

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA EN PACIENTES CON
COMORBILIDADES CRÓNICAS EN LATINOAMÉRICA**

MONOGRAFÍA

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Homero José López Palacios

Ana Haydeé Gómez Lemus

Roberto Marco Antonio Vivar Fong

Carlos Alberto Ávila Medina

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre 2020

CARTAS OFICIALES

DEDICATORIA

A Dios, supremo creador y dador de sabiduría, guía y fortaleza en todo momento a lo largo de nuestra carrera.

A nuestras familias, personas que han forjado en nosotros con ardua labor el deseo de la superación y esfuerzo, así como valores íntegros para culminar una carrera tan honorable y digna como lo es medicina.

A nuestros catedráticos y amigos, personajes quienes nos acompañaron en la lucha y nos brindaron apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios máximo creador y dador de sabiduría por permitirnos culminar nuestros estudios universitarios, por todas las vivencias de aprendizaje y por brindarnos la vida para realizar dicha meta.

Queremos agradecer a nuestros padres, personas que sin ningún interés de intercambio han brindado paciencia, corrección, lealtad, amor y la oportunidad de estudiar y lograr ser médicos con valores integrales para el servicio de los demás.

Agradecemos a la Universidad de San Carlos de Guatemala, lugar que nos brindó las competencias educacionales para la progresión universitaria. A nuestros catedráticos, profesionales de óptima calidad personal y científica, quienes nos formaron de una forma excelente.

Agradecemos a nuestro asesor Dr. Edgar Contreras, a nuestro revisor Dr. Paul Chinchilla y a nuestra revisora de la Coordinación de Trabajos de Graduación Dra. María Estela Vásquez, profesionales íntegros de grandes cualidades quienes nos brindaron su ayuda y apoyo, sin los cuales no hubiese sido posible dicho trabajo.

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

Los autores, son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresados en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala y, de las otras instancias competentes, que así lo requieran.

ÍNDICE

Prólogo	i
Introducción	ii
Planteamiento del problema	v
Objetivos	vii
Métodos y técnicas	viii
Contenido Temático	
Capítulo 1 Aspectos epidemiológicos	1
Capítulo 2 Presentación clínica de la somnolencia diurna excesiva en pacientes con comorbilidades crónicas	18
Capítulo 3 Repercusiones en pacientes con comorbilidades crónicas que presentan somnolencia diurna excesiva	26
Capítulo 4 Análisis.....	33
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Referencias bibliográficas	37
Anexos	47
Índices accesorios	56

PRÓLOGO

El sueño es una actividad humana básica, la cual tiene como función brindar un descanso reparador y regular la homeostasis del organismo. Los trastornos del sueño constituyen uno de los problemas de salud más relevantes, son relacionados con problemas para dormir, conciliar el sueño, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado o conductas anormales durante el sueño. Se ha determinado que entre el 30 y 40% de la población mundial sufre de trastornos del sueño. Además de ello el 10% padece apnea del sueño y aproximadamente el 60% de las personas reportan alteraciones en el ritmo circadiano que se relacionan con problemas del sueño.

Los efectos de la somnolencia diurna excesiva (SDE) en pacientes con comorbilidades crónicas en Latinoamérica, es el tema de investigación, derivado de su importancia y constante aumento. La presente, constituye una monografía de compilación de diseño descriptivo en donde se enfocó establecer con base a la teoría y estudios existentes cómo se manifiesta la SDE en los pacientes en el ámbito latinoamericano. Para ello cuenta con cuatro capítulos, de la forma siguiente: el capítulo 1, trata sobre aspectos epidemiológicos; el capítulo 2, se refiere a la presentación clínica de la somnolencia diurna excesiva en pacientes con comorbilidades crónicas; por su parte, en el capítulo 3 se desarrolla lo relacionado con la repercusión en pacientes con comorbilidades crónicas que presentan la somnolencia diurna excesiva, y un capítulo 4, dedicado al análisis correspondiente. Se concluyó que la SDE en pacientes con comorbilidades crónicas se presenta como un cuadro de sueño pesado que es permanente durante el día cuando la persona debe estar atento a sus actividades cotidianas. La SDE se puede clasificar en tres categorías: una inicial como leve, donde se da el sedentarismo y mucha facilidad de quedar dormido en actividades normales; una segunda escala como moderada, donde la persona puede quedarse dormida en actividades de atención, en reuniones, por ejemplo; y una tercera, en un caso extremo que la teoría clasifica como tumba, donde la persona puede quedarse dormida en cualquier actividad, aunque esta sea compleja.

INTRODUCCIÓN

El sueño es una función fisiológica indispensable para la vida, fundamental para garantizar el bienestar físico y emocional del individuo. El sueño es inherente al ser humano y es una rutina que debe ser cumplida por toda persona en determinadas horas del día, siendo principalmente la noche donde se tienen las condiciones para su realización. Se trata de un proceso complejo que involucra múltiples sistemas, y está considerado como el mejor de los descansos que un organismo puede tener, no solo por la recuperación energética que se realiza durante el mismo, sino por la cantidad de beneficios físicos y mentales que dependen de esta actividad.¹

Entre los efectos beneficiosos que se le atribuyen al sueño se encuentran: la restauración homeostática del sistema nervioso central, conservación de la energía, conservación de la memoria perceptiva y conservación del estado de alerta. Sin embargo, se puede proponer que el valor principal del sueño consiste en restablecer el equilibrio natural entre los centros neuronales.^{2,3}

Los trastornos del sueño son uno de los problemas más habituales en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud se estima que el 40% de la población a nivel mundial presentan estos trastornos; lo que conlleva a una mala calidad del sueño alterando su calidad de vida.^{4,5}

En la actualidad se han estudiado más de 90 trastornos del sueño, los cuales han sido clasificados por sus signos-síntomas y su relación con otras patologías. Entre los tipos más frecuentes de estos trastornos encontramos la Somnolencia diurna excesiva.⁶

La somnolencia diurna excesiva, conocida también como SDE por sus siglas, se define como la incapacidad de permanecer despierto y alerta durante el período de vigilia, con episodios no intencionados de somnolencia y/o sueño. Es una situación en la que los síntomas o signos subjetivos de somnolencia interfieren con el funcionamiento diurno normal, las tareas sociales o la calidad de vida de la persona. La SDE según la Clasificación de los trastornos del sueño ICSD-2 es clasificada como una hipersomnía, ya que no se debe a cambios en el ritmo circadiano ni a problemas para conciliar el sueño nocturno.⁷

Para su diagnóstico se utilizan auto evaluaciones mediante escalas, entre las que encontramos la estala de somnolencia de Epworth (E.S.E), la escala de somnolencia de Stanford

y test neurofisiológicos como el test de latencias múltiples del sueño (TLMS), el cual es considerado el Gold Standard, y el test de mantenimiento de vigilia.⁷

Se estima que aproximadamente el 20%, de la población adulta en Latinoamérica padecen de SDE, siendo la población más afectada los adultos mayores; entre las causas más frecuentes encontramos malos hábitos antes de dormir o durante la conciliación del sueño; dificultad en la adaptación a cambios súbitos en el estilo de vida y presencia de enfermedades crónicas asociadas (insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS), síndrome de piernas inquietas, demencia, dolor, cáncer, depresión, diabetes, entre otras).^{1,5}

Las enfermedades crónicas asociadas a los trastornos del sueño, especialmente la SDE, complica el cuadro y condición clínica en la que se encuentra los pacientes, pues no permite la restauración homeostática del organismo, lo que ocasiona una disminución en la calidad de vida y a efectos de mediano plazo podrían manifestarse daños orgánicos y padecimientos conjuntos.

8

Por lo anteriormente expuesto es importante describir la SDE en pacientes con comorbilidades crónicas en Latinoamérica, razón por la cual se decide discutir las causas y efectos de este trastorno para finalmente exponer cómo estas afectan a aquellas personas que padecen de enfermedades crónicas. Con el objetivo de dar respuesta a la pregunta principal de investigación se realiza una investigación documental, con un diseño de estudio tipo exploratorio mediante una monografía de tipo compilatorio. Para lo cual se realiza una búsqueda bibliográfica sistematizada en bases de datos que incluyen: SciELO, EBSCO, HINARI y Pubmed entre otros; con base a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la biblioteca virtual de salud y Medical Subject Headlings (MeSH). El contenido se divide en cuatro capítulos, en los cuales se da a conocer los distintos tipos y clasificaciones de los trastornos del sueño, características y prevalencia en Latinoamérica y como estos están afectan a pacientes con comorbilidades crónicas.

En el capítulo uno, titulado aspectos epidemiológicos, se incluyen aspectos generales y definiciones de los trastornos del sueño, SDE, prevalencia en Latinoamérica, clasificaciones, diagnóstico y tratamiento; seguido del capítulo dos, titulado presentación clínica de la somnolencia diurna excesiva en pacientes con comorbilidades crónicas, donde se abarcan SDE en pacientes con comorbilidades, historia clínica y trastornos del sueño relacionados con SDE y manejo de los trastornos del sueño; en el capítulo tres, titulado repercusiones en pacientes con

comorbilidades crónicas que presentan somnolencia diurna excesiva; se presentan consecuencias de la somnolencia diurna excesiva, efectos de los medicamentos y las drogas y comorbilidades en la somnolencia diurna; por ultimo en el capítulo cuatro, titulado análisis, se presenta una discusión acerca de la investigación y planteamientos formulados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos del sueño representan uno de los problemas más habituales en la actualidad, según datos de la Organización Mundial de la Salud el 40% de la población global presenta una mala calidad de sueño y el 75% de latinoamericanos tiene algún trastorno del sueño ⁴. En México se estima que 1 de cada 3 mexicanos presentan algún trastorno del sueño, siendo somnolencia diurna excesiva (SDE) el diagnóstico más frecuente ⁵. Algunos de los signos-síntomas de los trastornos del sueño pueden ser: SDE, respiración irregular, aumento del movimiento durante el sueño y dificultad para conciliar el mismo ¹.

La SDE es un trastorno del sueño que se clasifica como una hipersomnia ya que no se debe a cambios en el ritmo circadiano ni a problemas para conciliar el sueño y se define como la incapacidad para mantenerse despierto y alerta durante la mayoría de las situaciones del día generalmente en actividades monótonas de predominio pasivas según la clasificación de los trastornos del sueño ICSD-2 ⁵.

El sueño cumple con requerimientos fisiológicos, psicológicos, cognoscitivo e intelectual ⁶. Este se reconoce como un estado activo en el que ocurren grandes regulaciones del organismo tales como cambios en la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal, secreción hormonal, entre otros ⁹.

La necesidad de dormir constantemente durante el día afecta a la persona en las situaciones cotidianas, siendo un problema en el desarrollo laboral y social ². Las personas con comorbilidades crónicas realizan una lucha para mantener una condición estable, cumplen tratamientos, usan medicamentos y practican actividades que les permita que la o las enfermedades que padecen no les generen mayores problemas o incluso les cause la muerte ¹⁰.

Los trastornos del sueño se convierten en una variable que complica más la condición crónica al no permitir la recuperación del organismo que es una de las principales funciones del sueño. Restando con ello la calidad de vida de las personas y disminuyendo su esperanza de vida, con lo cual en un mediano plazo se podrá manifestar en daños orgánicos y padecimientos conjuntos ¹.

La SDE es un trastorno muy frecuente y poco descrito en personas que sufren de enfermedades crónicas en donde la alteración del metabolismo del paciente llega a afectar su estado de reposo, disminuyendo la calidad del sueño provocando un deterioro mayor, por lo que

se pretende describir el estado clínico de los pacientes que presentan enfermedades crónicas asociadas a la SDE y el efecto que tiene sobre ellos la presencia de dicho trastorno, mediante la interrogante. ¿Cómo es la somnolencia diurna excesiva en pacientes con comorbilidades crónicas en Latinoamérica?

Los trastornos del sueño son patologías que no han sido profundizadas lo cual dificulta demostrar la importancia clínica en pacientes latinoamericanos que presenten comorbilidades crónicas: artritis, dolor crónico, síndrome de colon irritable, hipertensión arterial, síndrome metabólico, diabetes, cáncer, entre otros.

Por lo que es importante describir los efectos que genera la SDE en pacientes con comorbilidades crónicas en Latinoamérica, para ello se utilizó literatura médica científica existente de los últimos cinco años (2015 - 2020).

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la somnolencia diurna excesiva en pacientes con comorbilidades crónicas en Latinoamérica.

Objetivos específicos

1. Exponer los aspectos epidemiológicos que presentan los pacientes con comorbilidades crónicas y que padecen somnolencia diurna excesiva.
2. Argumentar la presentación clínica de la somnolencia diurna excesiva en pacientes con comorbilidades crónicas.
3. Debatir el nivel de repercusión en el diario vivir de los pacientes con comorbilidades crónicas que presentan la somnolencia diurna excesiva.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Para la realización de esta monografía se utilizó la página web de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la biblioteca virtual de salud en conjunto con la página web Medical Subject Headlings (MeSH) como herramientas para la identificación de la terminología médica internacional y los calificadores (términos) correctos, que posteriormente acompañaron a los descriptores y a las palabras claves del tema principal. En la tabla 1 (ver anexo No. 1) se puede encontrar detalladamente los parámetros de búsqueda utilizados en la localización de la información para la realización de esta monografía de compilación con diseño de tipo descriptivo.

Para la selección de las fuentes de información se utilizaron instrumentos digitales para acceder a distintas bases de datos que incluyeron: SciELO, EBSCO, HINARI y Pubmed entre otros. Se emplearon las siguientes matrices: 1) matriz de descriptores de términos y conectores lógicos utilizados para la búsqueda de información y 2) matriz de artículos utilizados según tipo de artículo y nivel de evidencia del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford.

En cuanto a la selección del material, se recurrió a los siguientes criterios de inclusión: Idioma español e inglés, artículos originales publicados, diseño de estudio: revisión sistemática de estudios descriptivos, estudios analíticos y guías de práctica clínica en Latinoamérica con relación al SDE y tratamiento de comorbilidades, que sean estudios realizados en humanos y que cumplan los parámetros de padecer SDE y comorbilidades evaluados clínicamente.

Para contar con la información más actualizada sobre el tema principal de investigación se tomó en cuenta únicamente literatura en idioma inglés y español publicada en los últimos 5 años, específicamente desde junio del año 2015 hasta junio de presente año 2020, con lo que se obtiene una disponibilidad de 1633 artículos que hacen referencia al efecto de la somnolencia diurna excesiva en pacientes con comorbilidades crónicas en Latino América.

Se hizo una revisión de la literatura médica científica, de donde se obtuvo por medio de los descriptores y conectores lógicos, seleccionando artículos con aportes de información según la temática de interés, se organizó en una matriz según su nivel de evidencia, para verificar su confiabilidad se resumió y después se ordenó según su relevancia y nivel de evidencia en la tabla No.2 (Ver anexo 2).

