

17

MED
72515
ACG8i
2005

17

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA AURELEO MELEAN
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA.
CAJA NACIONAL DE SALUD

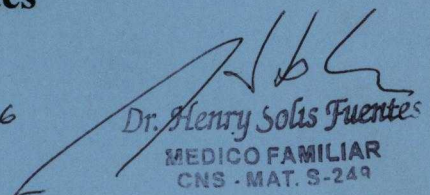


IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES ASEGURADOS DE LA CNS - COCHABAMBA 2005

AUTORES: Dra. Arce Gomez Elfi Bárbara RI M-F
Dra. Calle Misto Lorgia RI M-F

TUTOR: Dr. Msc. Henry Solís Fuentes

VºBº-
10.02.06


Dr. Henry Solís Fuentes
MEDICO FAMILIAR
CNS - MAT. S-249

Cochabamba - Bolivia

INDICE

I.- INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
3.- OBJETIVOS	
3.1.- Objetivos general	2
3.2.- Objetivos específicos	2
4.- MARCO TEORICO	3
4.1.- Concepto	3
4.2.- Epidemiología	3
4.3.- Etiología y patogenia	4
4.4.- Clasificación	7
4.5.- Clínica	9
4.6.- Diagnostico	15
4.7.- Tratamiento	17
5.- DISEÑO METODOLOGICO	20
5.1 Tipo de estudio	20
5.2 Área de estudio	20
5.3 Universo y muestra	20
5.4 Variables	21
5.4 Operacionalización de variables	22
5.5 Material y métodos	24
6.- RESULTADOS	31
7.- CONCLUSIONES	33
8.- DISCUSIÓN	34
9.- RECOMENDACIONES	35
10.- BIBLIOGRAFÍAS	36
11.- ANEXOS	37

1.- INTRODUCCION

En las ultimas décadas se ha comprobado que el sueño es una conducta heterogénea y compleja, que el 8-15 % de la población sufre algún trastorno relacionado con el y que sus alteraciones pueden tener consecuencias importantes sobre la salud.

Un 40 % de las personas mayores consulta en algún momento por trastornos del sueño, además de ser una de las causas principales de consumo farmacológico

Estos trastornos pueden tener consecuencias importantes sobre la salud.

El insomnio es el trastorno del sueño más común, con una prevalencia que varía con la edad (mayor en adultos) y con el sexo (mayor en mujeres).

El 20-30% de la población refiere dificultades para dormir y el 2,6% recibe prescripción de hipnóticos.

Antes de la edad adulta, el insomnio es muy raro. Los trastornos con somnolencia excesiva son menos frecuentes, afectan al 4-9% de la población adulta y se deben principalmente a apneas del sueño.

La prevalencia de narcolepsia es de 1 a 2 casos por cada 2.000 personas.

Las parasomnias son raras en adultos, pero el 15% de los niños presenta alguna vez un episodio de sonambulismo; el 1-6%, terrores nocturnos, y el 20%, pesadillas.

El insomnio persistente es un factor de riesgo de accidentes además de producir alteraciones del humor, afectando la calidad de vida de la persona en forma importante.

Siempre debemos diferenciar un episodio agudo de uno crónico.

Otra de las causas frecuentes de consulta es la somnolencia diurna. Alrededor de un 20 % de los ancianos presenta algún grado de somnolencia diurna observándose, como probables etiologías: estados depresivos, sedentarismo, uso de fármacos para dormir.

De ahí surge la importancia de realizar una investigación de los principales trastornos del sueño que aquejan a la población adulta mayor de 50 años que acude a la consulta de medicina familiar.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los factores sociales, económicos, relacionados con los trastornos del sueño y su repercusión en la función familiar de pacientes que consultan en el servicio consulta externa de Medicina Familiar Policlínico n° 32 de la caja nacional de salud durante el periodo comprendido entre octubre del 2005 a enero del 2006?

3.-OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS. GENERALES

Determinar factores sociales, económicos, relacionados con los trastornos del sueño y su repercusión en la función familiar de pacientes que consultan en el servicio consulta externa de Medicina Familiar Policlínico n° 32 de la caja nacional de salud durante el periodo comprendido entre octubre del 2005 a enero del 2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar la prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes asegurados que consultan en el servicio de medicina familiar del policlínico No 32 CNS.
- 2.- Identificar los factores sociales y económicos relacionados con los trastornos del sueño
- 3.- Determinar que trastornos del sueño son los más frecuentes
- 4.- Determinar el grado de funcionalidad familiar en pacientes con trastornos del sueño
- 5.- Identificar el tipo de actividad laboral que realiza el paciente con trastornos del sueño

6.- Conocer que trastornos del sueño son los más frecuentes según género y edad

7.- Determinar la relación entre trastorno del sueño y niveles de funcionalidad familiar.

