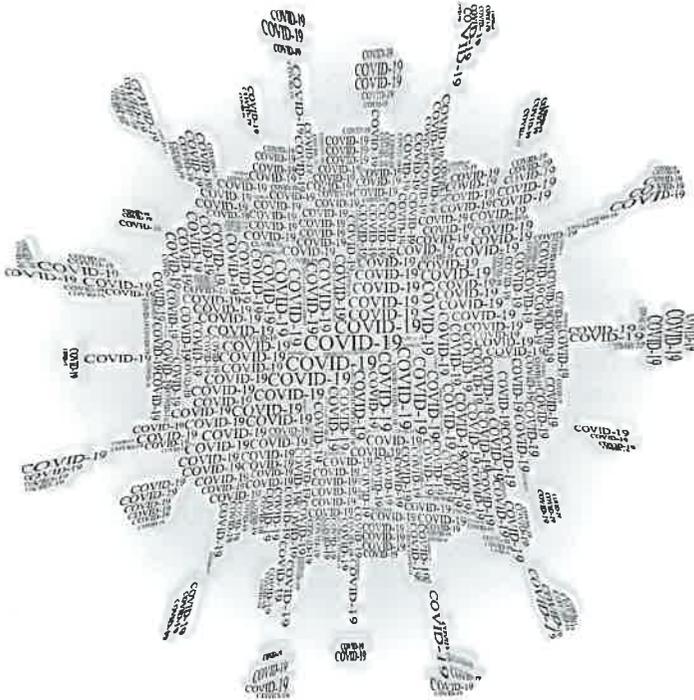




ASENARCO

ASOCIACION ESPAÑOLA DEL SUEÑO

HIGIENE DEL SUEÑO EN TIEMPOS DE COVID-19



¿Qué necesitas saber sobre el sueño?
Cómo cuidarlo y prevenir patologías

ASENARCO (Asociación Española del Sueño)
C/ Honorio García Condoy nº 12 int. Local Teléfono 976 282 765
info@asenarco.es www.asenarco.es



TRANSTORNOS DEL SUEÑO EN EPOCA DE COVID-19 CONSEJOS PARA VIVIR EN PANDEMIA

- QUE ES EL SUEÑO *Página 3*
- LOS CICLOS DEL SUEÑO *Página 4*
- CUANTAS HORAS NECESITO DORMIR *Página 5*
- EL AUMENTO DE LOS TRANSTORNOS DEL SUEÑO POR COVID-19 *Páginas 6-7*
- INTERRELACION ENTRE LA ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO Y EL PERIODO COVID-19 *Páginas 8-9*
- HIPERSOMNIA DIURNA EN EPOCA COVID-19 *Páginas 10-11*
- TRABAJADORA SOCIAL Y ASESORIA JURIDICA *Página 12*
- TELETRABAJO, RIESGO PROBLEMAS DE INSOMNIO *Página 13*
- 12 CONSEJOS PARA AYUDAR A CONCILIAR EL SUEÑO *Páginas 14-15*
- APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) *Páginas 16-19*
- HIPERSOMNIA DIURNA *Páginas 20-23*
- NARCOLEPSIA *Páginas 24-25*
- INSOMNIO Y TECNICAS DE RELAJACION *Página 26*
- CUESTIONARIO EVALUACION TRANSTORNOS DEL SUEÑO *Página 27*

Edita: ASENARCO

*Asociación Española del Sueño
C/ Honorio García Condoy nº 12 int. Local
ZARAGOZA Teléfono: 976 282 765*

Diseño y Maquetación: ASENARCO

Colaboradores:

Ana Silvia Altabás del Río
Doctora Licenciada en Psicología
María José Serrano Esteban
Asesoría Jurídica ASENARCO
M^a Angeles Abad Blasco
Trabajadora Social ASENARCO
Prof. Dr. José M^a Marín
*Catedrático Medicina
Hospital Univ. Miguel Servet, Zaragoza*
Dr. Juan José Ortega-Albás
*Coordinador Unidad Sueño
Hospital General Universitario Castellón*
Dr. Ginés Sabater García
Director Médico Vitalia Home

QUE ES EL SUEÑO



El sueño es un conjunto de estados fisiológicos y comportamentales, esenciales para el correcto funcionamiento del sistema nervioso, provocando, una buena calidad de este, efectos muy beneficiosos, tanto en lo físico como en lo emocional.

El ser humano invierte un tercio de su vida en dormir.

La duración del sueño nocturno varía en función de la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. Mientras dormimos, nuestro cerebro no descansa totalmente, ya que se mantiene activo controlando nuestras funciones vitales, como la respiración, la digestión y la circulación, entre otras.

A lo largo del sueño se producen cambios en el funcionamiento de nuestro cerebro y nuestro cuerpo, atravesando etapas que aseguran que nuestro organismo vuelve a funcionar con todo su potencial.



Las alteraciones en este ámbito de descanso pueden afectar directamente a otras patologías o agravar las presentes.

