueño. Clin Méd Norteamérica, 1985; 6:1325.
18. Khamphusein HA.. Síndrome de Apnea del Sueño. The Lancet(Ed.Esp.), 1986; 8(4):285.
19. Kimoff RJ,Cosio MG, and McGregor M. Clinical Features and Treatment of Obstructive Sleep Apnea. Can Med Assoc J, 1991; 144(6):689.
20. Regestein QR, and Monk TH. Is the Poor Sleep of Shift Workers a Disorder? Am J Psychiatry, 1991; 148(11):1487.
21. Hurtwitz DT, Mahowald M, Schenck C, Schluter J, and Bundlie S. A Retrospective Outcome Study and Review of Hipnosis as Treatment of Adults with Sleepwalking and Sleep Terror. J Nerv Ment Dis, 1991; 179(4):228.
22. Salim PR. Diagnóstico y Tratamiento del Sueño. Sueño de Luz y Palabras. Roche, 1992; 3:7.

23. Fernández GA. Etiopatogenia de las Alteraciones del Sueño. Sueño de Luz y Palabras. Roche, 1992: 3:9.
24. Masson T. El Sueño y sus Perturbaciones. Manual de Psiquiatría Infantil de Ajuriaguerra. Capítulo VI, 1977: 95.
25. Buela G. y Navarro J. Avances en la Investigación del Sueño y sus Trastornos. 1a. ed. Siglo XXI, 1990: 4.