4.-MARCO TEORICO

4.1 CONCEPTO

Son todos los trastornos que involucran cualquier tipo de dificultad relacionada con el sueño, incluyendo conciliarlo o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, lapsos excesivos de sueño total o conductas anormales relacionadas con el sueño.

4.2 EPIDEMIOLOGÍA

El *insomnio* es el trastorno del sueño más común, con una prevalencia que varía con la edad (mayor en adultos) y con el sexo (mayor en mujeres). El 20-30% de la población refiere dificultades para dormir y el 2,6% recibe prescripción de hipnóticos.

Antes de la edad adulta, el insomnio es muy raro. Los trastornos con *somnolencia excesiva* son menos frecuentes, afectan al 4-9% de la población adulta y se deben principalmente a apneas del sueño.

La prevalencia de narcolepsia es de 1 a 2 casos por cada 2.000 personas. Las *parasomnias* son raras en adultos, pero el 15% de los niños presenta alguna vez un episodio de sonambulismo; el 1-6%, terrores nocturnos, y el 20%, pesadillas.

4.3 ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

ESTADIOS DEL SUEÑO

La mayoría de datos sobre el sueño se han obtenido mediante el registro nocturno continuo de tres variables electrofisiológicas: la actividad eléctrica cerebral (electroencefalograma, *EEG*), los movimientos oculares (electroculograma, *EOG*) y la

actividad muscular (electromiograma, *EMG*). Mediante estos parámetros se pueden distinguir la vigilia del sueño y, dentro de éste, varias fases diferentes entre sí. Durante la vigilia, con los ojos cerrados, el EEG registra una mezcla de frecuencias relativamente rápidas de baja a moderada amplitud que se designan como *beta* (de 13 a 25 ciclos/seg o Hz) y *alfa* (de 8 a 12 Hz); el EMG (de los músculos de la barbilla) muestra el mayor grado de actividad tónica y el EOG registra movimientos oculares rápidos y parpadeo.

Durante el adormecimiento, los movimientos oculares se vuelven lentos y desconjugados, la actividad EMG disminuye y el ritmo alfa desaparece dando paso a frecuencias más lentas (3-7 Hz) de baja amplitud y a brotes de ondas de mayor voltaje sobre el centro del cráneo (*ondas agudas del vértex*). Este período se conoce como *estadio I*. A continuación aparecen en el EEG los *husos del sueño* (brotes de actividad rítmica a 12-15 Hz en las áreas centrales) y los *complejos K* (brotes de ondas lentas de 1 Hz, de amplitud elevada e igual localización) que son los marcadores del *estadio II*. Los husos de sueño se generan en el tálamo y traducen el bloqueo de la transmisión de impulsos sensoriales hacia el córtex. A partir de este momento el individuo deja de responder a órdenes sencillas y no recuerda los sucesos ocurridos en dicho período.

Al aumentar la profundidad del sueño, es decir, cuando se necesitan estímulos cada vez más intensos para despertar, se registra una *actividad delta* (1-3 Hz) de amplitud elevada, primero durante el 20-50% del tiempo analizado (*estadio III*) y luego en más del 50% (*estadio IV*). Los movimientos oculares son prácticamente indetectables y la actividad EMG, aunque presente, es menor. Después de estos cuatro estadios se produce la transición al *sueño REM* (del inglés, *rapid eye movement*, movimientos oculares rápidos), caracterizado por dichos movimientos que son similares a los de la vigilia (aunque con los ojos cerrados), actividad muscular mínima o inexistente, ya que durante esta fase el individuo está paralizado, y el EEG intermedio entre el de la vigilia y el estadio I, con brotes de ondas a 3-5 Hz (*ondas en diente de sierra*).

Las características de la fase REM son tan distintas de las del resto que el sueño suele dividirse en dos estadios principales: sueño REM y sueño no REM, que incluye los estadios I a IV.