La Sociedad Española de Neumología estima que entre un 20% y un 48% de la población adulta española sufre dificultades para iniciar o mantener el sueño, siendo el insomnio el problema más frecuente en este sentido.

Según los expertos, la pandemia también ha provocado secuelas relacionadas con el sueño en muchos paciente de COVID-19 que presentan peor calidad de sueño, llegándose a hablar incluso del insomnio persistente como otra de las consecuencias de la pandemia.

El estrés provoca una disminución del tiempo de sueño.

LOS CICLOS DEL SUEÑO

Nuestro sueño es cíclico y se divide en ciclos de aproximadamente 90 minutos que se repiten durante las ocho horas recomendables, pudiendo encadenar entre cuatro y seis ciclos seguidos.

FASE I: ETAPA DE ADORMECIMIENTO, TRANSICION

Comprende aproximadamente los diez primeros minutos de sueño.

FASE II: ETAPA DE SUEÑO LIGERO.

Ocupa aproximadamente el 50% de nuestros ciclos de sueño.

Nuestra respiración y nuestro ritmo cardiaco se van ralentizando.

FASE III: ETAPA DE TRANSICION, SUEÑO PROFUNDO

Es una fase corta de apenas dos o tres minutos en la que nos acercamos al sueño profundo

FASE IV: ETAPA DE SUEÑO PROFUNDO O DE FASE DELTA

Suele ocupar aproximadamente un 20% del total del ciclo.

Es la etapa más importante, determina la calidad del descanso.

FASE V: FASE DE SUEÑO REM

Ocupa un 25% de nuestro ciclo y dura entre 15 y 30 minutos.

Se caracteriza por tener una alta actividad cerebral.



CUANTAS HORAS NECESITO DORMIR

Las necesidades del descanso no son iguales para todos.

El principio de ocho horas de sueño, ocho de trabajo y ocho de ocio, no es vigente en el actualidad.

Diferentes estudios de investigación realizados para determinar cuánto tiempo tenemos que dormir en cada etapa de la vida, arrojaron los siguientes resultados:

RECIEN NACIDOS: (0-3 meses): deben dormir entre 14 y 17 horas.
Nunca menos de 11 ni más de 19 horas.

BEBES: (4 a 11 meses): deben dormir entre 12 y 15 horas
Mínimo 10 horas y máximo 18.

NIÑOS: (1 a 2 años): deben de dormir entre 11 y 14 horas.
No menos de 9 y no más de 16 horas.

NIÑOS: (3 A 5 AÑOS): deben de dormir entre 10 y 13 horas.
No menos de 8 y no más de 14 horas.

NIÑOS: (6 a 13 años): deben de dormir entre 9 y 11 horas.
No menos de 7 y no más de 12 horas.

ADOLESCENTES: (14 a 17 años): deben de dormir entre 8 y 10 horas.
Nunca menos de 7 ni más de 11 horas.

JOVENES: (18 A 25 años): deben dormir entre 7 a 9 horas.
No menos de 6 ni más de 11 horas.

ADULTOS: (26 a 64 años): deben de dormir entre 7 a 9 horas.
No menos de 6 ni más de 10 horas.

Tabla de sueño en bebés, niños y adolescentes

Edad	Rango de sueño recomendado	Rango de sueño aceptable
0 a 3 meses	14 a 17 horas	11 a 19 horas
4 a 11 meses	12 a 15 horas	10 a 18 horas
1 a 2 años	11 a 14 horas	9 a 16 horas
3 a 5 años	10 a 13 horas	8 a 14 horas
6 a 13 años	9 a 11 horas	7 a 12 horas
14 a 17 años	8 a 10 horas	7 a 11 horas

AUMENTO TRANSTORNOS

La crisis sanitaria por COVID-19, ha supuesto un impacto en el bienestar físico y psicológico de la población.

Durante la pandemia la cifra de pacientes que han manifestado insomnio se ha disparado del 4,17% hasta un 37%

Esta situación de estrés y ansiedad vivida ha aumentado los múltiples problemas de sueño que los adultos presentan antes de la pandemia. La dificultad de inicio del sueño por la noche, los despertares nocturnos y la fatiga durante el día, son algunos de los problemas más consultados.

Entre los trastornos del sueño el insomnio es la principal alteración del sueño sufrida por el sexo femenino. Esto ha llevado a que su estado de salud empeore y con ello su sistema inmunológico.

El miedo, la incertidumbre, los sentimientos de frustración, el confinamiento en casa, el temor a contraer la enfermedad, el agravamiento de un trastorno previamente adquirido, han sido los principales desencadenantes de estrés, creando en las personas un incremento de alerta emocional y dificultando así el inicio del sueño por la noche.

El insomnio, uno de los problemas más comunes en el proceso de envejecimiento, se ha visto agudizado en las personas de edad.



DEL SUEÑO POR COVID-19



La reducción de las salidas, la pérdida del contacto con su red social y familiar ha agravado el sentimiento de soledad afectando a su estado emocional y anímico, provocando una mayor fatiga durante el día, somnolencia diurna, una falta de cuidados, o incluso miedo a morir en la UCI sin poder ver a sus familiares perjudicando la calidad y cantidad de sueño.