Posteriormente, haciendo uso de fichas bibliográficas electrónicas se analizó en forma clara, breve y sintetizada la información obtenida y se desarrollaron los cuatro capítulos correspondientes al cuerpo de la monografía.

CAPITULO 1: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Sumario:

- Generalidades
- Definición
- Trastornos del sueño
- Clasificaciones de los trastornos del sueño
- Somnolencia diurna excesiva
- Prevalencia en Latinoamérica
- Diagnostico
- Tratamiento

El presente capítulo trata sobre trastornos del sueño, con énfasis en la patología de somnolencia diurna excesiva. Se brindan generalidades, definiciones, clasificaciones, métodos para evaluar, diagnóstico y tratamiento. Se explica la escala de Epworth y su interpretación. Se abordan consideraciones como: hábito de sueño y el impacto de la somnolencia diurna excesiva en Latinoamérica.

1.1 Generalidades

La palabra somnolencia tiene su origen del latín tardío “somnolentia” y se define como la incapacidad de mantenerse despierto y alerta durante periodos de vigilia en el día, lo que provoca en las personas que lo padecen una necesidad incontenible de dormir.^{1,11}

Se pueden usar varios términos para referirnos a esta patología entre ellos hipersomnia o hipersomnolencia. La somnolencia diurna es uno de los trastornos del sueño más frecuentes en la actualidad, solo superado por el insomnio.^{1,4}

En la actualidad se estima que el 2.8% a 9.5% de la población duerme una cantidad excesiva de tiempo. Es ligeramente más frecuente en mujeres y no existe un rango de edad predominante. En términos de severidad se considera que el 8.7% a 16.7% presentan somnolencia moderada y 3.8% a 11.8% una forma grave.^{1,4}

El avance tecnológico ha traído consigo tanto herramientas como inconvenientes al estilo de vida del ser humano. Para ilustrar los factores que afectan el ciclo del sueño se pueden mencionar las redes sociales, sedentarismo y prolongadas jornadas laborales.^{1,4}

Los trastornos del sueño presentan un incremento notorio, llegando a afectar el desempeño físico y mental del individuo, por lo que debe prestárseles la debida atención y no subestimar sus repercusiones a largo plazo. ⁴

1.2 Definición

Se entiende por sueño al estado de inconsciencia del que puede ser despertada una persona ya sea por estímulos sensitivos o de otro tipo. Este se divide en dos tipos de sueño: de ondas lentas y sueño REM (movimientos oculares rápidos por sus siglas en inglés Rapid Eye Movement). ^{2,5}

En cuanto al sueño de ondas lentas, éste se caracteriza por ser un sueño profundo, reparador, con disminución del tono vascular periférico, descenso del índice metabólico basal y los sueños no suelen recordarse. Mientras que en el sueño REM, tiene una duración de 5 minutos a 30 minutos, es la forma activa del sueño, difícil de despertar con estímulos sensoriales, tono muscular deprimido, frecuencia cardíaca y respiratoria irregulares y el encéfalo está muy activo. ^{2,5}

Existen tres mecanismos que regulan el estado de vigilia y sueño, siendo estos el sistema nervioso autónomo (SNA), los impulsos homeostáticos del sueño y el ciclo sueño-vigilia; los cuales permiten la adaptación del ser humano a diferentes entornos y lo vuelve un proceso dinámico. ²

Respecto de los impulsos homeostáticos, se entienden que a mayor cantidad de horas en vigilia mayor es la necesidad de dormir y a mayor número de horas durmiendo, este perderá intensidad. Este proceso está mediado por sustancias como *la adenosina, interleucina 1, prostaglandina D2, el factor de liberación de hormona de crecimiento [GHRH], histamina y el factor de necrosis tumoral alfa [TNF- α]*. Su acumulación en el espacio extracelular del hipotálamo anterior activa las neuronas del núcleo preóptico ventrolateral, lo que provoca sueño al ser humano. ^{2,12}

Por último, el ciclo sueño-vigilia donde la necesidad de dormir depende de la hora del día. Este tiene una duración aproximada de 24 horas, es modulado por la hormona melatonina (producida por la glándula pineal) y por la cantidad de luz ambiental. ²

1.3 Trastornos del sueño

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 40% de la población mundial presenta algún tipo de trastorno del sueño. El sueño es esencial para la vida, una persona duerme una tercera parte de su vida. Desafortunadamente en la actualidad los trastornos del sueño se han vuelto una patología muy frecuente ya sea de forma aislada o asociada a otras enfermedades. Por lo tanto, cada vez aumenta el motivo de consulta por estos trastornos.^{9,12}

La primera Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño ICSD-1 se realizó en 1990 por la Asociación Americana (ASDA), Europea (ESRS), Japonesa (JSSR) y Latinoamericana (LASS). Debido a que varias patologías pueden alterar el sueño, se buscó clasificar estos trastornos como enfermedades propias y no únicamente como síntomas. En el año 2005 la clasificación de los trastornos del sueño sufre una modificación que se basan principalmente en los síntomas y posteriormente en las enfermedades, antes de este consenso la clasificación era, al contrario, primero las enfermedades y después los síntomas.^{9,13}

Sin embargo, este tema de la medicina se considera aún muy joven, debido a que sus avances clínicos, diagnósticos y terapéuticos se han producido apenas en los últimos 40 años. Por lo que aún existen varias dudas en el tema, dificultades para definir los conceptos y problemas para clasificar los diferentes trastornos.^{9,10}

En la actualidad se conocen más de 90 trastornos del sueño identificados por: síntomas, enfermedades propias del sueño y relacionados a otras patologías. Por lo que entender y dominar la clasificación es de suma importancia para brindar un adecuado tratamiento a los pacientes, sin embargo, las clasificaciones más reconocidas son las siguientes:

1.3.1 Insomnio

Éste se define como la dificultad persistente para conciliar o mantener el sueño, despertar precoz o presentar un sueño poco reparador en condiciones idóneas para el sueño. Este es el trastorno del sueño más frecuente y el motivo de consulta suele ser: extensos periodos de vigilia durante la noche o dificultad para mantener el sueño. En los pacientes pediátricos es necesario un observador debido a que esta actitud puede confundirse con rebeldía al no querer dormirse o la incapacidad de dormir solo.^{9,14}

Para su diagnóstico se evalúan molestias diurnas como: malestar general, dificultad para concentrarse, dificultad para prestar atención, falta de memoria, bajo desempeño sociolaboral, fatiga, alteraciones en el estado de ánimo y síntomas somáticos (cefalea o tensión muscular).^{14,15}

A su vez, el insomnio se divide en insomnio primario (problema propiamente) y secundario (manifestación secundaria a una enfermedad orgánica o consumo de sustancias nocivas). El insomnio secundario al pertenecer a otro proceso se puede clasificar en: insomnio agudo, insomnio psicofisiológico, insomnio paradójico, insomnio idiopático, insomnio debido a trastornos mentales, insomnio debido a una inadecuada higiene del sueño, entre otros.^{14,15}

1.3.2 Trastornos respiratorios

Los trastornos respiratorios son aquellos que se caracterizan por una alteración en el patrón de la respiración durante el sueño. En el síndrome de apnea central el movimiento respiratorio se encuentra disminuido o ausente intermitentemente a causa de una disfunción cardíaca o a nivel del sistema nervioso central (SNC). En caso de un síndrome de apnea obstructiva (SAOS) como su nombre lo indica existe una obstrucción al flujo del aire en la vía aérea, se padece de una ventilación inadecuada y por la necesidad de una respiración enérgica para superar la obstrucción no se logra un sueño reparador.¹⁶

La segunda Clasificación Internacional de los trastornos del sueño menciona otros trastornos respiratorios, aunque menos frecuentes como: Apnea central primaria, patrón respiratorio de Cheyne Stokes, SAOS, Hipoventilación alveolar central e Hipoventilación alveolar central congénita.¹⁶

1.3.3 Hipersomnias

Esta categoría se caracteriza por presentar somnolencia diurna, debido a que no existe alguna dificultad para el sueño nocturno o alteraciones en el ciclo sueño-vigilia. La SDE se define como la incapacidad de permanecer despierto y alerta durante el transcurso del día especialmente al realizar actividades monótonas y repetitivas. En donde el paciente comienza a dormir más horas, pero no consigue un sueño reparador.^{9,12}

Una de las alternativas para determinar el grado de somnolencia diurna de manera subjetiva es el Test de Epworth que se explicará más adelante. Para resultados más objetivos se puede realizar el Test de Latencias Múltiples el cual mide la latencia de entrada en sueño y la cantidad de entradas en sueño REM en cinco siestas consecutivas, en un intervalo de dos horas,

durante un día. Otra posibilidad sería realizar el Test de Mantenimiento de la vigilia (se cuantifica la latencia de sueño y entrada en REM o no en cinco intentos seguidos, intervalos de dos horas, durante un día, conservar la vigilia en situaciones que faciliten el sueño).⁶

Dentro de este trastorno del sueño se encuentran patologías como: Narcolepsia con cataplejía o síndrome de Gelineau, Hipersomnias recurrente, Hipersomnias idiopáticas con sueño prolongado, Hipersomnias idiopáticas sin sueño prolongado, Sueño insuficiente inducido por el comportamiento, entre otros.¹⁷

1.3.4 Alteraciones del ritmo circadiano

Para que exista un sueño óptimo y reparador, es de suma importancia que tanto el ritmo circadiano como el tiempo planificado para dormir coincidan. Cuando esta relación no está equilibrada se generan diferentes trastornos que afectan la calidad del sueño.⁷

En la segunda Clasificación Internacional de los Trastornos del sueño (ICSD-2) se encuentran los siguientes trastornos: síndrome de la fase del sueño retrasada, síndrome de la fase del sueño adelantada, ritmo sueño-vigilia irregular, ritmo sueño-vigilia libre, jet lag (alteración del sueño por viajes con cambio de huso horario), alteración del trabajador nocturno y alteración del ritmo circadiano debida a un proceso médico.^{7,12}

1.3.5 Parasomnias

Trastornos conductuales o comportamiento irregular durante el sueño. Estos se clasifican en tres grupos: parasomnias del despertar, parasomnias asociadas al sueño REM y otras parasomnias.¹⁸

1.3.6 Parasomnias del despertar

Este tipo de parasomnias suelen aparecer en un sueño lento y llevan un despertar parcial; suelen acompañarse de vigilia, pero la persona no presenta una conciencia plena. En este grupo se encuentran tres tipos:

1.3.6.1 Despertar confusional (borrachera del despertar): como su nombre lo indica, el paciente al momento de despertarse presenta un cuadro confusional. La conducta del paciente al momento de despertar puede ser: normal o agresiva, desorientados en tiempo y espacio,

presentan bradipsiquia y falta de atención. Estos episodios pueden durar desde un par de minutos hasta varias horas. 16.¹⁸

1.3.6.2 Trastorno del sonambulismo: se presenta como una secuencia de movimientos complejos (caminar, sentarse o mirar alrededor de forma desorientada) durante la fase de sueño profundo (primera mitad del tiempo de sueño). Debido a que ocurre durante la fase de sueño profundo resulta difícil despertarlos. Cuando estos pacientes despiertan padecen de amnesia de lo sucedido. Este es más frecuente durante la infancia y tiende a resolverse con la edad.¹⁸

1.3.6.3 Terrores nocturnos: estos se producen durante la fase de sueño profundo, el paciente presenta: episodios de llanto y gritos, facie de miedo o terror intenso, taquicardia, taquipnea, diaforesis, entre otros. La persona permanece dormida profundamente sin respuesta a estímulos externos. Al despertar se encuentra confundida sin poder recordar lo acontecido.¹⁸

1.3.7 Parasomnias asociadas al sueño REM

Este tipo de parasomnias, también llamado de vigilia-sueño, son las más frecuentes y en su mayoría de casos no se consideran patológicas, la más común de ellas son las pesadillas. Sin embargo, hay otras más infrecuentes que se presentan como una enfermedad o asociada a otra entidad. Dentro de esta categoría se encuentran:

1.3.7.1 Trastornos de conducta del sueño REM: se caracteriza por un comportamiento irregular durante la fase de sueño REM. El paciente suele ejecutar movimientos violentos (patadas o puñetazo) o gestos menos agresivos como reír, gritar o diversas gesticulaciones. Este despierta de forma súbita y refiere un sueño muy real. Suele afectar especialmente a varones mayores de 50 años. Para su diagnóstico se realiza un registro polisomnográfico con electromiografía para demostrar la falta de atonía permanente en la fase REM y el aumento de las fases 3 y 4 del sueño no REM. ^{7,18}

1.3.7.2 Parálisis del sueño aislada: se presenta como la incapacidad de hablar o realizar movimientos voluntarios por la pérdida total del tono muscular. Estos episodios se presentan al inicio de las fases de sueño REM o en el cambio de sueño a vigilia. Tiene una duración de segundos inclusive minutos, los primeros episodios pueden generar ansiedad incluso también alucinaciones.⁷

1.3.7.3 Las pesadillas: estas tienen lugar durante la fase REM del sueño, predominan durante la segunda mitad de la noche y el paciente suele recordarlas. Estas suelen ser

desagradables hasta el punto de despertar sensaciones de miedo. Suele ser más frecuente durante la infancia y presentarse de forma ocasional en la adultez.¹⁸

1.3.7.4 Otras parasomnias: se pueden mencionar: enuresis, catatrenia, quejido nocturno, síndrome de explosión cefálica, alucinaciones del sueño, etc.¹⁸

1.3.8 Movimientos anormales relacionados con el sueño

Estas patologías consistentes en movimientos anormales durante el ciclo del sueño, se describen en la segunda clasificación internacional de los trastornos del sueño, siendo éstas las siguientes:

1.3.8.1 Síndrome de piernas inquietas

Esta consiste en la necesidad de mantener en movimiento los miembros inferiores, por lo general se asocia a parestesias, las cuales empeoran al poner en reposo las piernas. La sintomatología de este trastorno es de predominio nocturno y suele mermar por las mañanas. En los últimos estudios que se han realizado al respecto, se da a conocer que tiene como factor etiológico enfermedades como diabetes y enfermedad de Parkinson.^{9,19}

1.3.8.2 Movimientos periódicos de las piernas

Son movimientos involuntarios, bruscos y secuenciados de las piernas que suceden en la fase 1 y 2 del sueño, pero pueden extenderse durante todo el ciclo del sueño, como consecuencia de dicho problema el paciente despierta de forma súbita. El movimiento en la mayoría de los casos consta de extensión del primer artejo del pie.^{19,20}