Los diferentes estadios del sueño no se suceden al azar durante la noche, sino que siguen un patrón. En un adulto joven, el sueño se inicia con varios minutos de estadio I, seguido por los estadios II, III y IV. En este punto, la secuencia se invierte, registrándose durante un tiempo los estadios III y II y por fin, unos 60-100 min tras el inicio del sueño, llega la primera fase REM. Después de esta fase el proceso se repite, alternándose 4 o 5 veces 60-90 min de *sueño no REM* con 15-30 min de *sueño REM*. En total, el 75% del sueño nocturno normal es no REM, y el 25%, REM. Estas proporciones varían con la edad. Desde la infancia hasta la vejez se aprecia una disminución progresiva de los estadios III y IV, así como del tiempo empleado en dormir.

Aparte de los cambios en el EEG, el EOG y el EMG, hay un cortejo de variables fisiológicas que se modifican durante el sueño. Por ejemplo, en la fase REM, el control de la temperatura corporal es ineficaz y se hace dependiente de la temperatura ambiental, a diferencia del sueño no REM y la vigilia, que es independiente. Además, en la fase REM, la respuesta ventilatoria al CO₂ disminuye, la presión arterial aumenta, así como el gasto cardíaco, la frecuencia respiratoria, el consumo de oxígeno corporal, el flujo sanguíneo cortical cerebral y la actividad neuronal individual del cerebro. Estas funciones disminuyen al inicio del sueño y se mantienen regulares a lo largo de la fase no REM. Durante el sueño REM ocurren también erecciones peneanas.

En esta fase, sobre todo, es cuando se produce la actividad onírica, los sueños, que habitualmente recordamos al despertar. Una de las características más destacables de la fase REM es el cese de la actividad muscular del cuerpo. Sólo el diafragma y los músculos extraoculares mantienen parcialmente su actividad habitual. Esta parálisis de la musculatura estriada se debe a una inhibición de las moto neuronas por los núcleos de la formación reticular del tronco cerebral.

SECRECIÓN HORMONAL Y SUEÑO

El ritmo de secreción de algunas hormonas hipotálamohipofisarias parece estar ligado al ciclo sueño-vigilia. Por ejemplo, la hormona de crecimiento (hGH) y la prolactina presentan picos en sus valores plasmáticos en relación con el sueño. La hGH tiene sus concentraciones mínimas a lo largo del día y sólo se produce un pico de secreción durante la primera hora de sueño, asociado a los estadios III y IV. Los valores

plasmáticos de prolactina llegan al máximo hacia la mitad o final de la noche. Sin embargo, si el sueño nocturno normal se retrasa o adelanta, la secreción de esas hormonas acompaña al nuevo período de sueño. Los picos de hGH son más acusados en las edades de la vida en que el sueño lento es más abundante, como en la infancia y pubertad, y disminuyen con la edad, al igual que el sueño lento. Otras hormonas, como el cortisol, la melatonina, la renina y la aldosterona, tienen un ritmo independiente del sueño.

El del cortisol es muy resistente a los cambios externos, con una fase quiescente que empieza antes del inicio del sueño y abarca dos terceras partes de él. Durante la madrugada se reinicia la secreción de cortisol, y los valores más altos se alcanzan antes de despertar. La supresión o desfase del horario de sueño normal durante varios días no interrumpe el ritmo de secreción del cortisol.

RITMOS CIRCADIANOS

La repetición periódica del sueño y la vigilia cada 24 h no depende sólo del exterior (el día y la noche), sino que parece estar impresa en nuestro organismo, ya que un ritmo similar (de unas 25 h) persiste después de suprimir todas las influencias de tiempo externas. Otras funciones biológicas en el hombre y otros seres vivos tienen variaciones rítmicas de alrededor de 24 h como, por ejemplo, la secreción hormonal, la temperatura corporal, la excreción urinaria de potasio, la secreción gástrica y la secreción ácida renal. El hecho de que estos ritmos duren más o menos un día hace que se conozcan como ritmos circadianos (*circa*: alrededor).

La temperatura corporal, por ejemplo, tiene un ritmo circadiano muy estable de alrededor de 24 h, con un mínimo en las primeras horas de la madrugada y elevaciones mantenidas el resto del día. El período de menor temperatura suele estar sincronizado con la aparición del sueño nocturno, pero los ritmos de la temperatura y el sueño pueden hacerse independientes en caso de aislamiento prolongado en condiciones libres de horario.

La estructura normal del sueño, con 60-90 min de sueño no REM previos al primer período REM, también se modifica en estas condiciones, pudiendo aparecer fases REM al inicio del sueño. Hay dos marcadores de ritmo independientes: el de la