Esta pandemia, también ha afectado a los más jóvenes.

El cambio de rutinas, la exposición a las pantallas, la falta de sueño junto con las pesadillas, han hecho que hayan aumentado los problemas familiares provocados por compartir espacios limitados durante un largo periodo de tiempo, y han generado reacciones emocionales y de conducta en los niños.

Entre las acciones para mejorar la calidad del sueño y de vida que se ha visto afectada por la situación de COVID-19, la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento más eficaz para los trastornos del sueño.

Debido a la necesidad de adaptarse a los pacientes y a las restricciones impuestas por COVID-19, actualmente, la terapia cognitivo-conductual a través de plataformas digitales (dCBT) es la opción preferente para el tratamiento del insomnio.



*D^a Ana Altabás del Río
Doctora Univ. Zaragoza
Licenciada en Psicología
Master en Medicina*

INTERRELACION ENTRE LA ALTERACION

Las situaciones de estrés pueden tener repercusiones sobre la salud mental de la población, que pueden incluir alteraciones en la calidad del sueño.

Si analizamos el efecto de la pandemia del COVID-19 ha tenido y tiene sobre el sueño en toda su expresión, podemos extraer la conclusión que, en geriatría, en personas mayores de 70 años y con vida en residencias para mayores, el virus en su entrono global, ha modificado el patrón sueño-vigilia de esta especial población y ha incrementado las alteraciones.

Por varios motivos. En primer lugar, el padecimiento propio de la infección. Mejor dicho, no solo la infección, que ha podido ser asintomática o subclínica, sino la enfermedad en sí misma. El contexto COVID-19 ha significado algo más que un padecimiento. Ha sido un proceso evolutivo aún permanente desde la primoinfección hasta el resultado de la postvacunación.

COVID-19 en resumen no sólo ha provocado daños físicos y psíquicos a quien lo ha padecido, sino que el confinamiento ha generado muchos problemas en las actividades básicas de la vida diaria de esta población. La experiencia global (con enfermedad o sin ella), es que el COVID-19 ha generado un aumento de las alteraciones del sueño. Inicialmente, el insomnio, pero posteriormente la hipersomnia diurna.

Ambas íntimamente implicadas.



DEL PATRON DEL SUEÑO Y EL PERIODO COVID-19



La modificación del patrón sueño (nocturno) – vigilia (diurna) que hemos visto en este periodo de COVID-19 ha sido, según nuestra experiencia, a un efecto secundario de determinados tratamientos aplicados, y a la propia acción del virus en el SNC dada su especial capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica.

Los casos más frecuentes han sido (en una población de 6.788 pacientes mayores de 70 años)

	PREVALENCIA PREVIA	MODIFICACION COVID-19
INSOMNIO (CONCILIACION)	35%	+ 17%
INSOMNIO (MADRUGADA)	26%	+ 21%
INSOMNIO (PARASOMNIAS)	7%	+ 2%
APNEA DEL SUEÑO	41%	+ 5%
HIPERSOMNIA DIURNA	24%	+ 16%
SD. PIERNAS INQUIETAS	7%	+ 2%

La incidencia y prevalencia de estas alteraciones en nuestra población está bien medida, sin embargo, cuando se realiza el ingreso de la persona a la residencia, como reflejo de datos epidemiológicos reales, solo un 10% de los individuos acredita tener problemas del sueño. Pero realmente, es el 85% de los pacientes que entran los que tienen algún tipo de disturbo. Lo cual implica que estamos lejos de diagnosticar con certeza el porcentaje real de cada uno de esos problemas, siendo el insomnio el más común de todos y la apnea la menos diagnosticada. Cuando la prevalencia una vez diagnosticada es del 41% (en nuestro Grupo), causante ésta, a su vez, del 67% de los casos de insomnio.

Estamos en esa línea de diagnóstico, pero dado que en muchos casos hay deterioro cognitivo acompañado a otras situaciones de salud, el tratamiento con CPAP se complica por la baja compliance. Cumplimentación que es mayor en pacientes más jóvenes y de estado cognitivo conservado.

Dr. Ginés Sabater García
Director Médico
GRUPO VITALIA HOME

Durante la pandemia por el coronavirus SARS-COVID-19, la hipersomnía, que engloba tanto la somnolencia diurna excesiva como un mayor número de horas de sueño durante el periodo de 24 horas, ha supuesto un reto para los especialistas del sueño, que han recibido múltiples consultas por este motivo.

En la Unidad de Sueño, hemos atendido consultas telefónicas y presenciales, tanto de población general como de sanitarios de nuestro Hospital. Debemos establecer dos niveles de consulta:

1: PACIENTES CON HIPERSOMNIA DIURNA SIN PATOLOGIA DE SUEÑO PREVIA.

La causa fundamental ha sido el insomnio agudo secundario a stress. La dificultad para conciliar el sueño, para mantenerlo, o el despertar precoz provocan cuadros de hipersomnía aguda.