1.3.8.3 Calambres nocturnos

El calambre es la contracción muscular dolorosa con mayor prevalencia en los miembros inferiores, la duración de los mismos no está establecida, toda vez que pueden durar desde segundos a minutos.^{9,19}

1.3.8.4 Bruxismo

Es la contracción involuntaria y fuerte de músculos del área facial localizada principalmente en los músculos maseteros, pterigoideos internos y temporales; dicha contracción causa un cierre abrupto, fuerte y continuo de la mandíbula. Tal padecimiento ocasiona cefalea y

dolor en el área mandibular. El bruxismo es más común en la infancia, aunque en ocasiones de estrés también puede manifestarse en adultos.^{19, 20}

1.3.8.5 Movimientos rítmicos durante el sueño

Se manifiesta como una serie de movimientos sincronizados repetitivos de alguna parte del cuerpo, generalmente ocurre en la parte superior del mismo. Estos suelen manifestarse como balanceo de la cabeza o sonidos guturales.^{19,20}

1.3.9 Síntomas Aislados

Los pacientes con síntomas aislados presentan por lo general una elevada o baja tendencia al sueño. Asimismo, los que presentan una elevada tendencia al sueño, refieren presentar somnolencia si no han cumplido con más de 10 horas de sueño al día.²¹

1.3.9.1 Ronquido

Consiste en un sonido respiratorio de la vía aérea superior en la fase de inspiración. El cual es un síntoma de gran prevalencia y no produce síntomas de somnolencia.²¹

1.3.9.2 Somniloquios

Se manifiesta como un hablar o gesticular palabras inconclusas e incoherentes durante el sueño, por lo general las palabras no tienen como producto frases u oraciones; estas consisten en palabras aisladas, que reflejan pensamientos o sueños.²¹

1.3.9.3 Miclonias del sueño

Son contracciones simultáneas de alguna parte del cuerpo al inicio del sueño, las cuales no son rítmicas ni simétricas.²¹

1.4 Clasificaciones de los trastornos del sueño

A principios de los años 90 las asociaciones Americana, Japonesa, Europea y Latinoamericana vieron la necesidad de ordenar en clases las patologías del sueño por lo que en 1990 se crea la primera Clasificación Internacional del Sueño de Trastornos del Sueño. A continuación, se describen los cambios que esta clasificación ha experimentado a través del tiempo.^{9,13}

1.4.1 Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 9

International Classification of Diseases, Ninth Revision, por sus siglas en inglés ICD-9, en esta clasificación los trastornos del sueño fueron enumerados y agrupados en distintos apartados. Los códigos de esta clasificación sirvieron de base a una nueva clasificación, la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño ICSD-1, propuesta en 1990.^{6,9}

1.4.2 Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

International Classification of Diseases, Tenth Revision, o por sus siglas en inglés ICD-10. En esta clasificación se le presta más interés a los trastornos del sueño, pues ya cuenta con un apartado para estos trastornos (G47), entre los que se encuentran el insomnio, la hipersomnia, la alteración del ritmo sueño-vigilia, la apnea del sueño, la narcolepsia y la cataplejía, el síndrome de Kleine-Levin y trastornos del sueño no especificados. En el apartado F-51 incorporaron los trastornos del sueño no orgánicos (insomnio, hipersomnia, alteraciones del ritmo sueño-vigilia, sonambulismo, terrores nocturnos y pesadillas) además de alteraciones del sueño emocionales.^{6,9}

1.4.3 Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño - 1

International Classification of Sleep Disorders, first edition, o por sus siglas en inglés ICSD-1. Esta clasificación fue propuesta en 1990 y revisada en el año 1997 por la Asociación Americana de Trastornos del Sueño (ASDA), Asociación Europea de Investigación en Sueño (ESRS), la Sociedad Latinoamericana de Sueño (LASS) y la Sociedad Japonesa de Investigación en Sueño (JSSR). Esta se comprende en tres ejes: el primero es acerca del diagnóstico del proceso, el segundo es de procedimientos diagnósticos y el tercero, es acerca de las enfermedades médicas y psiquiátricas asociadas. Esta clasificación consistía en asignar un código de letras y números (como lo era en la clasificación ICD-9).^{6,9}

1.4.4 Clasificación de los trastornos de sueño - 2.

International Classification of Sleep Disorders, second edition o por sus siglas en inglés ICSD-2. Esta es una clasificación propuesta en el año 2005. Dicha clasificación no se basa en técnicas diagnósticas, sino que en enfermedades del sueño. Aun así, la descripción de los trastornos del sueño es extensa, esto es debido a que se incluye datos como: nombres, características esenciales y adicionales, factores precipitantes y predisponentes, demografía, patrón familiar, hallazgos, fisiopatología, criterios diagnósticos, subtipos, datos no resueltos y

direcciones futuras, diagnóstico diferencial y bibliografía. Por lo que algunos autores consideran esta clasificación un libro de referencia.

La ICSD-2 tiene como objetivo presentar una clasificación ordenada, racional y legítima, basándose en una descripción clínica y científica, su principal diferencia es que no se utilizan ejes como en ICSD-1, de igual manera no aconseja el uso de la palabra disomnia, ya que en esta clasificación se considera no adecuada para describir un síntoma, el cual consiste en una combinación de estos.^{6,9}

1.5 Somnolencia diurna excesiva

La SDE es un trastorno del sueño que se clasifica como una hipersomnia ya que no se debe a cambios en el ritmo circadiano ni a problemas para conciliar el sueño y se define como la incapacidad para mantenerse despierto y alerta durante la mayoría de las situaciones del día generalmente en actividades monótonas de predominio pasivas según la clasificación de los trastornos del sueño ICSD-2.^{10,22}

Se debe principalmente a la privación del sueño prolongando, desequilibrando la relación con el ritmo circadiano, generando un déficit de sueño acumulado.¹² Aunque también se puede presentar como efecto secundario de algunos medicamentos, síntomas de otras patologías. En la actualidad su diagnóstico y tratamiento está tomando mucha relevancia debido a que afecta negativamente en el ámbito laboral; generando un mayor número de accidentes laborales.¹¹ Para su correcto diagnóstico clínico el paciente debe presentar este cuadro al menos durante tres meses.^{22,23}

1.6 Evaluación de la Somnolencia

Debido al impacto que el trastorno de SDE está generando en la población fue necesario implementar métodos para su evaluación. En la actualidad se cuenta con tres métodos: mediciones del comportamiento, autoevaluación de la somnolencia utilizando escalas y para resultados más objetivos, mediciones directas electrofisiológicas (Test de latencias múltiples).

^{23,24}

1.6.1 Mediciones del comportamiento.

Son herramientas evaluables que debe manejar el profesional de la salud, las cuales son observables y caracterizan al paciente en cuanto a su facie, actitud y dinamismo en su actuar. Dentro de las herramientas se incluyen los test y las escalas. Esto con la finalidad de conocer el grado de somnolencia que presenta el paciente.^{24,25}

1.6.1.1 Observación del comportamiento: se analizan aspectos del comportamiento del paciente como bostezos, actividad óculo motora (frecuencia de pestañeo), movimientos de cabeza y gesticulaciones.²⁴

1.6.1.2 Test de funcionamiento: Se evalúa el desempeño del paciente en diferentes tareas, para ellos se utilizan test como el de tiempo de reacción (más popular). Aunque existen gran variedad de pruebas como la de vigilancia psicomotora o simuladores de manejo.²⁴

1.6.2 Auto-evaluación mediante escalas: Tienden a ser subjetivos pero debido a su simplicidad y fácil acceso continúan siendo una gran herramienta. Estas escalas se dividen en dos categorías: las que evalúan el nivel de somnolencia aguda y la otra que la evalúa globalmente.^{22,24}

1.6.2.1 Nivel de somnolencia aguda: escala de somnolencia de Karolinska, escalas visuales análogas y escala de somnolencia de Stanford

1.6.2.2 Nivel de somnolencia global: Inventario de actividad vigilia sueño y la escala de somnolencia de Epworth (ESE).

1.6.3 Test neurofisiológicos

Para ser más objetivos en el diagnóstico de SDE es utilizado el Test de latencias múltiples del sueño (TLMS) y Test de mantenimiento de la vigilia diseñados, sin embargo, en la actualidad se cuenta con: polisomnografía, pupilometría y potenciales cerebrales evocados.

Para el diagnóstico de somnolencia diurna excesiva el TLMS se ha considerado el Gold Standard pero se tiene la desventaja que se necesita un equipo especializado y muy sofisticado, por lo que este examen requiere mucho tiempo y no se encuentra al acceso de toda la población.

^{21,25}

1.7 Escalas de Somnolencia

Esta consiste en cuestionarios estandarizados y diseñados para evaluar la somnolencia de forma subjetiva. Entre sus ventajas se puede mencionar que es accesible a la mayor parte de la población debido a que es fácil de aplicar y muy económico. Debido a su subjetividad esta puede presentar falsificación de la información o sesgos de memoria.^{25,26}

La escala más utilizada es la denominada Escala de somnolencia de Epworth (ESE), desarrollada en 1991. Esta consiste en 8 situaciones de la vida cotidiana, donde el paciente determina la probabilidad de quedarse dormido al estar en dichas situaciones.²⁷

Otra alternativa es la escala de Somnolencia de Stanford que mide la somnolencia en un tiempo específico con frecuencia utilizada en varias ocasiones en un día. Al igual que la escala de Epworth esta consiste en ocho alternativas, en donde el paciente las califica desde estar alerta y activo hasta el casi no poder permanecer despierto.^{27,28}

1.8 Somnolencia diurna excesiva en Latinoamérica.

Los trastornos del sueño son patologías muy frecuentes en la población, razón por la cual han sido estudiados de forma exhaustiva de manera principal en la población occidental, sin embargo, su diferencia clínica y su prevalencia no son tan conocidas dentro de la población americana.²⁷

1.8.1 Caracterización de la población.

En 1856, el filósofo chileno Francisco Bilbao en una conferencia en París utilizó por primera vez el término América Latina para referirse a México, América Central, Sudamérica.

América Latina o Latinoamérica es considerada a nivel mundial la región con mayor diversidad étnica, compuesta principalmente por cuatro grupos predominantes (amerindios, criollos europeos, mestizos y afroamericanos) la cual varía según cada lugar en particular, en donde también se presentan una amplia combinación de estos grupos étnicos.²⁹⁻³⁰

Los latinoamericanos representan aproximadamente el 8% de la población mundial y se estima que esta proporción seguirá sin cambios significativos los próximos 50 años, ya que en Asia y África hay un aumento de población exponencial.³⁰

1.8.2 Consideraciones generales de salud poblacional

En el año 2010, se estimó que se encontraban 43 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso. La prevalencia de obesidad en latinos es alta y se encuentra en aumento. La población mexicana y de América central exhiben una prevalencia de obesidad de 39.3% mayor a la del resto de Latinoamérica (37.9%) y a la de población blanca (32.6%). Este aumento en la prevalencia de obesidad se debe principalmente a que las personas han adoptado un estilo de vida sedentario y no cuentan con una dieta balanceada.³¹

1.8.3 Hábitos y horas de sueño

En las recomendaciones de la Fundación Nacional del Sueño de Estados Unidos (NSF) se establece que las personas adultas deben dormir un tiempo de siete y nueve horas diarias. Sin embargo, en Latinoamérica los hábitos de sueño se han modificado de manera significativa a medida que los países se han ido desarrollando.

En una encuesta realizada en las ciudades de México, Buenos Aires y San Pablo, a 1,776 personas de edades comprendidas de 18 años a 70 años, se evidenció que estos individuos tienen un promedio de 5.8 horas de sueño/día, lo cual es considerablemente bajo en relación con el promedio deseado (8.2 horas/día). Entre las causas de estos resultados, las personas encuestadas admitieron utilizar en promedio tres horas de sueño por noche en asuntos de poco interés. De igual manera, dos terceras partes de los encuestados afirmaron presentar algún problema para dormir; y se evidenció en este estudio, que el género femenino y los adultos representaron la población más afectada.²⁹⁻³⁰

1.8.4 Somnolencia diurna excesiva en la población latinoamericana

Se estima que aproximadamente el 20%, de la población adulta en Latinoamérica padecen esta patología, con una misma prevalencia que la población caucásica (24%), pero menor a la afroamericana (32%); las causas de SDE son muy variadas, entre ellas encontramos el Síndrome de apnea e Hipopnea del Sueño (SAHS), efecto secundario de algunos medicamentos y como síntomas asociados a otras patologías como los causales principales.³⁰⁻

³¹

1.9 Diagnostico

El personal de salud a través de la anamnesis, el examen físico y las pruebas de laboratorio, debe evaluar a los pacientes e identificar el riesgo de padecer SDE, como consecuencia de una enfermedad física o psicológica. Se debe interrogar sobre todas las medicaciones de venta bajo receta o de venta libre y abuso de drogas; se debe indagar acerca de la privación de sueño el cual se presenta con más frecuencia en los adolescentes y trabajadores que cumplen con turnos rotativos provocando la disrupción del ciclo de sueño-vigilia.¹

La información proporcionada por el paciente o por su acompañante, si lo hay, nos puede proporcionar información que nos oriente acerca de si el paciente presenta AOS, la cual puede aparecer en personas que no son obesas o que no tienen enfermedades concomitantes frecuentes, como hipertensión, diabetes o enfermedad coronaria, entre otras. Regularmente resulta necesaria la polisomnografía nocturna para confirmar el diagnóstico de AOS y asimismo, para determinar los niveles de presión apropiados para el tratamiento con presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) o un sistema similar.^{28,32}

Si la AOS no se confirma por polisomnografía en el paciente con somnolencia diurna excesiva, es necesario continuar la investigación para lograr cuantificar el nivel de SDE y evaluar para el posible diagnóstico de narcolepsia.

