

Sección Técnica

*Este artículo fue publicado en el número 2-1999, páginas 21 a 23.
Siguiendo la línea de la página Web del INSHT se incluirán los textos íntegros de los artículos
prescindiendo de imágenes y gráficos no significativos.*

Unidad de alteraciones del sueño. Su funcionamiento en colaboración con un Servicio de Prevención

M^a Pilar Cuartero Ríos

M^a Jesús Valiño Colás

Unidad de Alteraciones del Sueño MAZ. Zaragoza.

La prevalencia de las diversas patologías del sueño varía según los diferentes estudios consultados, aunque todos coinciden en señalar que ésta es elevada. Por otro lado se sabe que un porcentaje, que oscila entre un 25 y un 30%, de los accidentes mortales están relacionados con la falta de atención, la dificultad para mantener el estado de vigilia o la somnolencia, no existiendo datos específicos sobre la implicación de estos trastornos en la siniestralidad laboral.

Las enfermedades del sueño, insomnio, somnolencia, etc., son patologías desconocidas en muchos casos entre la población general y por tanto no son motivo de consulta en asistencia primaria. Sin embargo, la detección de estas alteraciones en medicina preventiva o en medicina del trabajo es mucho más fácil.

Todo ello justifica la necesidad de dedicar recursos y dar la importancia necesaria a este problema.

En este sentido la dirección de MAZ ha decidido apoyar la creación de una Unidad de Alteraciones del Sueño apostando por la Prevención de Riesgos y la vigilancia de la Salud desde todos los puntos de vista.

La Unidad de Alteraciones del Sueño es una entidad asistencial donde se diagnostica, trata o en su defecto se orienta hacia otras especialidades a los trabajadores con problemas del sueño, especialmente a aquellos que desarrollan tareas de riesgo en su actividad profesional.

Consta de una consulta ambulatoria, pieza clave de la Unidad, y de un laboratorio de sueño con recursos técnicos neurofisiológicos para realizar estudios polisomnográficos completos.

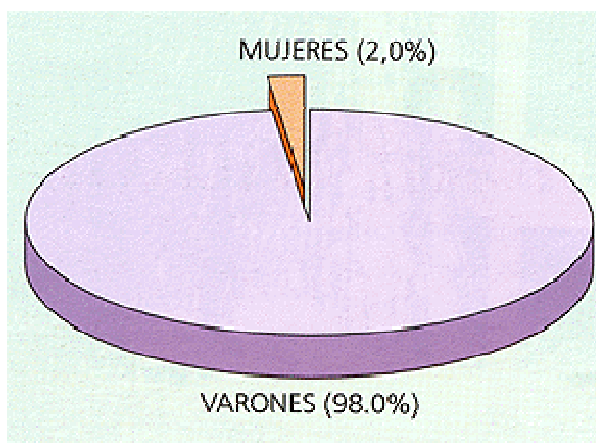
En colaboración con el Servicio de Preventiva se empezó por introducir en los reconocimientos médicos de trabajadores de riesgo (conductores, maquinistas, comerciales...) un breve cuestionario sobre sueño: Hábitos del mismo, horarios, ronquidos, apneas, somnolencia diurna, etc.

En función de esta primera valoración se profundiza en el estudio, diagnóstico y orientación del caso en dicha Unidad del Sueño y posteriormente se remite al trabajador con un informe completo a la Sanidad Pública, que sufre una alta saturación y listas de espera.

Así se ha venido trabajando desde enero de 1998 a junio de 1999. En este periodo de tiempo se ha atendido a 151 trabajadores que referían algún problema de sueño.

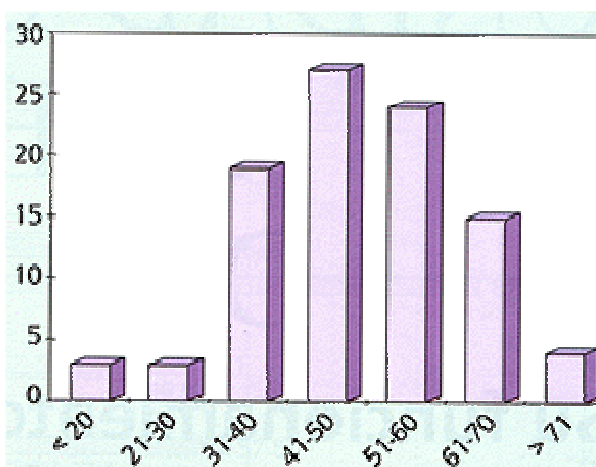
De ellos el sexo masculino representaba el 98% de los casos (Figura 1).

