

# *Adaptación de puesto de trabajo en dos casos de narcolepsia*

*Belén Vico Garcerán<sup>a</sup>, Monserrat Monzó Salas<sup>a</sup>, Francisco Cuenca Esteve<sup>a</sup>,  
José Luis Domingo<sup>a</sup>*

Recibido: 7 de junio de 2012  
Aceptado: 26 de enero de 2013

---

## RESUMEN

Describimos dos casos de trabajadores valorados en nuestro Servicio de Prevención, el primero trabajaba como pinche de cocina de un hospital y la segunda era médico de Atención Primaria, ambos estaban diagnosticados de narcolepsia y tenían reconocido distinto grado de minusvalía. Se evaluaron los riesgos de sus puestos de trabajo, se analizaron sus tareas, se les realizó un reconocimiento médico y se prescribieron unas recomendaciones adaptativas, incluyendo evitar la exposición a riesgo de accidentes y medidas para adecuar la higiene del sueño. La narcolepsia es una enfermedad poco frecuente pero con importantes repercusiones socio-laborales. Un mejor conocimiento de la enfermedad y la adaptación de puestos de trabajo pueden ayudar a mejorar la calidad de vida los trabajadores que la padecen.

**PALABRAS CLAVE:** Narcolepsia, discapacidad, riesgos laborales.

---

## WORKPLACE ACCOMODATIONS FOR TWO WORKERS WITH NARCOLEPSY

### ABSTRACT

We describe the case of two workers evaluated in our occupational health unit. The first worker was a kitchen aide; the second was a primary care physician. Both had been diagnosed with narcolepsy and had obvious disability. We assessed occupational hazards related to their jobs, analysed their tasks, and performed medical examinations. Afterwards, we offered recommendations to the patients, consisting of avoidance of situations involving a risk of work accidents and improving their sleep habits. Narcolepsy is a rare disorder, but it has important social and occupational consequences. A better understanding of the disease and some work accommodations can help improve the quality of life of affected workers.

**KEYWORDS:** Narcolepsy, disability, occupational risks

---

<sup>a</sup> Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.  
Hospital Clínico Universitario. Conselleria de Sanitat,  
Valencia, España

**Correspondencia:**  
Belén Vico Garcerán  
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales  
Hospital Clínico Universitario  
Blasco Ibañez 17  
46010 Valencia  
vico\_bel@gva.es

## INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de la vigilancia de la salud es detectar a los trabajadores especialmente sensibles para poder aplicar medidas preventivas adaptando el puesto a las capacidades del trabajador. Los trastornos del sueño pueden afectar a la actividad laboral de los trabajadores, por lo que los médicos del trabajo deben conocer estas patologías para poder identificarlas y evitar repercusiones negativas en relación con el desempeño del trabajo. A continuación se describen dos casos de trabajadores diagnosticados con narcolepsia que fueron atendidos en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

## DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

El primer trabajador era pinche de cocina de un hospital, y solicitó una valoración por nuestro Servicio de Prevención para adaptación de su puesto. La segunda trabajadora era médico de Atención Primaria que acudía a un reconocimiento periódico. Los dos trabajadores fueron atendidos por nuestro servicio entre diciembre de 2010 y abril 2011. Ambos trabajadores estaban diagnosticados de narcolepsia, el primero desde los 50 años y la segunda a los 34 años de edad, ambos tenían reconocida minusvalía (de un 19% por trastorno de ansiedad generalizada y enfermedad del sistema nervioso central en el caso del primer trabajador, y del 33% por enfermedad del sistema nervioso central en el caso de la segunda afectada). Referían que ocasionalmente presentaban crisis de somnolencia que podían interferir en su trabajo, aunque llevaban tratamiento farmacológico para la enfermedad (oxibato sódico). En el primer caso se realizó una identificación de riesgos del puesto y en el segundo caso se revisó la evaluación de riesgos realizada previamente. Se analizaron las tareas en ambos puestos de trabajo y se les realizó un reconocimiento médico, en el que no se apreciaron limitaciones físicas para el desempeño de sus tareas salvo signos y síntomas compatibles con Síndrome del Túnel Carpiano derecho en caso del trabajador de cocina, que estaba pendiente de intervención por esta causa. Para ambos se solicitó informe especializado en relación con su patología neurológica, incluyendo exploraciones complementarias para el diagnóstico de narcolepsia, descripción del tratamiento farmacológico prescrito y datos acerca de la evolución de su enfermedad, que en ambos casos estaba parcialmente controlada con el tratamiento pautado.