El personal de salud puede apoyarse en la escala de somnolencia Epworth, el cual es un test rápido y accesible que nos permite a través de una valoración saber si el paciente presenta este trastorno del sueño.³³⁻³⁴

1.9.1 Cuantificación de la somnolencia diurna

La evaluación subjetiva de los síntomas con aplicación de los cuestionarios y la clínica no reflejen con exactitud el grado de SDE; los efectos de la SDE se pueden determinar mediante el uso pruebas que evalúan la destreza del paciente al realiza tareas complejas, como conducir vehículos. Sin embargo, estas pruebas son susceptibles a otras influencias, como la motivación o la distracción.^{33,34}

La Multiple Sleep Latency Test (MSLT) y la Maintenance of Wakefulness Test (MWT) constituyen las pruebas más conocidas para determinar las variaciones psicológicas en la SDE. Debido a que los dos estudios requieren de polisomnografía modificada para evaluar el tiempo

de latencia hasta que el paciente se duerme; es necesario realizar la polisomnografía nocturna antes del MSLT o el MWT para el diagnóstico de algunos trastornos en el patrón de sueño y comprobar la existencia de AOS significativa. Así mismo, el MWT se puede emplear para evaluar las mejorías en el rendimiento después del tratamiento en personas con somnolencia diurna excesiva que podrían ser peligrosas para sí mismas y para otros (como los conductores profesionales y los pilotos de aviación).^{32,34}

1.9.2 Escala de somnolencia de Epworth

Ésta fue desarrollada por el Doctor Johns Epworth en 1991, dicha escala consta de ocho apartados, los cuales deben ser puntuados de 0 a 3 el grado de somnolencia en diversas situaciones cotidianas por parte del paciente. En la actualidad es la escala más utilizada para evaluar somnolencia diurna excesiva; la puntuación menor a 10, se clasifica como normal, mientras que punteos superiores a 12 se considera patológico. Esta presenta una especificidad entre el 82 y 85%, una sensibilidad del 60% y con una validez interna de 70%.^{27,28}

1.9.2.1 Instrumento de evaluación

Escala auto administrada en donde el evaluador debe explicar al paciente de forma clara y precisa como responder las preguntas, posteriormente este último debe de rellenar el formulario.^{27,28}

Situaciones de evaluación de la Escala de somnolencia de Epworth (E.S.E)

- Sentado leyendo: primera situación cotidiana que califica la (E.S.E) en donde se considera la posibilidad de quedarse dormido mientras el paciente adquiere una postura sentada y empieza a leer.
- Viendo televisión: segunda situación que evalúa la escala, esta situación monótona que no necesita mucha concentración puede generar sueño.
- Sentado en el carro parqueado por poco tiempo: tercera situación de la escala en donde está en una posición cómoda y realizando una tarea tediosa que requiere poca concentración. Por lo que puede aumentar el deseo de dormir.

- Sentado (en el teatro, en una reunión, en el cine, una conferencia, escuchando la misa): cuarta situación de la escala en donde se adquiere una posición cómoda debido a la naturaleza de la actividad esta puede ser tediosa incrementando la probabilidad de presentar somnolencia.
- Como pasajero en el automóvil ómnibus: quinta situación de la escala que califica la posibilidad de quedarse dormido mientras se viaja como pasajero debido a que es una actividad pasiva y no requiere concentración puede generar sueño.
- Recostado en la tarde si las circunstancias lo permiten: sexta situación que como el nombre lo indica evalúa la posibilidad de quedarse dormido mientras está inclinándose y apoyando la cabeza en algún lugar.
- Sentado conversando con alguien: séptima situación que califica la posibilidad de quedarse dormido mientras se conversa, siempre en la posición sentado.
- Sentado luego del almuerzo y sin haber bebido alcohol: octava y última situación determina la posibilidad de quedarse dormido cuando el paciente se encuentra sentado después del almuerzo y sin haber consumido alcohol. ^{27,28}

1.9.2.2 Niveles de Calificación de la Escala de Somnolencia de Epworth

- Sin Somnolencia: Con una calificación de 0 a 6 puntos se determina sin somnolencia. Entonces se le explica al paciente que se encuentra en el estado normal de vigilia.
- Somnolencia Leve: Cuando la calificación es de 7 a 13 el paciente presenta somnolencia leve. Los síntomas son mínimos y afectan de manera insignificante la calidad de vida de los pacientes. Estos solo se ven agravados al consumir sustancias como café, alcohol o uso de ciertos medicamentos.
- Somnolencia Moderada: Con una calificación de 14 a 19 se establece el grado de somnolencia moderada. En este grado los pacientes también pueden referir la imposibilidad de conservar los ojos abiertos. Entre las consecuencias se pueden mencionar letargo, falta de agilidad mental y debilidad muscular.

- Somnolencia Grave: Con 20 puntos o más se considera que el paciente presenta somnolencia grave. En este estado existe la incapacidad de mantenerse alerta a lo largo de grandes intervalos de tiempo durante el día, lo que genera episodios de somnolencia diurna o sueño en los últimos tres meses. Este trastorno se presenta frecuentemente en pacientes psiquiátricos que padecen de depresión, trastorno afectivo estacional, esquizofrenia, entre otros.^{27,28}

1.10 Tratamiento

Es muy importante tratar la causa subyacente de la SDE. La apnea obstructiva del sueño es la causa más peligrosa y fisiológicamente perjudicial de la SDE, el tratamiento con CPAP durante el sueño mejora los síntomas de somnolencia para la mayoría de los pacientes.^{32,35}

Considerándose al modafinilo como el fármaco activante de primera línea para la SDE, éste está indicado para el tratamiento de la somnolencia persistente asociada con AOS en pacientes que se encuentran en tratamiento con CPAP y para trabajadores en turnos rotatorios que padezcan trastornos del sueño. Siendo el modafinilo farmacológicamente diferente de las anfetaminas, lo que genera menos posibilidad de adicción. Otros medicamentos que se deben administrar con cautela son las anfetaminas, (metilfedinato y la pemolina); siendo incorrecto administrar agentes activantes para pacientes con AOS no tratada. Aunque la somnolencia puede mejorar con estos fármacos, el paciente sigue en riesgo por las consecuencias fisiopatológicas de la AOS no tratada.³⁶⁻³⁸

Dentro de los tratamientos no farmacológicos podemos mencionar una adecuada dieta y rutina de ejercicios apropiados al paciente, evitar estimulantes antes de ir a dormir, asegurar el ambiente cómodo de sueño y retirarse al dormitorio a una hora determinada todas las noches.³⁷

CAPÍTULO 2: PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA EN PACIENTES CON COMORBILIDADES CRÓNICAS

Sumario

- Historia Clínica.
- Somnolencia diurna excesiva asociada a otras patologías.
- Trastornos del sueño relacionados con somnolencia diurna excesiva.
- Manejo de los trastornos del sueño.

En el presente capítulo se dan a conocer los síntomas asociados más frecuentes a somnolencia diurna excesiva y los puntos más importantes para su abordaje durante la evaluación clínica del individuo, haciendo énfasis en aquellas patologías que deben ser consideradas como diagnósticos diferenciales al compartir la sintomatología de la SDE durante la presentación del cuadro clínico, finalmente, se abordan algunas recomendaciones para el manejo adecuado y la prevención de los diferentes trastornos del sueño.

2.1 Historia Clínica

Por la complejidad de este trastorno, la evaluación clínica de los pacientes con SDE puede resultar difícil, por lo general, debido a que el paciente regularmente no refiere el sueño excesivo como un síntoma principal sino como estados prolongados de fatiga o distintos niveles de malestar general, pérdida de la memoria o dificultad para la atención o la concentración, cansancio, estados de letargia, cambios en el rendimiento laboral y social (o incluso escolar si se trata de un paciente pediátrico), alteración en el ánimo o el carácter de la persona, síntomas somáticos como la cefalea o la tensión muscular, preocupaciones, obsesiones e incluso miedos relacionados al sueño.³⁹

Es importante poder identificar aquellos síntomas crónicos de los que no lo son, así como la posibilidad que tienen algunos síntomas de desaparecer con la realización de pequeños cambios en los estilos de vida, por ejemplo, el paciente que tiene el hábito de desvelarse por las noches puede llegar a presentar SDE, la cual puede desaparecer casi inmediatamente cuando se aumentan las horas de sueño durante la noche. En cambio, existen pacientes en quienes los

síntomas son persistentes y no responden a los cambios en los hábitos de sueño, incluso cuando este se ve aumentado en el número de horas de descanso.⁴⁰

Una forma de categorizar la gravedad de la SDE es mediante la identificación de las situaciones en las que la persona tiende a quedarse dormida, el Instituto Nacional de Psiquiatría de México describe la gravedad de la SDE de acuerdo a tres niveles: el primer nivel conocido como Leve es cuando la persona presenta episodios de sueño cuando se encuentra en estado de sedentarismo, inactividad, o poca actividad como al leer o ver televisión; El segundo nivel, descrito como Moderado, se refiere cuando el individuo tiene la tendencia a quedarse dormido cuando se encuentra en actividades que demandan cierto nivel de atención como las reuniones sociales o de trabajo; Por último, se encuentra el nivel llamado Tumba, en donde el individuo puede llegar a quedarse dormido en actividades altamente demandantes y activas, por ejemplo al conducir un vehículo, esto guarda relación con el historial de accidentes y que debe ser indagado durante la evaluación clínica.³⁹⁻⁴¹

Los pacientes que presentan SDE pueden ver afectadas de forma negativa sus actividades diarias como el rendimiento familiar, social y laboral.

2.2 Somnolencia diurna excesiva asociada a otras patologías.

Con el avance de la edad, la persona tiende a desarrollar cada vez más enfermedades degenerativas de origen neurológico. Los trastornos del sueño constituyen una patología muy frecuente en las personas de edad avanzada y que suele ser ignorada, no obstante, la identificación de este problema de salud es de suma importancia debido a la posibilidad de dificultar el manejo adecuado de otras morbilidades presentes en el mismo individuo.⁴²

Resulta muy complejo efectuar la evaluación clínica de los síntomas asociados a la SDE debido a la asociación de estos con otras enfermedades de base que fueron anteriormente diagnosticadas, incluso cuando este trastorno del sueño aparece como única patología, resulta complicada su evaluación. Debe prestarse especial atención a la historia del sueño, al historial psiquiátrico y al historial no psiquiátrico, a los hábitos sociales, principalmente los de carácter familiar que pueden aportar información importante sobre patologías que podrían estar asociadas a la molestia principal, la pérdida de la conciliación de un sueño profundo. Por tanto, es importante que el personal de salud pueda contar con una guía que le permita orientar el interrogatorio, la evaluación física y que le permita un análisis más eficiente y acertado hacia la enfermedad que aqueja al paciente.⁴²

De ser necesario, el médico debe apoyarse con exámenes de laboratorio y estudios especiales que le permitan un análisis más completo para el establecimiento de un mejor diagnóstico para brindar un tratamiento más adecuado que represente un mejor pronóstico para el paciente.⁴²

2.3 Trastornos del sueño relacionados con somnolencia diurna excesiva

Dentro de la literatura médica se han clasificado a las causas de SDE en primarias y secundarias.

Las somnolencias primarias se refieren a las que no son causadas por ninguna afectación física o mental conocida. Dentro de las causas primarias, también llamadas de origen central, tienden a presentarse con mayor frecuencia en personas que padecen SDE, se menciona la narcolepsia, la hipersomnia idiopática y algunas otras hipersomnias muy poco frecuentes como el síndrome Kleine – Levin.^{42,43}

Por su parte, la somnolencia secundaria se refiere a la causada por alguna afección física o mental previamente identificada, las causas de origen secundario pueden dividirse en dos grupos: el primero denominado trastornos relacionados o que suceden durante el sueño, de los cuales podemos mencionar los trastornos respiratorios como el síndrome de apneas – hipopeas del sueño (SAHS) y aquellos hábitos que pueden privar el sueño como las jornadas nocturnas de trabajo o incluso las alteraciones del ciclo circadiano; el segundo grupo se encarga de agrupar aquellas condiciones médicas, o traumas tales como encefalitis o enfermedades neurodegenerativas o estados depresivos que pueden perturbar la capacidad de conciliar un sueño profundo, en este grupo también se incluyen los efectos secundarios de algunos medicamentos como las benzodiazepinas.^{43,44}

La SDE es un síntoma que comparten diversas patologías como se podrá presentar a continuación:

2.3.1 Narcolepsia

Es un trastorno en el control neuronal de sueño y vigilia, el síntoma principal de este trastorno es el ataque de sueño y el acompañamiento de la pérdida repentina del tono muscular, frecuentemente causado por emociones intensas como la felicidad o el enojo, un estado conocido como cataplexia, permite la clasificación en los subtipos 1 y 2.^{12,45}

La sintomatología principal puede estar acompañada de otros síntomas como: el sueño fragmentado, la parálisis del sueño, alucinaciones de tipo hipnagógicas e hipnóticas entre otros. Es un trastorno cuya mayor incidencia se presenta en personas comprendidas entre los 15 años y 30 años de edad.^{7,45}

El individuo suele hacer referencia a un ataque de sueño como la necesidad intensa por dormir no importando las circunstancias, por ejemplo, al conducir un vehículo, presenciando reuniones sociales o conferencias, durante una conversación e incluso durante el coito. Situaciones monótonas o que causen poco interés personal puede aumentar la probabilidad de presentar un episodio de ataque de sueño.¹⁹

Los ataques de sueño pueden tener una duración desde 5 minutos hasta 30 minutos y su frecuencia varía desde presentarse de forma esporádica durante semanas o meses hasta llegar a presentar varios episodios durante un mismo día.⁴⁵

2.3.2 Cataplejía

La cataplejía es un trastorno que se presenta como debilidad muscular transitoria, generalmente ocasionada, al igual que la narcolepsia de tipo 1 por una emoción fuerte, suele iniciar con los músculos del rostro y sigue con dirección descendente hasta llegar a afectar los músculos del tronco y las extremidades, provocando el colapso del cuerpo y su caída al suelo.⁴⁵

Su principal síntoma asociado es la somnolencia, la cual está presente desde el inicio de los síntomas, pero en algunos casos puede llegar a presentarse varios años después, por tanto, es importante la cronología de los síntomas para la diferenciación de este trastorno de otros similares. La duración puede ser de tan solo unos pocos segundos llegando incluso a más de dos minutos, dependiendo de la intensidad de la emoción que causo el episodio.^{43,45} Durante la duración de estos episodios, se conserva la consciencia, constituyendo ello un dato importante; por otra parte, los reflejos tendinosos profundos se ven afectados, llegando a desaparecer por completo, lo cual puede ayudar a su diagnóstico, siempre que se pueda estar presente para la evaluación durante un episodio de cataplejía.⁴⁵

2.3.4 Síndrome de apnea obstructiva del sueño

El SAOS se caracteriza por la presencia de múltiples episodios de obstrucción respiratoria debido a la relajación intermitente de los músculos posteriores de la garganta que pueden llegar a ocluir las vías respiratorias por 10 segundos o más durante el sueño, durante este periodo se

puede reducir los niveles de oxígeno en la sangre y se incrementan los niveles de dióxido de carbono que el cerebro percibe como falta de oxígeno y causa un despertar corto que permita la reapertura de la vía respiratoria, este periodo regularmente es tan corto que rara vez se recuerda al día siguiente.³⁶

El despertar nocturno recurrente asociado a este trastorno imposibilita la conciliación de un sueño profundo que favorezca el descanso reparador, y causa el desarrollo de somnolencia diurna severa acompañado de cansancio e irritabilidad.⁴⁶

Los síntomas asociados más frecuentes son: ronquidos, tos, despertar por una repentina sensación de asfixia, diaforesis, sueño fragmentado y los característicos episodios de apnea durante el sueño los cuales en su mayoría son referidos por el compañero de cama, solamente una pequeña proporción refieren haber notado ellos mismos la falta de respiración durante la noche.^{36,47}