También hay que constatar como otras causas el sueño insuficiente durante el confinamiento, el retraso de fase (personas que se dormían muy tarde y se levantaban algo más tarde de lo habitual), y la hipersomnía vespertina atribuible a periodos de siesta prolongados con posterior inercia de sueño (“borrachera de sueño”).

Las dificultades observadas en los pacientes diagnosticados de narcolepsia/hipersomnía idiopática han sido consecuencia de un menor grado de cumplimiento en las medicaciones prescritas durante el confinamiento, lo que incrementaba su hipersomnía. Ello ocurrió tanto en las medicaciones estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC) de dispensación en farmacias (recetas caducadas, miedo a ir a la farmacia...), como en los tratamientos integrales de dispensación exclusivamente hospitalaria.



Nivel 2: PACIENTES CON HIPERSOMNIA DIURNA QUE YA PRESENTABAN PATOLOGIA DE SUEÑO PREVIA.

También en este caso, el insomnio crónico preexistente se ha visto reagudizado durante la pandemia.

Otra de las causas de hipersomnias ha sido la constatación de que los pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS), han presentado un menor grado de cumplimiento de su Terapia Respiratoria Domiciliar (TRD), ya fuera CPAP o BIPAP; en muchos casos el menor cumplimiento era por la irregularidad horaria, y también recibimos muchas consultas referentes a si la CPAP debía utilizarse en la época COVID, por los aerosoles que provocaba y por si la infectividad pudiera ser mayor.

Las dificultades observadas en los pacientes diagnosticados de narcolepsia/hipersomnias idiopáticas han sido consecuencia de un menor grado de cumplimiento en las medicaciones prescritas durante el confinamiento, lo que incrementaba su hipersomnias.

Ello ocurrió tanto en las medicaciones estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC) de dispensación en farmacias (recetas caducadas, miedo a ir a la farmacia...), como en los tratamientos integrales de dispensación exclusivamente hospitalaria.

Para minimizar estos aspectos, en nuestro Hospital mantuvimos línea telefónica abierta, prescripción telemática y envío por mensajería por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria al domicilio de los pacientes.

Creemos que la sociedad en su conjunto ha mejorado sus prestaciones en general, y su valoración sobre la importancia de la salud en particular, incluido el sueño, uno de los pilares básicos de salud.



Dr. Juan José Ortega -Albás
Somnólogo experto (European Sleep Research Society)
Coordinador de la Unidad Multidisciplinar de Sueño
Hospital General Universitario de Castellón



IMPORTANCIA DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Desde este departamento trabajamos diversas funciones:

- **Función preventiva:**

A través de una actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social. Elaboramos y ejecutamos proyectos de intervención para grupos de población en situaciones de riesgo social.

Informamos sobre los diferentes trastornos del sueño, problemáticas, dando a conocer la entidad y servicios que ofrece la Asociación.

- **Función de atención directa:**

Responde a la atención de socios y familiares que presentan o están en riesgo de presentar, problemas de índole social.

El objetivo es:

Potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas para afrontar por sí mismas futuros problemas.

Orientar, informar y atender tanto a socios y familiares de la asociación como a cualquier persona que se acerque tanto personalmente como telefónicamente o vía correo electrónico a Asenarco.

- **Función de planificación:**

Se refiere a la acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de la misma.

Organizar, planificar las actividades coordinándose con otras entidades y profesionales.

Utilizar la derivación a otros profesionales y la coordinación.

Presentación de proyectos, subvenciones gestionadas y ofrecidas por administraciones públicas o privadas y obras sociales.

Tramitar cualquier documento relacionado con su trabajo, solicitud de dependencia, ayudas, solicitud del certificado de discapacidad,.....

TELETRABAJO RIESGO DE PROBLEMAS INSOMNIO



A partir de los problemas ocasionados por la Pandemia por COVID-19, el teletrabajo se ha impuesto como modalidad de empleo. Esta nueva modalidad de regular el trabajo desde nuestro hogar, tiene ventajas pero también muchos inconvenientes.

Esta dinámica laboral representa hoy en día un alto factor de riesgo de insomnio, ya que se ha constatado que se experimenta dificultad para conciliar el sueño, pudiendo ser fragmentado y de menor calidad.

Estudios realizados han constatado que se alteran los ritmos circadianos y los hábitos que se han adquirido durante la pandemia. Regular el funcionamiento de los ritmos circadianos es determinante para obtener una mayor calidad del sueño.

Para que tu cuerpo y tu cerebro entiendan que hay horas para levantarse, alimentarse, trabajar, ocio, descansar y dormir es necesario que se establezcan rutinas respetando los horarios establecidos.

El trabajo cubre un periodo de tiempo, así que una vez finalizado no es recomendable seguir pegados al dispositivo electrónico. La desconexión de los dispositivos horas antes de irnos a dormir es fundamental para contrarrestar los efectos negativos que tiene la exposición a la luz azul sobre la segregación de melatonina durante la noche.

Otro factor negativo del teletrabajo es la ansiedad, hay que buscar alternativas para que el trabajar desde casa no se convierta en una tortura que nos mantenga en vigilia durante la noche.