FIGURA 1
Distribución por sexo



Por grupos de edad existe un rango de 31 a 60 años con un mayor porcentaje de consultas por patología de sueño, siendo entre 41 y 50 años donde se localiza el pico de la máxima demanda (Figura 2).

FIGURA 2
Grupos de edad



El principal motivo de consulta fue la asociación de hipersomnias, ronquido y apneas nocturnas (44,8%), el insomnio (17%) y la asociación de hipersomnias y ronquido (15,6%).

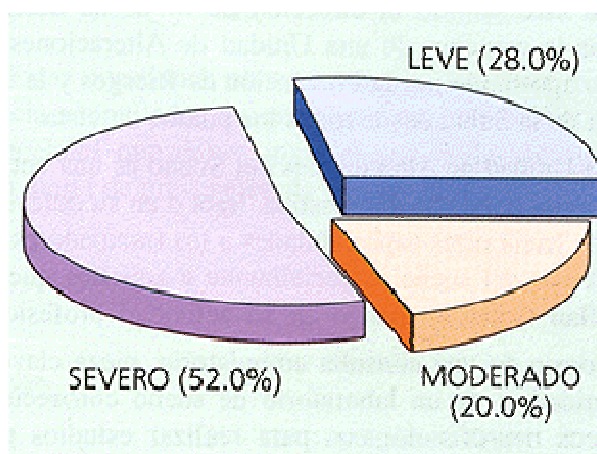
El resto de pacientes presentaron síntomas variados, solos o asociados, como: Parálisis durante el sueño, ronquidos, pesadillas, crisis epilépticas nocturnas, etc.

Todas aquellas personas que en el reconocimiento médico de empresa refirieron sintomatología propia del síndrome de apnea, quejas sobre su sueño o bien síntomas aislados pero con factores de riesgo asociados (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cerebrovasculares) o con profesiones (conductores de camiones, trabajadores en cadenas de montaje, con maquinaria pesada ...) fueron candidatos a realizar un polisomnograma nocturno.

El resultado de esta prueba reveló un diagnóstico positivo de síndrome de apnea del sueño, en el 51 % de los pacientes estudiados.

Según el índice de apnea-hipopnea (IAH) y atendiendo a la directrices de la "Guía de actuación clínica ante los trastornos del sueño del Insalud - Sociedades Científicas" se clasificaron estos casos en leves (IAH < 20), (28%), moderados (IAH 20 - 30), (20%) y severos (IAH > 30), (52%) (Figura 3).

FIGURA 3
Resultado polisomnográfico positivo



A todos ellos se les citó tras la prueba para explicarles el resultado obtenido y las medidas terapéuticas adecuadas a cada caso.

Así a aquellos pacientes con SAOS leve o moderado se les recomendó medidas de higiene de sueño y cambios de hábitos de vida.

A los sujetos con SAOS de grado moderado con profesiones o factores de riesgo asociados y a los de grado severo se les propuso el tratamiento con equipos de presión positiva continua (CPAP) y fueron remitidos con un informe pormenorizado a las Unidades de Sueño Públicas donde se les valora y tramita la asignación de dichos equipos.

Los pacientes con insomnio, hipersomnias... tras descartar causas orgánicas fueron sometidos a tratamiento farmacológico y seguimiento en nuestras consultas de sueño.

En este sentido seguimos trabajando en detectar precozmente estas patologías ya que su control y tratamiento permite conseguir no sólo la salud y el bienestar del trabajador, sino su seguridad y la de aquellos que le rodean y dependen de él en su puesto de trabajo.

Bibliografía

YOUNG T., BLUSTEIN J., FINN L., PALTA M.:

"Sleep - disordered breathing and motor vehicle accidents in a population - based sample of employes adults". *Sleep*. 1997; 20 (8). 608-13.

BONNET M.H., ARAND D.L.:

"We are chronically sleep deprived". *Sleep*. 1995; 18 (10): 908-11.

PETIAU C., KRIEGER J.:

"Somnolence diurne pathologique". *Rev. Med. Interne*. 1997; 18 (3): 210-8.

SPIEGEL R.:

"Subjective sleep assessment and polygraphic criteria". In Weitzman ED. ed. *Sleep and sleeplessness in advantage age*. New York: Spectrum; 1981. 169-88.

MAYCOCK G.:

"Sleepiness and driving: the experience of heavy goods vehicle drivers in the UK". *J. Sleep Res*. 1997; 6: 238-44.