Durante el día pueden referir síntomas como: fatiga, cefalea matutina, boca seca generalmente asociado a los ronquidos al permanecer la boca abierta por mucho tiempo y la somnolencia diurna excesiva.³⁶

Existen varios factores asociados a esta patología como la diabetes, hipertensión, tabaquismo, siendo el principal factor de riesgo para el desarrollo de este trastorno la obesidad, estando presente hasta en un 70% de los pacientes que presentan SAOS.⁸

2.3.5 Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia

En este trastorno la SDE se desarrolla debido a la necesidad del individuo de permanecer despierto durante una fase de su ciclo circadiano en el cual se encuentran acostumbrados a conciliar el sueño.^{15,16}

Las jornadas de trabajo con horarios alternantes al igual que los cambios de horario al viajar, pueden causar la desincronización del ritmo circadiano en relación con las actividades rutinarias, provocando el desarrollo de SDE.¹⁶

El cuerpo humano tiene la capacidad de re sincronizar el ciclo circadiano, sin embargo, este proceso es lento y puede necesitar hasta varios días, se estima que el ciclo circadiano endógeno puede reajustarse un promedio de una hora a una hora y media por cada ciclo de 24 horas. Esto puede resultar particularmente difícil en aquellas personas que acostumbran a viajar grandes distancias con bastante frecuencia, de igual forma trabajadores de la salud o el personal

de seguridad que acostumbran a laborar bajo turnos rotatorios pueden desarrollar problemas de somnolencia debido a la incapacidad de alcanzar un ciclo circadiano estable, predisponiéndolos a una menor productividad y mayor incidencia de accidentes laborales y desarrollo de enfermedades.^{16, 42}

2.3.5 Trastornos del movimiento (síndrome de piernas inquietas, trastorno de movimiento periódico de las extremidades)

Los pacientes que presentan este trastorno padecen de movimientos leves pero involuntarios de las extremidades inferiores y en menor frecuencias de las extremidades superiores, es un trastorno que se describe como episodios periódicos y repetitivos durante el sueño, pueden presentarse en las piernas acompañado con flexión de tobillo, rodilla e incluso cadera.²⁰

No representan la causa principal de la SDE y pueden referir síntomas asociados como: falta de energía, cansancio y fatiga durante el día. Siempre es importante indagar y descartar una causa medica asociada a los movimientos involuntarios.^{20,42}

2.3.6 Síndrome de Kleine-Levin

Este trastorno conocido también como el síndrome de la bella durmiente, se caracteriza por periodos recurrentes de hipersomnia recidivantes-remitentes acompañado de trastornos cognitivos y de conducta, que puede causar periodos de sueño prolongados, los cuales pueden durar hasta 18 horas diarias, asociado a la SDE podemos encontrar también hipofagia y agresividad. Los episodios de hipersomnia se presentan de forma alternada con periodos asintomáticos de semanas e incluso meses.⁴³

Se deben descartar patologías asociadas como lesiones cerebrales, pero en la mayoría de los casos se considera un trastorno con origen idiopático.⁴³

2.3.7 Hipersomnia relacionada con el ciclo menstrual

Este trastorno guarda estrecha relación con el síndrome premenstrual, los cuales comparten la característica de presentarse algunos días antes del inicio del ciclo menstrual y aunque no se tiene conocimiento de su causa especifica se ha tomado en cuenta las variaciones

hormonales, la alteración en la temperatura corporal entre otros cambios que suceden previo a la menstruación como causa de su desarrollo.⁴⁸

Algunas mujeres pueden referir exceso de sueño durante el periodo menstrual, en contraste hay mujeres que refieren insomnio con el subsiguiente desarrollo de somnolencia durante el día.^{48,49}

2.4 Manejo de los trastornos del sueño.

Los trastornos del sueño son más frecuentes en la sociedad de lo que se cree, solamente el 60% de la población logra alcanzar un estado de sueño profundo que les permite un descanso reparador, y el otro 40% alcanza un sueño regular o de menor calidad.^{9,21}

Cerca del 10% a 15% de la población tiene la probabilidad de desarrollar algún trastorno del sueño si sufre de comorbilidades, tensión situacional, vejez o se encuentra bajo tratamiento de múltiples fármacos.⁹

El manejo de los trastornos del sueño es una combinación entre los hábitos y estilos de vida y el uso de farmacología complementaria que debe estar bajo supervisión médica.²¹

2.4.1 Medidas de higiene del sueño:

Las conductas de sueño han cambiado en la sociedad moderna industrializada, el acceso a luz artificial ha permitido el aumento de las horas de productividad durante el día, las cuales se han dedicado para actividades familiares, laborales y de ocio, esto ha dado como resultado una disminución en el tiempo total de sueño y en la calidad misma de las horas dedicadas al descanso.⁵⁰

La pérdida repetida de pequeñas horas de sueño se manifiesta globalmente como privación crónica del sueño, con el consecuente desarrollo de tendencia a quedarse dormido y la subsecuente disminución de la productividad y el rendimiento psicomotor, estas alteraciones en su mayoría suelen ser irrelevantes, no obstante, es un pequeño pero creciente porcentaje de la población se desarrollan problemas de salud importantes.^{50,51}

La fundación nacional del sueño recomienda algunas actividades para mejorar la calidad del sueño, dentro de las cuales se menciona procurar un ambiente agradable al sueño, esto se refiere a los niveles de luz, ruido, temperatura y ventilación a las que estamos expuestos al dormir y que influyen de manera positiva o negativa en la calidad del sueño; realizar actividades al aire

libre como la caminata con una antelación de al menos tres horas antes de dormir. Se ha constatado que el ejercicio leve o moderado de forma recurrente puede mejorar la calidad del sueño. Se debe disminuir la ingesta de líquidos por la tarde especialmente aquellas que contengan cafeína o algún estimulante que retrase la conciliación del sueño. Evitar cenas abundantes, especialmente las que conlleven exceso de grasa o carnes debido a la difícil y prolongada digestión que pueden ocasionar malestar durante la noche, se debe ingerir la cantidad mínima de comida que le permita permanecer sin hambre durante la noche. Asimismo, establecer un horario fijo para la hora de dormir y levantarse; esto permite la estabilización del ciclo circadiano facilitando los periodos de conciliación del sueño y de activación corporal. ⁵¹

Es recomendable también, evitar la realización de determinadas actividades en la cama que puedan retrasar las señales endógenas necesarias para alcanzar el sueño (ver la televisión, escuchar la radio, comer, hablar por teléfono). Se sugiere evitar el uso de computadora o dispositivos móviles durante la noche, principalmente las 2 horas previas a conciliar el sueño, ya que se ha demostrado que la exposición prolongada a la luz artificial puede llegar a retrasar las señales hormonales endógenas que estimulan el sueño. Evitar las siestas durante el día o limitarlas a 30 minutos; las siestas diurnas pueden resultar relajantes y reconfortantes, sin embargo, no deben de sobrepasar una duración de media hora debido a que no es un sueño efectivo como el nocturno, su corta duración las hace incapaz de alcanzar el sueño profundo necesario para la recuperación del organismo, como el ocurrido durante la hora de sueño nocturno, y si se extienden demasiado pueden alterar el ciclo circadiano endógeno. Si no se consigue conciliar el sueño durante un tiempo prudente de al menos 30 minutos, se recomienda levantarse y realizar alguna actividad relajante y volver a la cama cuando se empiece a sentir sueño nuevamente. ⁵¹

CAPÍTULO 3: REPERCUSIONES EN PACIENTES CON COMORBILIDADES CRÓNICAS QUE PRESENTAN SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA

Sumario

- Consecuencias de la somnolencia diurna excesiva
- Efectos de los medicamentos y las drogas.
- Comorbilidades en la somnolencia diurna excesiva.

En este capítulo se hace referencia a las consecuencias que experimentan los pacientes que presentan SDE en diversos ámbitos como el laboral, académico y social. Se explica que las personas de edad avanzada son especialmente susceptibles a esta patología. También cuenta con un apartado que menciona efectos adversos de medicamentos y el uso de drogas que pueden alterar la calidad de sueño. Para finalizar se describen brevemente patologías como: diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, y su relación con la SDE.

3.1 Consecuencias de Somnolencia diurna excesiva

En la actualidad las personas no conocen los hábitos de higiene del sueño, por lo que existe una pobre calidad del sueño. Estos malos hábitos pueden ocasionar que las personas presenten SDE. Sin embargo, este trastorno puede surgir como consecuencia de una condición médica o como efecto secundario a ciertos medicamentos, por lo que se le ha acreditado mayor importancia a su estudio, ya que el padecimiento de este trastorno puede traer diversas consecuencias. Dichas consecuencias más frecuentes a causa de la SDE, independientemente de su causa y sin importar la edad en que se presenten, pueden mencionarse: repercusiones en el bienestar psicológico, la calidad de vida y el desempeño cognitivo.⁵²

En la población estudiantil que presentan este trastorno del sueño, se ha evidenciado una disminución en el desempeño cognitivo, teniendo como resultado un descenso en el rendimiento estudiantil, en estos casos el estudiante suele presentar problemas interpersonales con sus compañeros, catedráticos y círculo social, afectando su calidad de vida y relaciones interpersonales. En los estudiantes que se transportan conduciendo vehículo, se pueden presentar siniestros como accidentes automovilísticos, pues este tipo de somnolencia interfiere con su estado de alerta y vigilia.^{53,54}

La población económicamente activa que padece de SDE, suelen presentar un aumento de siniestralidad relacionada con accidentes: laborales, domésticos, de tránsito y; disminución en la capacidad cognitiva y rendimiento laboral. Este tipo de consecuencias resulta muy perjudicial, ya que pueden surgir disputas entre compañeros, jefes, subordinado, proveedores, clientes; afectando la capacidad laboral y provocando en la mayoría de casos razones de despido, impidiendo de esta manera su crecimiento personal y profesional.^{55,56}

Con el avance de la edad, las personas tienden a desarrollar cada vez más enfermedades, tanto físicas, como psicológicas y neurológicas, por lo que la SDE puede resultar como un trastorno secundario; otra de las razones es el consumo de algunos medicamentos que pueden provocar como efecto secundario la SDE. En su mayoría estas personas regularmente no son diagnosticadas oportunamente, careciendo de información al respecto y por ello, sin oportunidad de reconocer la gravedad de este trastorno del sueño, no acuden a un especialista para una correcta evaluación, control y tratamiento de este; por lo que algunos pacientes pueden presentar como consecuencia sueño no reparador, fatiga, adinamia y astenia⁵⁷⁻⁵⁹

1.2 Efectos de los medicamentos y las drogas

El efecto adverso más frecuente de los fármacos que actúan sobre el SNC es la somnolencia. La función de un sedante es disminuir la ansiedad sin deprimir demasiado el sistema nervioso central esto, acompañado de alta eficacia terapéutica. Un fármaco hipnótico tiene como objetivo primordial provocar somnolencia al inicio del sueño y mantener dicho estado el mayor tiempo posible. Al contrario de los sedantes los fármacos hipnóticos involucran una depresión más acentuada y marcada en el sistema nervioso central.³⁸

La depresión de la función del SNC depende de las dosis graduales, pues es una característica de casi todos los sedantes hipnóticos. La mayoría de los sedantes o hipnóticos afectan uno o más de los neurotransmisores centrales que intervienen en la regulación del sueño y la vigilia, tales como la dopamina, la adrenalina, la noradrenalina, así como la acetilcolina, la serotonina, la histamina, el glutamato, el ácido aminobutírico y adenosina.³⁷

Los benzodiazepinas son sedantes hipnóticos ampliamente utilizados, por definición todos los sedantes hipnóticos inducen el sueño si se administran en dosis suficientemente altas y sus efectos dependen de varios factores, incluidos el fármaco específico, dosis y frecuencia de administración. Los efectos generales de las benzodiazepinas y los sedantes hipnóticos sobre los patrones de sueño normal son: disminución en la latencia de inicio del sueño, aumento de la

etapa 2 del sueño NREM, disminuye la duración del sueño REM y disminuye la etapa del sueño etapa 4 NREM hasta el sueño persistente. Las benzodiazepinas tienen velocidades de eliminación lentas por lo que pueden presentar efectos mínimos como somnolencia.⁶⁰⁻⁶²

Como otros fármacos hipnóticos y sedantes, el alcohol en cantidades bajas a moderadas alivia la ansiedad y produce una sensación de bienestar o incluso de euforia, sin embargo, si esta se consume en dosis altas produce otros efectos en el cuerpo humano, entre ellos un efecto sedante.^{37,63}

Los antagonistas del receptor H1, utilizados frecuentemente como tratamiento de enfermedades alérgicas, son vendidos sin receta médica, por lo que en su mayoría no se utiliza una dosis adecuada; en dosis altas la sedación es un efecto frecuente de la primera generación de los antagonistas del receptor H1 (difenhidramina, hidroxizina o triprolidina), pero su intensidad varía entre los subgrupos químicos y entre los pacientes; su efecto se asemeja a los producidos por los sedantes-hipnóticos.⁶¹⁻⁶³

Entre los antihipertensivos más empleados, como los betabloqueadores (propranolol), el cansancio y la somnolencia diurna excesiva son efectos adversos frecuentes, los agonistas alfa 2 (clonidina y metildopa) de igual manera producen en algunos pacientes efectos de sedación.^{38,64}

A menudo los pacientes a los cuales se les administra anticonvulsivantes o antipsicóticos, presentan somnolencia, pues estos medicamentos son depresores del SNC en concentraciones sanguíneas altas pueden presentar estos efectos.^{60,65}

Entre las drogas que tienen efectos sedantes significativos se encuentra la marihuana. Los adolescentes que abusan de los estimulantes como anfetaminas y cocaína, pueden sufrir sedación diurna persistente después de episodios prolongados de vigilia inducida por las drogas.^{66,67}

3.3 Comorbilidades en la somnolencia diurna excesiva

Según la OMS cuatro de cada diez personas presentaron episodios de insomnio a lo largo de la vida y de estos hasta el 60% presentaron una enfermedad asociada.^{60,68}

Entre los más frecuentes podemos mencionar:

3.3.1 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico que afecta la regulación de la homeostasis de la glucosa, lo que genera un estado de hiperglicemia en el organismo. Se clasifica principalmente en diabetes tipo 1 y 2 aunque en la actualidad se reconocen otras formas de esta patología. La diabetes tipo 1 se da por la destrucción de las células beta del páncreas lo que genera una deficiencia de insulina, se presenta con frecuencia antes de los 20 años. La diabetes tipo 2 presenta una secreción anómala de insulina, resistencia a la misma y un aumento de producción de glucosa hepática. ^{68,69}

La SDE puede agravar el cuadro de esta patología debido a que un paciente diabético con una mala calidad de sueño tiende a producir niveles elevados de cortisol y aumenta la producción de glucosa al mismo tiempo que reduce el metabolismo de esta, lo que genera más resistencia a la insulina. ⁶⁹

También se produce un desequilibrio hormonal en donde se disminuye la secreción de *melatonina* y *leptina* (debido a que se secretan durante el sueño). La *melatonina* además de su papel en la regulación del ritmo circadiano también actúa como antioxidante por lo que aumentaría la cantidad de radicales libres mientras que la *leptina* (hormona que regula el apetito) aumenta el apetito del paciente por lo que consumiría más calorías. Además, actúa sobre los quimiorreceptor por lo cual su alteración también puede afectar la función respiratoria. Estos efectos descompensan al paciente diabético afectando su calidad de vida. ^{69,70}

Los trastornos del sueño pueden acelerar la retinopatía en pacientes diabéticos, debido a la hipoxia presente en las horas de sueño. Estas patologías del sueño provocan una disfunción respiratoria al afectar los quimiorreceptores posteriormente la hipoxia disminuye la irrigación sanguínea a la retina provocando un daño significativo. ⁷⁰

3.3.2 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible que se define como una presión arterial sistólica mayor a 140 mmHg y una presión arterial diastólica mayor a 90 mmHg según la OMS. La regulación de la presión arterial se debe a la interacción de dos elementos: el gasto cardíaco (se define como volumen sistólico por frecuencia cardíaca) y la resistencia vascular periférica (depende de la resistencia y estructura vascular). ⁷¹

Los trastornos del sueño le dificultan al paciente tener un sueño reparador, como se mencionó en el capítulo dos, durante el sueño se realiza una regulación homeostática del sistema circulatorio. Esto al no ser eficiente puede descompensar al paciente con vasculopatía hipertensiva.