12 CONSEJOS A CONCILIAR

1.- ESTABLECE UNOS HORARIOS

Establece unos horarios fijos de acostarse y levantarse, evitando permanecer en la cama fuera de las horas de sueño.

2.- RESPETA LAS HORAS DE SUEÑO.

Varían según la edad. Un adulto precisa de 7 a ocho horas de sueño.

3.- BUSCA LA LUZ SOLAR.

Exponete a la luz natural al levantarse y busca el sol para realizar las primeras actividades matutinas.

4.- REALIZA EJERCICIO FÍSICO.

Realizar ejercicio físico de intensidad moderada todos los días, al menos durante 30 minutos es saludable.

No es recomendable realizar ejercicio físico tres horas antes de irte a acostar.

5.- ORDENA LAS COMIDAS.

Marca unos horarios fijos para comer y cenar, intentando distribuir las comidas en cinco tomas a lo largo del día.

Intenta respetar no comer y beber grandes cantidades al menos dos horas antes de irte a la cama y que la cena sea ligera.

6.- SI ERES FUMADOR, PROCURA DEJAR EL TABACO.

Si no puedes abandonar ese vicio, busca ayuda en tu farmacia o médico.



PARA AYUDARTE R EL SUEÑO.



7.- EVITA SIESTAS LARGAS.

Evita siestas largas superiores a 20 minutos.

Las siestas cortas poseen beneficios cardiovasculares y mentales.

Evita dormir la siesta al menos siete horas antes de ir a dormir.

8.- EVITA DISPOSITIVOS ELECTRONICOS.

Evita la luz azul de las pantallas de cualquier dispositivo electrónico, al menos dos horas antes de ir a la cama. Utiliza las horas previas para relajarte.(lectura, música). Una ducha es muy relajante y te ayudará a relajarte.

9.- ORGANIZA TU DORMITORIO.

Separa ambientes de trabajo, estudio, ocio y vida familiar.

El dormitorio debe de ser un espacio tranquilo, con poca luz, bien ventilado, limpio y con una temperatura confortable.

10.- FUERA ESTRÉS.

Evita actividades estresantes en las horas previas a acostarse.

11.- CONSULTA AL FARMACEUTICO.

Acude a tu farmacéutico para utilizar soluciones nutricionales y complementos naturales para tu relajación.

12.- ACUDE A TU MEDICO.

Si se mantiene la dificultad para conciliar el sueño y descansar, buscará soluciones para poder remediar tu problema.



APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

¿QUE ES LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS)?

Es un problema muy común que afecta a la respiración durante el sueño. Apnea significa ausencia de respiración durante varios segundos y las personas que la padecen tienen episodios de apnea en número variable a lo largo de toda la noche. Durante estos episodios, al no entrar suficiente aire a los pulmones, el nivel de oxígeno en la sangre se reduce.

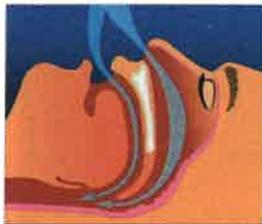
¿QUE FACTORES INFLUYEN EN LA PRESENCIA DE AOS?

Los episodios de apnea suceden principalmente en personas con cuello ancho y exceso de tejido graso alrededor de la faringe y en la lengua. La AOS puede aparecer a cualquier edad, incluido niños, pero es más frecuente en hombres, en mujeres tras la menopausia y en general en mayores de 65 años.

Las personas en mayor riesgo de padecer AOS son las que:

- 1) tienen adenoides o úvula muy engrosadas
- 2) tienen otros familiares con AOS,
- 3) tienen una mandíbula pequeña (micrognatia) o retraída hacia atrás (retrognatia)
- 4) las que tienen cuello ancho o exceso de peso (obesidad).

Vía aérea normal



Vía aérea obstruida



Aparato de CPAP





¿CUALES SON LOS SINTOMAS DE LA AOS?

Muchas personas no son conscientes de tienen apneas nocturnas. Algunos síntomas claves de AOS son descritos por otras personas que conviven con el paciente.

Podemos clasificar los síntomas de AOS según aparezcan durante el sueño o durante el día:

Síntomas más frecuentes durante el sueño:

Ronquido fuerte que molesta el sueño de los demás convivientes.

Sonidos de jadeo o asfixia

Pausas de respiración observadas por alguien que vigila su sueño

Movimientos del cuerpo intentando abrir el paso al aire en la garganta obstruida

Frecuentes despertares durante el sueño

Síntomas más frecuentes al despertarse durante el día:

Sensación de no haber dormido suficiente

Dolor de cabeza matutina

Sensación de garganta seca y dolorosa

Somnolencia diurna

Sensación de cansancio y fatiga a lo largo del día

Irritabilidad y cambios de personalidad

Pérdida de memoria, de concentración y de iniciativa



¿ COMO SE REALIZA EL DIAGNOSTICO DE AOS?

Si Ud cree que tiene AOS, debe comunicarlo a su médico de familia y éste decidirá si se necesita realizar un estudio de sueño y otras pruebas adicionales.