Las recomendaciones adaptativas tienen como objetivo evitar las crisis de somnolencia y/o sus consecuencias durante la jornada laboral, el riesgo de accidentes y la disminución del rendimiento laboral. En particular, se indicó a ambos trabajadores que debían evitar conducir durante trayectos largos, que debían realizar pausas periódicas de unos 15-20 minutos dos veces por turno de trabajo, coincidiendo con las crisis de hipersomnia, para poder realizar siestas re-

paradoras. Este último aspecto, en el caso del trabajador de cocina, requería garantizar la disponibilidad de un lugar adecuado (con sillón reclinable). En relación con ello, la legislación sobre lugares de trabajo<sup>1</sup> indica que cuando lo exijan motivos de seguridad o salud, los trabajadores dispondrán de un local de descanso, no aplicándose al personal de despachos o en lugares de trabajo similares que ofrezcan posibilidades de descanso.

Para ambos trabajadores se recomendó evitar la realización de turnos nocturnos, en el caso de la médica incluyendo la no realización de guardias médicas. En el caso del trabajador de cocina se propuso también un cambio de puesto de trabajo a pinche de planta, con tareas de distribución de los alimentos en platos, reparto y recogida de la comida, evitando así el trabajo en cocina que conlleva riesgo de accidentes por manejo de objetos cortantes, contactos térmicos y eléctricos, utilización de maquinaria peligrosa y utilización de productos cáusticos, además de mayor exposición a movimientos repetitivos.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La narcolepsia es una enfermedad crónica caracterizada por una alteraciones en la regulación del ciclo sueño-vigilia. Estudios poblacionales encuentran una prevalencia en Europa de un caso por cada 2000-4000 habitantes<sup>2</sup>, y, aunque no es una enfermedad frecuente, su impacto en la calidad de vida de puede ser considerable<sup>3</sup>.

Según los criterios diagnósticos de la *American Academy of Sleep Medicine* (Tabla 1) la narcolepsia se caracteriza por somnolencia diurna excesiva con “ataques de sueño” en momentos inapropiados, y habitualmente se acompaña de cataplejía. Es aconsejable que el diagnóstico se confirme mediante polisomnografía nocturna seguido de un test de latencias múltiples de sueño<sup>4</sup>.

El diagnóstico diferencial incluye patologías como la apnea obstructiva durante el sueño, el síndrome de piernas inquietas y otras entidades que pueden cursar con excesiva somnolencia, como sueño insuficiente, otros trastornos del ciclo sueño-vigilia, depresión o consumo de alcohol o drogas. La confirmación del diagnóstico permite iniciar el tratamiento con fármacos<sup>5</sup>.

Para mejorar el control de los síntomas, es útil establecer unas medidas de higiene del sueño, realizando un patrón de sueño-vigilia lo más regular posible, evitando privaciones de sueño o alteraciones del ritmo circadiano como ocurre en los cambios laborales de turno. Las siestas cortas a intervalos estratégicamente situados, junto con los fármacos son mucho más eficaces que el tratamiento farmacológico aislado<sup>6</sup>.

Los problemas laborales son a menudo las consecuencias psicosociales más importantes de la narcolepsia, ya que las alteraciones de memoria y la falta de concentración afectan al rendimiento laboral. Se ha descrito también un mayor riesgo de accidentes. Según algunos estudios, más del 80% de

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de narcolepsia, con o sin cataplejía según la ICSD (2005) (*International Classification of Sleep Disorders, American Academy of Sleep Medicine*).