La hipertensión arterial se encuentra estrechamente relacionada con trastornos del sueño especialmente con el AOS del sueño. Este síndrome genera despertares transitorios y un sueño no reparador provocando consecuencias como la SDE. ^{17,71}

El mecanismo exacto aún se encuentra en debate, pero la teoría más aceptada es que en estos periodos de hipoxia hay un aumento de la anhidrasa carbónica, esta eleva el nivel de bicarbonato en sangre que lo relacionan con hipertensión diurna. Otro postulado relaciona la mala calidad de sueño con la producción de factores proinflamatorios y protrombóticos relevantes en la producción de aterosclerosis. ⁷¹

Por ello hay que velar por un adecuado manejo tanto de la hipertensión arterial como de los trastornos del sueño para evitar consecuencias graves como eventos cerebrovasculares o infartos agudos al miocardio. ^{52,71}

3.3.3 Obesidad

La obesidad se considera como un estado del cuerpo con un exceso de tejido adiposo, en algunas ocasiones se confunde erróneamente con el aumento de peso corporal; ya que personas con una musculatura desarrollada superan los estándares de peso establecidos, pero no aumentó su tejido adiposo. ⁷²

Existen tres datos antropométricos esenciales para determinar el grado de obesidad: peso, talla y perímetro abdominal. Con los dos primeros parámetros podemos calcular el índice de masa corporal (peso en kilogramos y talla en metro²) este nos ayuda a calcular la grasa corporal y valorar el riesgo de padecer alguna enfermedad. ^{52, 67}

Esta patología está relacionada con una mala calidad de vida reflejada en la falta de estilo de vida saludable. Las personas que la padecen frecuentemente presentan trastornos del sueño especialmente AOS y SDE. El mecanismo como los trastornos del sueño afectan al paciente obeso son los mismos explicados en el apartado de diabetes mellitus. ^{69,72}

La obesidad tiende a agravar otras enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, por lo que la mayoría de las veces además del tratamiento farmacológico es necesario darle un buen plan educacional al paciente poniendo énfasis en buenos hábitos de vida (dieta adecuada, hacer ejercicio periódicamente, cuidar la higiene del sueño entre otra).^{72, 73}

3.3.4 Comorbilidades en la somnolencia diurna excesiva en niños

Según estudios se ha demostrado la existencia de alta prevalencia de casos de SDE en niños, siendo los trastornos del sueño los más asociados y que a su vez pueden desencadenar diversos trastornos como el déficit de atención y los estados de hiperactividad.

Estudios indican que entre el 25% y el 50% de los padres refieren que los hijos padecen trastornos del sueño, específicamente aquellos que hacen difícil el conciliar y mantener el sueño profundo.⁷⁰

3.3.5 Comorbilidades en la somnolencia diurna excesiva en adolescentes

En adolescentes los principales trastornos presentes son: insomnio inicial (dificultad o incapacidad para dar inicio al sueño), imposibilidad de conciliar y mantener el sueño profundo, pesadillas, síndrome de piernas inquietas, y somnolencia diurna, entre otros.⁷⁴

Los trastornos del sueño en los adolescentes guardan relación con los cambios hormonales propios del desarrollo biológico que ocurre entre las edades de 11 y 19 años.⁷⁴

La melatonina, la hormona que se encarga de la sensación del sueño, es la encargada del desarrollo y mantenimiento del ritmo biológico del sueño, su producción es regulada por la exposición a la luz, misma que en la adolescencia se ve retrasada por la mayor actividad nocturna que tienen los adolescentes por lo que puede ser normal que presenten dificultad para conciliar el sueño.^{12, 74}

Con el aumento de la tecnología y la creciente exposición a las distintas redes sociales los adolescentes han aumentado el uso de aparatos inteligentes que ha incrementado la exposición a la luz proveniente de las pantallas de dichos dispositivos, causando un efecto similar al ocasionado por la luz solar inhibiendo la secreción de melatonina y posteriormente retrasando las señales de sueño.⁷⁴

3.3.6 Comorbilidades en la somnolencia diurna excesiva en adultos

La población adulta es la segunda población con mayor prevalencia de SDE, superada solamente por la población de adultos mayores a 65 años, presentando menos comorbilidades.^{66,}

70

Al igual que con la población adolescente la SDE en los adultos se ha relacionado con el uso excesivo de dispositivos móviles, al consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos, como actividades para la liberación del estrés principalmente de origen laboral. Según estudios en los últimos 50 años el promedio de horas de sueño se ha visto disminuida en un 25% (2 horas).^{75, 76}

3.3.7 Comorbilidades en la somnolencia diurna excesiva en mayores de 65 años

Según estudios 5 de cada 10 personas de la tercera edad padecen algún trastorno del sueño, siendo los más frecuentes la SDE, la incapacidad de conciliar y mantener el sueño profundo.⁶³

Entre las causas frecuentes de alteraciones del sueño en adultos de edad avanzada encontramos malos hábitos antes de dormir o durante la conciliación del sueño, dificultad en la adaptación a cambios súbitos en el estilo de vida (jubilación, viudedad, hospitalizaciones, etc) y presencia de enfermedades crónicas asociadas: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas, demencia, dolor, cáncer, depresión, diabetes.⁶⁶⁻⁶⁹

El tratamiento de los trastornos del sueño en esta población posee retos mayores debido la presencia de múltiples comorbilidades y los medicamentos asociados al tratamiento de las mismas, y los cambios metabólicos que alteran la farmacocinética y farmacodinamia favoreciendo la interacción medicamentosa.⁷³

Las consecuencias más frecuentes que refieren los adultos mayores son: cansancio diurno, bajo estado de ánimo, aumento significativo en el riesgo de caídas e incluso incremento en la mortalidad.⁶⁶⁻⁶⁹

CAPITULO 4: ANÁLISIS

El sueño es uno de los procesos humanos que permite la recuperación del cuerpo luego de un periodo de actividad física que por lo general se realiza en horario nocturno, este ha sido analizado con el fin de entender sus etapas, funcionalidad y requerimientos con base al ritmo circadiano.

La SDE es considerada un tipo de hipersomnia, en donde alrededor del 20% de la población adulta en Latinoamérica la padece. Cuando esta se da en un proceso repetitivo e interfiere con las actividades diarias de la persona se debe indagar su causa y si esta es asociada a otro factor. Las causas suelen relacionarse a deficiencias en los periodos de sueño, uso de medicamentos y comorbilidades; a la vez estas se clasifican como primarias y secundarias, las primarias indican un origen central como la narcolepsia, y dentro de las secundarias se encuentran las que son reflejo de otras enfermedades como los trastornos respiratorios, síndrome de piernas inquietas y otras condiciones médicas tales como traumas encefálicos, accidentes cardiovasculares, cáncer, condiciones neurodegenerativas y enfermedades crónicas.

Se considera que la población adulta, en especial el adulto mayor, padecen más de SDE, pues están expuestos a factores exógenos, como horarios laborales extensos y alternantes, cambios de rutinas, consumo de bebidas alcohólicas y tabaco; y factores endógenos como enfermedades crónicas.

La identificación de este trastorno y las formas en que estas se manifiestan influye en el estado del paciente, su padecimiento y cumplimiento con el tratamiento; en este sentido, la cuantificación y el trastorno identificado debe ser hecho por un profesional de las ciencias de la salud de manera eficaz, pues es necesario determinar si el paciente presenta enfermedades crónicas asociadas, ya que el padecerlas dificulta el cuadro clínico, en la que el paciente no presenta una restauración homeostática del organismo adecuado, dando como resultado una disminución en su calidad y esperanza de vida, pues este trastorno puede presentar daños orgánicos y padecimientos conjuntos a largo plazo.

Para un adecuado diagnóstico de la SDE se aplican principalmente tres métodos, los cuales son: a) mediciones del comportamiento, en el cual se analiza cómo actúa la persona, los bostezos que realiza y además se puede utilizar un test de funcionamiento que mide los efectos

de la somnolencia en diferentes aspectos del funcionamiento. b) la autoevaluación a través de escalas, siendo uno de los procedimientos simples y accesibles. c) test neurofisiológicos, los cuales buscan medir la somnolencia de manera objetiva.

Según la experiencia de la licenciada Floridalma Mendoza Domínguez, psicóloga, (ver anexo No. 3) menciona que el test de Epworth es una prueba muy práctica y fácil de usar, accesible económica para toda la población. Por lo que es la prueba diagnóstica más utilizada y cuenta con el aval de un gran número de profesionales de la salud.

En casos de difícil diagnóstico es utilizada la prueba TLMS ya que está es más objetiva y es considerada el gold standar para el diagnóstico de SDE; sin embargo, no es utilizada con frecuencia, pues a diferencia de la escala de somnolencia de Epworth, esta necesita un equipo especializado y sofisticado, el cual no se encuentra a disposición de todos los pacientes.

Luego de un diagnóstico por un profesional de la salud, a través de un estudio completo para la identificación de la causa de SDE, el tratamiento de elección y de primera línea es el modafilino, pues se ha visto que causa una menor adicción en comparación con las anfetaminas (metilfedinato y la pemolina) y no requiere una constante evaluación médica.

Según la Dra. Gloria Angélica Valdez Telón, especialista en medicina interna y psiquiatría (Ver anexo No.4) en Guatemala no se le da importancia necesaria a la calidad del sueño, esto se ve reflejado en la falta de establecimientos especializados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos del sueño; sumado a la falta de información que posee la población que padece estas patologías por lo que no son diagnosticados y tratados de forma eficaz.

Por último, cabe resaltar que, en países latinoamericanos, como Guatemala, según las especialistas entrevistadas, no se le da la importancia necesaria a estos trastornos, pues si padece de una enfermedad crónica, no solo afecta físicamente, sino emocional, social y económicamente, por lo que al profesional tratante como al paciente en la mayoría de casos le es indiferente. Hace falta mayor conocimiento de las herramientas diagnósticas, así como una mejor formación de los médicos tanto del servicio público y privado.

CONCLUSIONES

Los aspectos epidemiológicos que presentan los pacientes que tienen comorbilidades crónicas y que padecen de SDE en Latinoamérica es resultado de aspectos socioeconómicos de la región, con la creciente tendencia a desarrollar enfermedades crónicas, se estima que aproximadamente el 20% de la población adulta en Latinoamérica padece de SDE. En donde únicamente el 60% de la población logra un sueño reparador y que alrededor 10 al 15% de la población tiene la posibilidad de desarrollar algún trastorno del sueño si sufre de comorbilidades. Los cambios en hábitos alimenticios y la creciente exposición a la tecnología, así como el incremento del acceso a aparatos tecnológicos que prolongan los estados de vigilia, causan la disminución del tiempo y la calidad del sueño nocturno.

La SDE en pacientes con comorbilidades crónicas se presenta como un cuadro de sueño pesado que es permanente durante el día cuando la persona debe estar atento a las actividades cotidianas, la cual se puede presentar con tres intensidades: con una inicial como leve, y se tiene una mayor facilidad de quedarse dormido en actividades normales, una segunda etapa como moderada en donde la persona puede quedarse dormido en actividades de atención como reuniones y en un caso extremo se encuentra la tercera categoría, conocida como tumba, donde en cualquier actividad sin importar su complejidad, la persona pueda quedarse dormida.

En relación al nivel de repercusión en el diario vivir de los pacientes con comorbilidades crónicas que presentan la SDE lo relacionan como efecto de la situación que se vive, en donde el organismo se ve afectado ante el esfuerzo por combatir o resistir el padecimiento que se sufre, así mismo se genera las etapas de sueño en el día como resultado de periodos de vigilia nocturno en atención a la comorbilidad y los efectos secundarios que pueden llegar a causar algunos medicamentos que se ingieren como parte del tratamiento de la enfermedad base.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los establecimientos de atención en salud, la implementación de una clínica del sueño dentro de sus instalaciones, la cual cuente con personal capacitado para: la detección, evaluación, aplicación de los diferentes test de funcionalidad y de autoevaluación, para su diagnóstico y pueda brindar un tratamiento y seguimiento adecuado a los pacientes que presenten trastornos del sueño.

Se sugiere que el médico tratante efectúe una historia clínica adecuada, prestando atención en los síntomas que puede presentar su paciente con respecto al sueño, especialmente si este padece alguna comorbilidad crónica. Además, fomentar estrategias de salud orientadas a mejorar los hábitos de sueño en sus pacientes, con el fin de prevenir y lograr una detección temprana, para un tratamiento y control más eficiente si se presentara un caso.