La AOS se diagnostica mediante estudio de sueño. Este estudio puede realizarse a domicilio la mayoría de las veces mediante un polígrafo de fácil colocación. En casos en los que el paciente tiene problemas para realizar este estudio en su casa, puede realizarse el estudio mediante ingreso de una noche en un laboratorio de sueño. En todo caso, como mínimo las variables que se monitorizan son el flujo respiratorio, la frecuencia respiratoria, la oxigenación y los movimientos del tórax.

¿ES PELIGROSO PADECER AOS?

La AOS produce un descanso durante el sueño de mala calidad y poca cantidad. La falta de sueño reparador puede producir una tendencia a los accidentes de tráfico y laborales. Con el tiempo la AOS favorece el desarrollo de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares.

¿ COMO SE TRATA LA AOS?

La AOS tiene varios tratamientos efectivos y cada tratamiento debe ser elegido dependiendo de la gravedad de la AOS y de los factores que han contribuido a su existencia. Si el principal factor de riesgo es la obesidad, la pérdida de peso puede hacer desaparecer la AOS. Debe evitarse el alcohol y el tabaco en todos los casos ya que empeoran la AOS. Debe adoptarse una posición lateral durante el sueño (por ejemplo, utilizando pelotas de tenis cosidas a la espalda del pijama) o aumentar el número de almohadas.



El uso de un dispositivo de presión positiva aérea continua (CPAP en sus siglas en inglés) aplicado mediante una mascarilla nasal o facial, es el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con AOS.

La maquina de CPAP trabaja proporcionando un flujo de aire a presión positiva que actúa expandiendo la vía aérea superior, evitando su colapso durante el sueño y por tanto el desarrollo de apneas. La presión de la CPAP debe establecerse de forma individual para cada paciente con AOS durante un segundo estudio de sueño o alternativamente, mediante un sistema automático de CPAP. Cuando está adecuadamente prescrito, este tratamiento elimina el ronquido del paciente y mejora la somnolencia diurna.

Existen otros procedimientos terapéuticos que pueden estar indicados para ciertos pacientes.

La cirugía puede ser efectiva si existen anomalías de la vía aérea superior y debe ser cuidadosamente valorada tras un estudio específico por parte de un especialista en ORL o cirugía maxilo-facial.

Existen dispositivos intra-orales (p.e.férulas) que ayudan a mantener la mandíbula y/o la lengua avanzada durante el sueño y con ello reducir el riesgo de apneas. Estos dispositivos pueden ser útiles en casos de sujetos no obesos y con AOS de grado leve.

En todo caso deben ser evaluados individualmente para cada paciente por parte del dentista.

NOTA. Textos tomados en parte de "ATS PatientEducation Series © 2017 American ThoracicSociety". www.thoracic.org

*Prof. Dr. José M^a Marín
Catedrático de Medicina
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza*

HIPERSOMNIA DIURNA

La **hipersomnía diurna** no es una enfermedad.

Es un **síntoma** que observamos frecuentemente en las Unidades de Sueño y motivo frecuente de consulta especializada.

Podría definirse como la **sensación subjetiva de sueño inapropiado** a una hora y en una situación que no corresponden. En ocasiones el paciente no refiere tal hipersomnía, sino una sensación más vaga de cansancio o fatiga. Lo habitual es que se manifieste en forma de somnolencia diurna excesiva, aunque en ocasiones lo hará como un exceso de horas de sueño, a pesar de lo cual el paciente se queja de sueño no reparador.

Para valorar la existencia y la gravedad de una hipersomnía diurna disponemos de medidas subjetivas y objetivas.

A/- Medidas subjetivas. Son las escalas de somnolencia.

Las más conocidas y utilizadas son la escala de Epworth y la escala de Stanford.

Situación	Puntaje			
	0	1	2	3
1. Sentado y leyendo.	0	1	2	3
2. Viendo televisión.	0	1	2	3
3. Sentado en un lugar público (ej. cine, reunión).	0	1	2	3
4. Viajando como pasajero en un auto durante 1 hora.	0	1	2	3
5. Descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten.	0	1	2	3
6. Sentado y conversando con alguien.	0	1	2	3
7. Sentado en un ambiente tranquilo después del almuerzo (sin alcohol).	0	1	2	3
8. En un auto, mientras se encuentra detenido por algunos minutos en el tráfico.	0	1	2	3

Se considera normal una puntuación < 10 puntos. Una puntuación de 15 puntos o superior expresa una hipersomnía grave.

Medidas objetivas. Se trata de pruebas que realizamos de forma habitual en las Unidades de Sueño, para cuantificar de forma objetiva la somnolencia excesiva. Básicamente son el Test de Latencias Múltiples de Sueño (TLMS) y el Test de Mantenimiento de la Vigilia (TMV). Son muy fiables, pero son complejos de llevar a cabo y consumen tiempo y recursos.

El TLMS y el TMV deben lógicamente complementarse con la Polisomnografía nocturna (PSG), que es el *gold standard* del estudio de los trastornos de sueño.