NARCOLEPSIA CON CATAPLEJIA	NARCOLEPSIA SIN CATAPLEJIA
<p>A. El paciente se queja de excesiva somnolencia diurna, que ocurre casi diariamente durante al menos tres meses</p> <p>B. Una historia de cataplejía definida como episodios repentinos y transitorios de pérdida del tono muscular desencadenados por emociones</p> <p>C. En la medida de lo posible, debería confirmarse el diagnóstico mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– PSGn seguida de una PMLS: la latencia media de sueño debe ser menor o igual a ocho minutos con dos o más entradas en REM, tras seis horas o más de sueño nocturno</li> <li>– Niveles de hipocretina-1 en LCR menores o iguales a 110 pg/mL o un tercio de los valores normales de los controles</li> </ul> <p>D. La hipersomnía no es explicada por otro trastorno del sueño, neurológico o mental, por uso de medicamentos o trastorno de abuso de sustancias</p>	<p>A. El paciente se queja de excesiva somnolencia diurna, que ocurre casi diariamente durante al menos tres meses</p> <p>B. No existe cataplejía o los episodios son dudosos</p> <p>C. En la medida de lo posible, debería confirmarse el diagnóstico mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– PSGn seguida de una PMLS: la latencia media de sueño debe ser menor o igual a ocho minutos con dos o más entradas en REM, tras seis horas o más de sueño nocturno</li> </ul> <p>D. La hipersomnía no es explicada por otro trastorno del sueño, neurológico o mental, por uso de medicamentos o trastorno de abuso de sustancias</p>

PSGn: polisomnografía nocturna; PMLS: prueba múltiple de latencias de sueño; REM: *rapid eye movement*; LCR: líquido cefalorraquídeo

los narcolépticos sufren episodios de hipersomnía en el trabajo y la tasa de desempleo en los afectados se ha calculado entre el 30 y el 59%. A los costes socioeconómicos de la enfermedad hay que añadir los costes indirectos por jubilaciones anticipadas<sup>7</sup>. A pesar de sus potenciales efectos sobre el rendimiento laboral, no hay criterios objetivos o consenso para cuantificar la repercusión de la enfermedad en el trabajo<sup>8</sup>. Existen pruebas para valorar la somnolencia diurna, como la Escala de Somnolencia de Epworth, pero son métodos subjetivos<sup>9</sup>.

En los casos anteriormente descritos se refleja el retraso en el diagnóstico (uno a los 50 años y la otra a los 34 años de edad), el diferente grado de discapacidad concedido para la misma enfermedad, y se ilustran posibles ajustes a nivel laboral para disminuir las repercusiones socio-profesionales.

El diagnóstico precoz, un tratamiento adecuado y ajustes a nivel social y laboral, como evitar turnos nocturnos, permitir siestas reparadoras, evitar la conducción en periodos de somnolencia o en trayectos largos, evitar las situaciones con riesgo de accidentes (trabajos en solitario o en determinados lugares o situaciones) y mantener una adecuada higiene del sueño, pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Sería necesaria más información para poder evaluar objetivamente las repercusiones laborales de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo (RD 486/1997 de 14 de abril de 1997).
2. Ohayon MM, Priest RG, Zully J, Smirne S, Paiva T. Prevalence of narcolepsy symptomatology and diagnosis in the European general population. *Neurology*. 2002; 58(12):1826-33.
3. Vignatelli L, Plazzi G, Peschechera F, Delaj L, D'Alessandro R. A 5-year prospective cohort study on health-related quality of life in patients with narcolepsy. *Sleep Med*. 2011; 12:19-23.
4. American Academy of Sleep Medicine The international classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. 2nd Ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
5. Bové A. Esquema de abordaje en la consulta primaria de los trastornos del sueño más frecuentes. *Vigilia-Sueño*. 2007; 18 (Supl 1):16-21.
6. Morgenthaler T, Kapur V.K, Brown, Swick TJ, Alessi C, Aurora R, et al. Practice Parameters for the Treatment of Narcolepsy and other Hypersomnias of Central Origin. An American Academy of Sleep Medicine Report. *Sleep*. 2007; 30(12): 1705-11.
7. Bayon V, Léger D, Philip P. Socio-professional handicap and accidental risk in patients with hypersomnias of central origin. *Sleep Med Rev*. 2009; 13: 421-6.
8. Ingravallo F, Vignatelli L, Brini M, Brugaletta C, Franceschini C, Lugaresi F, et al. Medico-legal assessment of disability in narcolepsy: an interobserver reliability study. *J Sleep Res*. 2008; 17:111-9.
9. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991; 14: 540-545.