La SDE está estrechamente relacionada con las comorbilidades crónicas influyendo de forma negativa en el cuadro de estas enfermedades, pero no está demostrado cuál es la patología más afectada por este trastorno del sueño. Además, queda claro la importancia de fomentar buenos hábitos del sueño, pero no se cuenta con el porcentaje de pacientes que mejora únicamente al realizar cambios en su rutina y de los que necesitan un tratamiento adicional. Por lo que se sugiere a los investigadores indagar en estos aspectos inconclusos y brindarles seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez A, Osses L, Ortega D, Herrera I. Somnolencia excesiva Diurna Epidemiología y evaluación clínica [en línea]. 1 ed. Ciudad México: Springer Science + Business Media México, S.A.; 2017 [citado 28 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/329660214>
2. Guyton A, Hall J, Tratado de fisiología médica. 13 edición. Madrid: Elsevier; 2016.
3. Mayo Clinic. Libro Familiar: insomnio y sus complicaciones [en línea]. 5 ed. Ciudad de México: Family Health Book; 2016. [Citado 8 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/insomnia/symptoms-causes/syc-20355167>
4. Tlatoa H, Ocaña H, Márquez M, Bermeo J, Gallo A. El género, un factor determinante en el riesgo de somnolencia. Med Investig [en línea]. 2015 [citado 28 Sep 2020]; 3 "1": 17-21. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49575>
5. Talero C, Durán F, Pérez I. Sueño: características generales: Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. Rev Cienc Salud [en línea]. 2013 [citado 28 Sep 2020]; 11 "3": 333-348. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/562/56229183008.pdf>
6. American Academy of Sleep Medicine. The International classification of sleep disorders, revised diagnostic and coding manual [en línea]. Estados Unidos de America: American Academy of Sleep Medicine; 2001. [citado 29 Ago 2020]. Disponible en: <https://vct.iuums.ac.ir/uploads/icسد.pdf>
7. Medina O, Sánchez N, Conejo J, Fraguas D, Arango C. Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. Rev Colomb Psiquiatr [en línea]. 2007 [citado 12 Sep 2020]; 36 "4": 701-17. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n4/v36n4a09.pdf>
8. Carrillo P, Ramírez J, Magaña K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Rev Fac Med [en línea]. 2013 [citado Sep 28 2020]; 56 "4": 5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002&lng=es
9. Gállego J, Toledo J, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. Anales Sis San Navarra [en línea]. 2007 [citado 28 Sep 2020]; 30 "1": 19-36. Disponible

- en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003&lng=es.
10. Martínez M. Calidad del sueño y somnolencia diurna. [Tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 28 Sep 2020]. Disponible en: http://cunori.edu.gt/descargas/Calidad_del_Sueo_y_Somnolencia_Diurna.pdf
 11. Cambridge dictionaries online [en línea]. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2006 [citado 26 Sep 2013]. Disponible en: <http://dictionary.cambridge.org/>.
 12. Torres V, Monteghirfo R. Trastornos del sueño. Arch Med Interna [en línea]. 2011 [citado 26 Sep 2020]; 13 “1”: 1-46. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/supl1/3.pdf>
 13. Sierra J, Jiménez C, Martín J. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. Salud Ment [en línea]. 2002 [citado 28 Sep 2020]; 25 “6”: 35-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17415>
 14. Ferré A, Rodríguez I, García I. Differential diagnosis of insomnia from other comorbid primary sleep disorders. Aten Prim [en línea]. 2020 [citado 25 Jul 2020]; 52 “5”: 345-354. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231894/>
 15. Mayo Clinic. Insomnio y sus complicaciones [en línea]. 5 ed. Ciudad de México: Family Health Book; 2016. [Citado 8 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/insomnia/symptoms-causes/syc-20355167>
 16. Sala H, Nigro C, Rabec C, Guardia A, Smurra M. Trastornos respiratorios durante el sueño: Consenso argentino de trastornos respiratorios vinculados al sueño. Med (B. Aires) [en línea]. 2001 [citado 10 Jul 2020]; 61 “3”: 351-363. Disponible en: <http://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol61-01/3/trstornosrespiratorios.htm>
 17. Kaper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Harrison: Principios de Medicina Interna. 19 edición. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2016
 18. Iriarte J, Urrestarazu E, Alegre M, Viteri C, Artieda J. Parasomnias: episodios anormales durante el sueño. Rev Med Univ Navarra. 2005 [citado 27 Sep 2020]; 49 “1”: 46-52.

Disponible en: <https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/11/Parasomnias-episodios-anormales-durante-el-sue%C3%B1o.pdf>

19. Sociedad Española del Sueño. Tratado de Medicina del sueño [en línea]. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015 [citado 28 Sep 2020]. Disponible en: <http://www.herrerobooks.com/pdf/pan/9788498352030.pdf>

20. Sellés M, García M. Trastorno de conducta durante el sueño REM. Vigilia-Sueño [en línea]. 2007 [citado 27 Sep 2020]; 19 "1": 40-44. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-74983>

21. Soto J. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología [en línea]. 2 ed. Madrid: Neumosur; 2010. [citado 26 Sep 2020]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/420150139/Manual-de-Diagnostico-y-Terapeutica-en-Neumologia>

22. Neyra K. Calidad del sueño y su relación con la somnolencia diurna en docentes de un colegio nacional del turno mañana y tarde de Lima. [Tesis Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación en línea]. Perú: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. [citado 28 Sep 2020] Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1572?show=full>

23. Rosales E, Castro J. Somnolencia: Qué es, qué la causa y cómo se mide. Acta méd. peruana [en línea]. 2010 [citado 27 Sep 2020]; 27 (2): 137-43. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000200010&lng=es.

24. Pin G. Introducción: ¿Qué es la excesiva somnolencia diurna? Causas, prevalencia y clínica. En: AEPaped. Curso de actualización pediatría. 1 ed. [en línea]. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008 [citado 28 Sep 2020]; p. 59-65. Disponible en: <http://www.aepap.org/gtsiaepap/gtsueno/esd.pdf>

25. Jurado B, Serrano J, Jurado J, Vargas A. Excesiva somnolencia diurna. Valoración. En: Soto Campos JG, editor. Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología. 2 ed. [en

- línea]. México; Neumosur; 2010 [citado 27 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.neumosur.net/files/EB04-25%20somnolencia.pdf>
26. Cluydts R, De Valck E, Verstraeten E, Theys P. Daytime sleepiness and its evaluation. *Sleep Med Rev* [en línea]. 2002 [citado 11 Jul 2020]; 6 “2”: 83-96. doi: 10.1053/smr.v.2002.0191.
27. Johns M. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Informed* [en línea]. 2019 [citado 27 Sep 2020]; 14 “6”: 540-545. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1798888/>
28. Borsini E, Delgado V, Chertcoff M, Blasco M, Bosio M, Quadrelli S, et al. Relación entre la escala de somnolencia de Epworth y el índice de apneas e hipoapneas de la poligrafía respiratoria. *Rev Am Med Res* [en línea]. 2013 [citado 27 Sep 2020]; 13 “3”: 123-132. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3821/382133979004.pdf>
29. Vázquez J, Lorenzi G, López M. Síntomas y trastornos del dormir en hispanos y latinos: ¿Son poblaciones diferentes?. *Neumol Cir Torax* [en línea]. 2012 [citado 13 Ago 2020]; 71 “4”: 364-371. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2012/nt124j.pdf>
30. Bouscoulet L, Vázquez J, Muiño A, Márquez M, López M, de Oca M, et al. Prevalence of sleep related symptoms in four Latin American cities. *J Clin Sleep Med* [en línea]. 2008 [citado 10 Jul 2020]; 4 “6”: 579–585. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2603536/>
31. Santos R, Bittencourt L, Pires L, de Mello M, Taddei J, Benedito A, Pompeia C, Tufik S. Increasing trends of sleep complaints in the city of Sao Paulo, Brazil. *Sleep Med* [en línea]. 2010 [citado 15 Jul 2020]; 11 “6”: 520-524. doi: 10.1016/j.sleep.2009.12.011.
32. Vizcarra D. Evolución histórica de los métodos de investigación en los trastornos del sueño. *Rev Med - Hered* [en línea]. 2000 [citado 27 Sep 2020]; 11 “4”: 136-43. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2000000400005&lng=es.
33. Mayo Clinic. Apnea del sueño [en línea]. 5 ed. México: Family Health Book; 2016. [citado 8 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sleep-apnea/diagnosis-treatment/drc-20377636>

34. Pagel J. Excessive daytime sleepiness. Am Fam Physician GP [en línea]. 2009 [citado 7 Jun 2020]; 79 “5”: 391-396. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2009/0301/afp20090301p391.pdf>
35. Escribano E, Duelo M. Protocolo diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del sueño en el adolescente. Rev med [en línea]. 2018 [citado 28 Sep 2020]; 12 “61”: 3619–3624. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218301938>
36. Eguía V, Cascante J. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño: Concepto, diagnóstico y tratamiento médico. Anales Sis San Navarra [en línea]. 2007 [citado 27 Sep 2020]; 30 “1”: 53-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200005&lng=es.
37. Katzung B, Masters S, Trevor A. Farmacología básica y clínica. 12 ed. México: Editorial McGraw-Hill; 2012.
38. Brunton L, Chabner B, Knollman B. Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12 ed. San Diego, California: McGraw-Hill; 2010.
39. Kriger M, Roth T, Dement W. Principles and practice of sleep medicine. 6 ed. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2017.
40. Contreras A, Santamaria A, Olivi H, Seguel M. Patologías del sueño. Rev méd Clín Condes [en línea]. 2013 [citado 28 Ago 2020]; 24 “3”: 340-373. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/3%20mayo/M-%C2%AE dica_mayo_2013.pdf
41. Loyola I. Somnolencia diurna excesiva como factor asociado a deterioro cognitivo en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. [tesis médico y cirujano en línea]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2019. [citado 26 Sep 2020]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/5258/1/RE_MED.HUMA_INES.LOYOLA_SOMNOLENCIA.DIURNA_DATOS.PDF
42. García I. Estudios diagnósticos en patología del sueño. Anales Sis San Navarra [en línea]. 2007 [citado 18 Sep 2020]; 30 “1”: 37-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200004&lng=es.

43. Lira D, Custorio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Rev Neuropsiquiatr [en línea]. 2018 [citado 2 Sep 2020]; 81 "1": 20-28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000100004
44. Fajardo A. Trastorno deficitario de atención e hiperactividad y sueño. Acta Neurol Colomb [en línea]. 2008 [citado 11 Sep 2020]; 24: 64-72. Disponible en: https://www.acnweb.org/acta/2008_24_1s_64.pdf
45. Sahni A, Carlucci M, Malik M, Prasad B. Management Of Excessive Sleepiness In Patients With Narcolepsy And OSA: Current Challenges And Future Prospects. Nat Sci Sleep [en línea]. 2019 [citado 23 Ago 2020]; 11: 241-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6815780/>
46. Loscalzo J. Harrison Neumología y cuidados intensivos. 1 ed. México D.F. :McGraw-Hill;2013.
47. Cancino V, Rivera E. Symptoms during sleep among patients with obstructive sleep apnea. Rev méd Chile [en línea]. 2018 [citado 27 Sep 2020]; 146 "4": 470-478. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000400470>
48. Kryger M. Can't Sleep, Can't stay awake : a woman's guide to sleep disorders. New York: McGraw-Hill; 2007
49. Barahona A. Calidad del sueño en mujeres y hombres en la etapa del climaterio. [Tesis Psicología clínica en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Psicología; 2015. [citado 28 Sep 2020]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/42/Barahona-Ana.pdf>
50. Miró E, Cano MC, Buela G. Sueño y calidad de vida. Rev Colomb Psicol [en línea]. 2005 [citado 28 Sep 2020]; 14: 11-27. doi: 10.15446/rcp
51. Rodríguez M. Somnolencia diurna excesiva e higiene del sueño en adultos trabajadores de España. Anales Sis San Navarra [en línea]. 2019 [citado 1 Sep 2020]; 41 "3": 329-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272018000300329
52. Bellido M. Trastornos del sueño: repercusión de la cantidad del sueño en el riesgo cardiovascular, obesidad y síndrome metabólico. [tesis doctorado en Investigación

- Traslacional de Salud Pública y enfermedades de alta prevalencia en línea]. España: Universidad de las Islas Baleares, Facultad de Ciencias Médicas; 2018. [citado 16 Jul 2020]. Disponible en: https://issuu.com/vicenteherrero/docs/trastornos_del_sue_o._repercusi_n_e
53. Villarroel V. Calidad de sueño en estudiantes de las carreras de medicina y enfermería en la Universidad de los Andes. Mérida- Venezuela 2013. [Tesis Médico y Cirujano en línea]. España: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 28 Sep 2020]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/663392/villarroel_prieto_vanessa_mari_bel.pdf?sequence=1
54. De la Portilla S, Dussán C, Montoya D, Taborda J, Nieto L. Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en estudiantes universitarios de diferentes dominios. *Hacia Promoc Salud* [en línea]. 2019 [citado 26 Sep 2020]; 24 “1”: 84-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00084.pdf>
55. De la Vega I. Determinación de la prevalencia de somnolencia diurna excesiva y su relación con la calidad de sueño, en cadetes de La Escuela Superior Militar Eloy Alfaro en el mes de junio del 2014. [tesis especialista en psiquiatría en línea]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2015. [citado 11 Sep 2020]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4701/1/T-UCE-0006-106.pdf>
56. Ramírez N, Paravic T, Valenzuela S. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Index Enferm* [en línea]. 2013 [citado 28 Sep 2020]; 22 “3”: 152-155. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008&lng=es.
57. Martínez M, Martínez M. El sueño en ambientes extremos. *Sanid Mil* [en línea]. 2011 [citado 27 Sep 2020]; 67 “3”: 310-316. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000400010&lng=es.
58. Van der I, Karunanayake C, Dosman J, McMullin K, Zhao G, Abonyi S, et al. Determinants of excessive daytime sleepiness in two First Nation communities. *BMC Pulm Med* [en

- línea]. 2017 [citado 14 Jul 2020]; 17 "1": 192. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5726026/>
59. Borguez P. Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *Eureka* [en línea]. 2011 [citado 1 Sep 2020]; 8 "1": 80-90. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000100009
60. Chica H. Trazodone in REM sleep behavior disorder. *Rev Colomb Psiquiatr* [en línea]. 2015 [citado 27 Sep 2020]; 44 "4": 251-255. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502015000400009&lng=en.
61. Chávez M, Nava M, Palmar J, Martínez M, Graterol M, Contreras J et al. En búsqueda del hipnótico ideal: tratamiento farmacológico del insomnio. *AVFT* [en línea]. 2017 [citado 20 Sep 2020]; 36 "1": 10-21. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642017000100002&lng=es.
62. Van A. Drug-Induced Insomnia and Excessive Sleepiness. *J Sleep Med Clin* [en línea]. 2018 [citado 14 Sep 2020]; 13 "2": 147-159. doi: 10.1016 / j.jsmc.2018.02.001
63. Male D, Brostoff J, Roth D, Roith I. *Inmunología*. 8 ed. España: Elsevier; 2013.
64. Rico M, Vega G. Sueño y sistema inmune. *Rev Alerg Méx* [en línea]. 2018 [citado 28 Sep 2020]; 65 "2": 160-170. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S244891902018000200160&lng=es.
65. Colten H, Altevogt B. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem* [en línea]. Washington DC: Instituto de medicina de las academias nacionales; 2006 [citado 17 Ago 2020]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19960/pdf/Bookshelf_NBK19960.pdf
66. Carrillo P, Barajas K, Sánchez I, Rangel M. Trastornos del sueño: ¿Qué son y cuáles son sus consecuencias?. *Rev Fac Med Mex* [en línea]. 2018 [citado 10 Jul 2020]; 61 "1": 6-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181b.pdf>