A continuación vamos a enumerar las **causas de hipersomnía diurna**:

1.- Sueño insuficiente: es la causa más frecuente de hipersomnía diurna, sobre todo en la sociedad actual. En general dormimos menos de lo necesario y ello genera una deuda de sueño.

2.- Sueño fragmentado: sueño con múltiples interrupciones y por tanto de mala calidad. Esta fragmentación, en ocasiones, provoca insomnio al no poder mantener el sueño de forma eficiente. Hay que buscar la causa de esta fragmentación:

A.- Apnea obstructiva de sueño (AOS). La fragmentación del sueño y la somnolencia mejoran drásticamente con el tratamiento con CPAP/BIPAP. Sin embargo, un pequeño grupo de pacientes, habitualmente con apnea del sueño grave, presentan hipersomnía a pesar de estar bien tratados, lo que se denomina somnolencia residual al AOS. Puede tratarse con estimulantes de la vigilia a bajas dosis.



B.- Movimiento periódico de piernas/extremidades

C.- Otras enfermedades que cursan con fragmentación de sueño: dolor de cualquier causa, artritis, epilepsia, asma, EPOC, disfunción urinaria, reflujo gastro-esofágico, colon irritable.

3.- Hipersomnias primarias del Sistema Nervioso Central (SNC)

Narcolepsia. Somnolencia diurna excesiva grave y ataques de sueño irresistibles. Su cuadro clínico lo completan la cataplejía (debilidad muscular breve y brusca desencadenada por emociones), la parálisis de sueño (cerebro despierto en un cuerpo dormido que no puede moverse) y las alucinaciones durante el sueño (visuales, auditivas, táctiles, etc)

Hipersomnia idiopática. Somnolencia diurna excesiva sin cumplir criterios de narcolepsia. Suelen dormir un número excesivo de horas y les cuesta mucho levantarse de la cama y estar despejados a primera hora de la mañana (*"borracheira de sueño"*)

Síndrome de Kleine-Levin. Infrecuente. Hipersomnia durante unos días, en los que llegan a dormir 20-22 horas/día. Es recurrente, pasando periodos normales que alternan con accesos de hipersomnia. Suele acompañarse de hiperfagia (comen compulsivamente), hipersexualidad y trastornos graves del comportamiento.



4.- Hipersomnias en enfermedades del SNC

Muchas enfermedades del SNC pueden cursar con hipersomnias diurnas, por lo que hay que tenerlas en cuenta. Las más frecuentes son:

Enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer

Encefalopatías tóxico-metabólicas como la encefalopatía hepática o renal

Tumores

5.- Enfermedades psiquiátricas

La mayor parte de los pacientes con *depresión* sufren insomnio; no obstante hay que recordar que algunos pacientes deprimidos tienen hipersomnias diurnas.

6.- Fármacos e hipersomnias diurnas

Muchos fármacos pueden provocar hipersomnias, lo que debe ser tenido en cuenta. En general y entre los grupos principales están los sedantes, hipnóticos, antidepresivos, ansiolíticos, antihistamínicos, antiepilépticos, antihipertensivos, neurolepticos, agonistas dopaminérgicos, etc.



Dr. Juan José Ortega -Albás

Somnólogo experto (EuropeanSleepResearchSociety)

Coordinador de la Unidad Multidisciplinar de Sueño

Hospital General Universitario de Castellón



NARCOLEPSIA

Trastorno de sueño incluido entre las **hipersomnias** de origen en el Sistema Nervioso Central.

Su prevalencia se estima entre los 20 y los 50 casos por cada 100.000 habitantes, por tanto puede considerarse una enfermedad relativamente rara. Suele presentarse en gente joven, con una incidencia más elevada entre los 15-25 años. En este momento se considera que es una enfermedad autoinmune, con ataque a nuestras propias neuronas cerebrales productoras de la hormona hipocretina, con una base genética y un desencadenante ambiental.

Clínicamente se manifiesta por:

1.- Ataques de sueño. Suelen ocurrir a cualquier hora del día. En ocasiones provocan siestas breves en situaciones inapropiadas, que son muy refrescantes

2.- Catapleja. Es el síntoma más específico de narcolepsia. Se manifiesta como una debilidad muscular desencadenada por las emociones (la risa es el más frecuente); la catapleja puede ser parcial (debilidad de piernas, caída de los párpados, desencajamiento de la mandíbula, dificultad para articular palabras...) o progresar a catapleja generalizada, con caída al suelo.

Es importante subrayar que la catapleja cursa con conciencia plena, sin disminución o pérdida de la misma.

3.- Alucinaciones durante el sueño. Son alucinaciones visuales (imágenes), auditivas (voces) o experienciales (sentir la presencia de alguien sentado en la cama, de una persona que te toca el brazo...). Estas alucinaciones se presentan sobre todo al inicio o al final del sueño.