67. Hossain P, Kowar B, Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world--a growing challenge. *N Engl J Med* [en línea]. 2007 [citado 23 Ago 2020]; 356 "3": 213-215. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp068177>
68. Cunha M, Zanetti M, Hass V. Sleep quality in type 2 diabetics. *Rev Latino-Am Enfermagem* [en línea]. 2008 [citado 27 Sep 2020]; 16 "5": 850-855. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500009&lang=en
69. Šiarnik P, Klobučnicková K, Šurda P, Putala M, Šutovský S, Kollár B, et al. Excessive Daytime Sleepiness in Acute Ischemic Stroke: Association With Restless Legs Syndrome, Diabetes Mellitus, Obesity, and Sleep-Disordered Breathing. *J Clin Sleep Med* [en línea]. 2018 [citado 20 Jun 2020]; 14 "1": 95-100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5734901/>
70. Li X, Huang H, Xu H, Shi Y, Qian Y, Zou J, et al. Excessive daytime sleepiness, metabolic syndrome, and obstructive sleep apnea: two independent large cross-sectional studies and one interventional study. *Respir Res* [en línea]. 2019 [citado 23 Jul 2020]; 20 "1": 276. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6894285/>
71. Vicente M, Capdevila L, Bellido M, Ramírez M, Lladosa S. Presión arterial y síndrome de apnea-hipopnea del sueño en trabajadores. Test STOP-Bang frente a la escala de Epworth. *Hipertensión y Riesgo Vasc. Science Direct* [en línea]. 2018 [citado 27 Sep 2020]; 35 "1", 15–23. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183717300624>
72. Chamorro R, Durán S, Reyes S, Ponce R, Algarín C, Peirano P. La reducción del sueño como factor de riesgo para obesidad. *Rev Méd Chile* [en línea]. 2011 [citado 27 Sep 2020]; 139 "7": 932-940. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000700017>.
73. Kliegman R, Stanton B, St. Geme J, Nelson: *Tratado de Pediatría*. 20 ed. España: Elsevier; 2016.
74. Loessl B, Valerius G, Kopasz, M, Hornyak M, Riemann D, Voderholzer U. ¿Are adolescents chronically sleep-deprived? An investigation of sleep habits of adolescents in the Southwest of Germany. *Child Care Health* [en línea]. 2008 [citado 30 Ago 2020]; 34 "5": 549-556. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18549435/>

75. Saldias F, Gassmann J, Canelo A, Uribe J, Díaz O. Evaluación de los cuestionarios de sueño en la pesquisa de pacientes con síndrome de apneas obstructivas del sueño. *Rev Med Chile* [en línea]. 2018 [citado 17 Sep 2020]; 146 "10": 1123-1134. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018001001123&lng=es.
76. Chen D, Yin Z, Fang B. Measurements and status of sleep quality in patients with cancers. *Support Care Cancer* [en línea]. 2018 [citado 28Sep 2020]; 26 "2": 405–414. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3927-x>

ANEXOS

Anexo No.1 Matriz consolidativa de datos de buscadores, descriptores y operadores lógicos utilizados

Tabla No. 1 Matriz de descriptores de términos y conectores lógicos utilizados para la búsqueda de información

Buscador	MeSH o DeSH y Conector Lógico	Número de Artículos
HINARI	“excessive daytime sleepiness” AND “Latin America”	70
PUBMED - HINARI	“excessive daytime sleepiness” AND “chronic comorbidity”	36 y 1,409
SCIELO - PUBMED	“excessive daytime sleepiness” and “chronic disease”	6 y 67
EBSCO	“excessive daytime sleepiness” AND “quality of life”	321
EBSCO	“excessive daytime sleepiness” AND “quality of life” AND “chronic disease”	8
HINARI	“excessive daytime sleepiness” AND “quality of life” AND “chronic disease”	19
HINARI	“excessive daytime sleepiness” AND “prevalence” AND “Latin America”	53
PUBMED	“excessive daytime sleepiness” and “prevalence”	520
SCIELO	"somnolencia diurna excesiva" AND "calidad de vida"	7
HINARI	"somnolencia diurna excesiva" AND"calidad de vida"	38

Anexo No.2 Matriz consolidativa del tipo de artículos utilizados según nivel de evidencia y tipo de estudio

Tabla No. 2
Matriz de artículos utilizados según tipo de artículo y nivel de evidencia del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford (CEBM)

Grado de Recomendación	Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Término utilizado	Número de artículos
	----	Todos los artículos	Sin filtros	1633
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados	"Excessive daytime sleepiness" AND "prevalence" [MeSH]. "Excessive daytime sleepiness" AND "chronic comorbidity"[MeSH]. "Somnolencia diurna excesiva" AND "calidad de vida" [DeSC] "Excessive daytime sleepiness" AND "quality of life" AND "Latin America" [MeSH].	67
	1b	Ensayos clínicos controlados.	"Excessive daytime sleepiness" AND "prevalence" [MeSH]. "Excessive daytime sleepiness" AND "chronic comorbidity"[MeSH]. "Somnolencia diurna excesiva" AND "calidad de vida" [DeSC] "Excessive daytime sleepiness" AND "quality of life" AND "Latin America" [MeSH].	82
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohorte	"Excessive daytime sleepiness" AND "prevalence" [MeSH]. "Excessive daytime sleepiness" AND "chronic comorbidity"[MeSH].	107

			"Somnolencia diurna excesiva" AND "calidad de vida" [DeSC] "Excessive daytime sleepiness" AND "quality of life" AND "Latin America" [MeSH].	
	2b	Estudio individual de cohortes de baja de calidad	"Excessive daytime sleepiness" AND "prevalence" [MeSH]. "Excessive daytime sleepiness" AND "chronic comorbidity"[MeSH]. "Somnolencia diurna excesiva" AND "calidad de vida" [DeSC] "Excessive daytime sleepiness" AND "quality of life" AND "Latin America" [MeSH].	22
C	3a	Revisión sistemática de casos y controles	"Excessive daytime sleepiness" AND "prevalence" [MeSH]. "Excessive daytime sleepiness" AND "chronic comorbidity"[MeSH]. "Somnolencia diurna excesiva" AND "calidad de vida" [DeSC] "Excessive daytime sleepiness" AND "quality of life" AND "Latin America" [MeSH].	9
	3b	Estudio individual de casos y controles	"Excessive daytime sleepiness" AND "prevalence" [MeSH]. "Excessive daytime sleepiness" AND "chronic comorbidity"[MeSH]. "Somnolencia diurna excesiva" AND "calidad de vida" [DeSC] "Excessive daytime sleepiness" AND "quality of life" AND "Latin America" [MeSH].	23

D	4	Serie de casos, estudios de cohorte y casos y controles de baja calidad.	<p>"Excessive daytime sleepiness" AND "prevalence" [MeSH].</p> <p>"Excessive daytime sleepiness" AND "chronic comorbidity"[MeSH].</p> <p>"Somnolencia diurna excesiva" AND "calidad de vida" [DeSC]</p> <p>"Excessive daytime sleepiness" AND "quality of life" AND "Latin America" [MeSH].</p>	1
----------	---	--	---	---

Anexo No. 3 Entrevista completa: Lic. Floridalma Mendoza Domínguez

Guion de entrevista completa realizada a psicóloga Floridalma Mendoza Domínguez el 14 de septiembre del 2020. Claves: E: Entrevistador, Lic.: Licenciada

E: ¿Con qué frecuencia atiende pacientes por trastornos del sueño y cuál es el más común?

Lic.: Por lo general los niños son los que más consultan por este tipo de problemas, veo al menos un caso diario, en donde el trastorno más común son las pesadillas y el terror nocturno. Si tuviera que poner en porcentajes a los pacientes adultos diría que el 10% consulta por problemas del sueño, los más frecuentes son insomnio y somnolencia diurna excesiva.

E: ¿Cuál es la edad y sexo más afectado por somnolencia diurna excesiva?

Lic.: En niños el rango de edad es de 6 a 12 años y el sexo más afectado son los varones. En cuanto a los adultos diría que hombres de 30 años.

E: ¿Cómo afectan los trastornos del sueño a pacientes que padecen enfermedades crónicas?

Lic.: Los trastornos del sueño tienden a descompensar a los pacientes con enfermedades crónicas. Esto muchas veces los frustra porque, aunque siguen las indicaciones del doctor al pie de la letra (medicamentos, ejercicio, dieta), estos no mejoran. Por eso muchas veces abandonan el tratamiento y empeoran más.

E: ¿Considera usted que los trastornos del sueño en la consulta médica se le da la importancia necesaria?

Lic.: En Guatemala no se le da la importancia necesaria, le es indiferente al paciente y al profesional tratante en algunos casos, a lo largo de mi carrera me he topado con pacientes que hacen más caso a los consejos de los vecinos o algún amigo o que creen que estar cansado todo el tiempo es algo ya propio de ellos.

Por el otro lado de la moneda cuando una persona consulta a un hospital por el ajeteo de este muchas veces durante la entrevista no se les pone mucha atención a los hábitos del sueño o solo se trata la emergencia.

E: ¿Cómo afecta la somnolencia diurna excesiva a la sociedad guatemalteca?

Lic.: Me enfocaré en dos aspectos en el laboral y en el emocional. Con referencia al laboral estos no presentan un desempeño adecuado y por su falta de concentración han sufrido accidentes laborales.

Respecto a lo emocional estas personas siempre están mal humoradas por lo que hacen muy difícil la convivencia con ellos. Por lo mismo se aíslan, no se expresan y resulta difícil ayudarlos. Esto pasa especialmente con los niños en vez de buscar la causa del problema se le etiqueta como un niño problemático.

E: ¿Qué opina del test de Epworth para el diagnóstico de somnolencia diurna excesiva?

Lic.: Es una prueba muy práctica, fácil de usar y excelente recurso de análisis. Al solo tener 8 incisos se puede realizar en poco tiempo. Además, es accesible económicamente para toda la población.

E: ¿Cuáles considera que son los factores exógenos que predisponen a estos trastornos?

Lic.: Según el diario vivir de las personas de esta época se han considerado los siguientes distractores como la televisión, redes sociales y videojuegos.

Según mi experiencia la causa principal de los trastornos del sueño en adultos es que estos arrastran traumas desde la niñez.

Anexo No. 4 Entrevista completa: Dra. Gloria Angélica Valdés Telón

Guion de entrevista completa realizada a Dra. Gloria Angélica Valdés Telón Especialidad: MEDICINA INTERNA, PSIQUIATRIA el 14 de septiembre del 2020. Claves: E: Entrevistador Dra.: Doctora

E: ¿Con qué frecuencia atiende pacientes por trastornos del sueño y cuál es el más común?

Dra.: Este trastorno se encuentra entre los problemas más frecuentes que enfrentamos en la práctica diría. Mas del 50% de los adultos padece cuando menos alteraciones del sueño dentro de estos es tipo crónico

E: ¿Cuál es la edad y sexo más afectado por somnolencia diurna excesiva?

Dra.: Es más frecuente entre adolescentes y adultos jóvenes, siendo su prevalencia del 7-16%. Pero hay casos de inicio en la infancia, la edad media de inicio de los síntomas son los 20 años. Síndrome de la fase del sueño adelantada. Siendo el sexo femenino el mas afectado. En Neuropsiquiatría en su mayoría cursan con trastornos del sueño y es más común en hombres adolescentes ya que son especialmente proclive a desarrollar trastornos del sueño debido a factores externos (sociales y ambientales) y a distintos hábitos que pueden afectar su calidad (consumo de alcohol, tabaco, cafeína, etc.)

E: ¿Cómo afectan los trastornos del sueño a pacientes que padecen enfermedades crónicas?

Dra.: Si padece una enfermedad crónica, no sólo afecta físicamente, sino también emocional, social y a veces incluso económicamente. La forma como le afecta una enfermedad crónica depende de la enfermedad particular que tiene y cómo repercute físicamente, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamientos que requiere. El aceptar y adaptarse a la realidad de padecer una enfermedad crónica requiere tiempo

E: ¿Considera usted que los trastornos del sueño en la consulta médica se le da la importancia necesaria?

Dra.: La atención a los trastornos del sueño se encuentra en una fase incipiente. Hace falta mayor conocimiento de las herramientas diagnósticas, así como una mejor formación de los médicos del trabajo y de la asistencia primaria en esta materia. Deben existir mejores interacciones entre los servicios de prevención con la finalidad de optimizar la detección, tratamiento y así evitar situaciones de riesgo.

E: ¿Cómo afecta la somnolencia diurna excesiva a la sociedad guatemalteca?

Dra.: Tiene diversas y graves consecuencias. Las personas con este problema tienen riesgo de chocar mientras conducen y de accidentes de trabajo. La somnolencia diurna excesiva se describe mejor como el impulso de dormir durante el día. Es un problema común que ocurre al menos 3 días en la semana, en el 4-20% de la población, afectando la calidad de vida y el desempeño laboral, con implicancias en la seguridad, por ejemplo, al conducir o manejo de maquinaria; la somnolencia puede representar el 20% de los incidentes de tránsito. Sin embargo, los trastornos del sueño permanecen subdiagnosticados y sin tratamiento.

E: ¿Qué opina del test de Epworth para el diagnóstico de somnolencia diurna excesiva?

Dra.: Ayuda en el diagnóstico de trastornos del sueño al paciente y al profesional sanitario a tener una aproximación inicial al diagnóstico de distintos trastornos respiratorios del sueño

E: ¿Cuáles considera que son los factores exógenos que predisponen a estos trastornos?

Dra.: Situación vital y estresores puntuales:

- Cambios en las rutinas habituales
- Inquietud/actividad mental incesante
- Actividades incompatibles con la hora de dormir
- Alteración de los ciclos actividad-descanso
- Estimulación sensorial impredecible (ruido, luz, etc.)

- Medicamentos estimulantes
- Ingesta excesiva de cafeína
- Comidas pesadas poco antes de la hora de dormir

ÍNDICES ACCESORIOS

Índice de Tablas

Tabla No. 1 Matriz de descriptores de términos y conectores lógicos utilizados para la búsqueda de información	50
Tabla No. 2 Matriz de artículos utilizados según tipo de artículo y nivel de evidencia del Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford (CEBM).	51