NARCOLEPSIA

4.- Parálisis de sueño: definida como “cerebro despierto en un cuerpo dormido”. El paciente se despierta, pero no se puede mover. Tan sólo puede mover los ojos y respirar. En ocasiones las alucinaciones se asocian con la parálisis de sueño

5.- Sueño fragmentado. El interruptor cerebral que nos hace estar despiertos o dormidos no funciona bien, al faltarle la hipocretina. Se apaga durante el día (ataque de sueño), y se enciende durante la noche (despertares múltiples).

TRATAMIENTO

A.- Medidas no farmacológicas: siestas regladas, apoyo psicológico, social mediante pertenencia a asociaciones y grupos de apoyo, adecuación a puestos de trabajo no monótonos ni que requieran permanecer inactivo durante largos periodos.

B.- Medidas farmacológicas: en este momento el tratamiento busca el control de los síntomas antes descritos. Oxibato sódico, Pitolisant, Modafinil, Dimetilfenidato, antidepressivos...

C.- El futuro es prometedor, con tratamientos orientados a reemplazar la hipocretina.



*Dr. Juan José Ortega -Albás
Somnólogo experto (EuropeanSleepResearchSociety
Coordinador de la Unidad Multidisciplinar de Sueño
Hospital General Universitario de Castellón*



INSOMNIO Y TECNICAS DE RELAJACION

Una de las técnicas especialmente indicada para el insomnio de conciliación, es decir, el que impide quedarnos dormidos, es el *mindfulness*. Consiste en adoptar una actitud para volver a conectar con uno mismo. Cuando intentamos dormir y aparece la preocupación, mediante el *mindfulness* consigue que la intensidad de estas preocupaciones se reduzca.

El ejercicio que se propone en estos casos es el denominado *escáner corporal*. Se trata de una meditación que permite conectar con el cuerpo, mediante un recorrido mental por el mismo. El objetivo que se pretende conseguir es centrarse plenamente en el presente para evitar los pensamientos obsesivos.

Focalizamos la atención en la imagen y sensación que se produce al visualizar los dedos del pie derecho, seguimos por el resto del pie, subimos por la pierna (tobillo, rodilla, muslo, ingle). Recorriendo cada parte profundamente con la mente. Seguimos con el pie izquierdo y hacemos lo mismo.

A continuación, el itinerario pasa por la parte pélvica, caderas, nalgas.

El trayecto visual se centra en la zona lumbar, abdomen y el torso superior.

El escaneo llega hasta las venas situadas en la caja torácica, después continua por las clavículas y los hombros.

Se visualiza los dos brazos a la vez, empezando por las puntas de los dedos, hasta los hombros. Por último, llegamos al cuello y la garganta.

Terminaremos en la sensación que proporciona centrarse en la cara y la cabeza.

Lo importante de este escaneo es percibir profundamente las sensaciones corporales mediante nuestra propia voluntad. Podemos imaginarnos que nuestro cuerpo está en otro lugar. Se puede realizar, sentado, en la cama o incluso de pie. Sobre todo, es muy importante practicarlo libre de juicios sobre si lo estamos realizando bien, centrándonos en nosotros mismos para percibir hasta el más mínimo detalle insignificante que podamos sentir en nuestro cuerpo.

*D^a Ana Altabás del Río
Doctora Univ. Zaragoza
Licenciada en Psicología
Master en Medicina*

CUESTIONARIO EVALUACION
TRANSTORNOS DEL SUEÑO



- A pesar de haber dormido durante la noche, siente sueño durante el día.?
- Se siente cansado aunque haya dormido suficiente tiempo.?
- Siente muchas ganas de dormir durante el día.?
- Se despierta dos o tres horas antes de lo acostumbrado y tiene dificultades para volver a dormir.?
- Se despierta antes de su horario habitual y ya no se puede quedar dormido.?
- Se despierta durante la noche con dificultades para volver a dormir.?
- Se despierta a mitad de la noche y no consigue volver a dormir.
- Al acostarse, permanece despierto una hora o más antes de poder dormir.?
- Tarda en quedarse dormido después de que se acuesta.?
- Tiene dificultades para quedarse dormido.?
- Tiene insomnio.?
- Se sofoca o se atraganta mientras duerme.?
- Ha sentido que se detiene su respiración mientras duerme.?
- Ha sentido dificultades para respirar por las noches.?
- Ha sentido que no puede moverse o se siente paralizado al empezar a despertarse.?
- Se orina en la cama.?
- Rechina los dientes cuando esta dormido.?
- Se han comentado que camina dormido.?
- Habla dormido.?
- Le han comentado que ronca mientras duerme.?
- Se da cuenta de que ronca cuando duerme?
- Por la noche le duelen las piernas o se le acalambran.?
- Cuando intenta dormir, siente dolor o cosquilleo en las piernas.?
- Tiene pesadillas.?
- Consume medicamentos que le quitan el sueño.?
- Consume medicamentos para poder conciliar el sueño.?
- Ha sentido que no puede moverse o se siente paralizado al empezar a dormir.?

TUS SUEÑOS SON NUESTROS SUEÑOS



Asociación Española del Sueño

ASENARCO

C/ Honorio García Condoy nº 12 Int. Local

Teléfono 976 282 765

info@asenarco.es www.asenarco.es

