

# **NEUROFISIOLOGIA**

# **TRASTORNOS DEL SUEÑO. SONAMBULISMO EN ADULTOS.**

## **EXPERTOS DE VALIDACIÓN INTERNA (Autores)**

### **Dra. Yaimí Rosales Mesa**

Especialista de I Grado en Neurofisiología Clínica. Asistente.

### **Dra. Arelys Pérez Cué**

Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Doctora en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar. Profesor Consultante.

### **Lic. Gema Scull Planas**

Licenciada en Psicología.

## **EXPERTOS DE VALIDACIÓN EXTERNA**

### **Dr.Cs. José Anías Calderón<sup>†</sup>**

Especialista de II Grado en Fisiología. Profesor Titular. Profesor Consultante. Investigador Titular de la Universidad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. La Habana, Cuba.

### **Dr.C. Alfredo Álvarez Amador**

Especialista de II Grado en Fisiología. Profesor Titular. Investigador Titular del Centro de Neurociencias. La Habana, Cuba.

### **Dr. Ramón Beguería Santos**

Especialista de II Grado en Neurología. Profesor Auxiliar. Profesor Consultante del Servicio de Neurología del Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

## **Servicio de Neurofisiología Clínica**

[yaimi.rosales@infomed.sld.cu](mailto:yaimi.rosales@infomed.sld.cu)

Teléfono: 876-1753

Actualización: febrero 2012

## **DEFINICIÓN** (Ackroyd, 2010)

El sonambulismo es un trastorno del *arousal* (alertamiento), caracterizado por manifestaciones conductuales, alteración de la percepción y de la capacidad de juicio, relativa falta de respuesta al entorno y amnesia retrógrada. Pertenecce a una de las principales categorías de clasificación de los trastornos del sueño: las parasomnias, que consisten en fenómenos anormales, principalmente motores, que ocurren durante el sueño o durante la transición vigilia-sueño.

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS** (Jurado y Lluch, 2010)

Según la II Clasificación internacional de los trastornos del sueño (en inglés ICSD 2):

- Deambulaci3n que ocurre durante el sueño
- Persistencia de sueño, alteraci3n de conciencia o del juicio demostrados por una de las características siguientes:
  - Dificultad para despertar a la persona
  - Confusi3n mental cuando despierta de un episodio
  - Amnesia (completa o parcial) del episodio
  - Conducta rutinaria que ocurre en momentos inapropiados
  - Conducta peligrosa o potencialmente peligrosa
- El proceso no puede ser explicado por otra alteraci3n del sueño, enfermedad m3dica neurol3gica o psiquiátrica, ni por el uso de medicamentos o sustancias químicas

**Elementos que complementan los criterios diagn3sticos** (Ackroyd, 2010; Attarian, 2011)

- Eventos que ocurren en el primer tercio del periodo sueño a partir de la fase de sueño profundo
- Típicamente los ojos se mantienen abiertos y la expresi3n facial es de confusi3n
- Conducta variable: desde sentarse súbitamente en la cama, abandonar el lecho y deambular de forma automática hasta saltar por una ventana, conducir un automóvil o exhibir conducta sexual. El sujeto puede murmurar, hablar o gritar
- La conducta vigorosa o violenta predomina en el sexo masculino
- El paciente o su compaño de cama puede resultar dañado
- Los pacientes con sonambulismo que debuta en la adolescencia o persiste desde la infancia, presentan mas frecuentemente trastornos psiquiátricos (Lam, 2009)

- Posible comorbilidad con otras parasomnias o epilepsias
- Trastornos respiratorios durante el sueño: frecuente en adultos
- Factores precipitantes (Pressman, 2007)
  - privación de sueño
  - horarios irregulares de sueño
  - Fiebre
  - Estrés
  - Despertar forzado
  - Déficit de magnesio
  - Intoxicación por drogas (alcohol)
  - Determinados medicamentos:
    - ✓ Sedantes/hipnóticos (zolpidem)
    - ✓ Antidepresivos (amitriptilina, paroxetina)
    - ✓ Neurolépticos (litio, reboxetina)
    - ✓ Estimulantes (cafeína y otros)
    - ✓ Antibióticos (fluoroquinolona)
    - ✓ Antiparkinsonianos (levodopa)
    - ✓ Anticonvulsivantes (topiramato)
    - ✓ Antihistamínicos
- Antecedentes familiares de trastorno del arousal

**Cuadro \_\_\_\_:** Diagnóstico diferencial (Kotagal, 2009; Jurado y Lluch, 2010)

Aspecto	Trastorno del arousal	Trastorno de conducta durante el sueño REM*	Crisis epiléptica nocturna del lóbulo frontal
<b>Edad inicio (años)</b>	3 -8	> 50	Cualquier edad
<b>Sexo</b>	M = F	M > F	M > F
<b>Antecedente familiar de parasomnia</b>	Frecuente	Ausente	Variable
<b>Momento de la noche</b>	Usualmente primer tercio	Al menos 90 minutos después de iniciado el sueño	Variable
<b>Fase de sueño</b>	NREM* (N3)	REM*	NREM* (usualmente N2)
<b>Factores precipitantes</b>	Habitualmente	Ausentes	No siempre
<b>Episodios/noche</b>	Usualmente 1	De 1 a varios	Probablemente varios
<b>Duración del episodio</b>	10–30 min	1–2 min	Segundos-3 min
<b>Patrón motor</b>	No	No	Sí

stereotipado			
Nivel de conciencia	Dormido durante el episodio. Confuso si se despierta en el episodio	Dormido durante el episodio. Normal después.	Variable. Con frecuencia alterado durante y después de la crisis
Activación autonómica	Intensa	Ausente	Variable
Recuerdo del episodio	Ninguno o escaso	Sí (de la ensoñación)	Variable

**M:** masculino. **F:** femenino. **NREM:** sueño sin movimientos oculares rápidos. **REM:** sueño con movimientos oculares rápidos. **N3:** etapa 3 del NREM (sueño profundo). **N2:** etapa 2 del NREM (sueño superficial). \*: en inglés

## CLASIFICACIÓN (Lam, 2009)

Clasificación de las parasomnias según la ICSD 2:

- **Trastornos del *arousal* (sueño NREM)**
  - Sonambulismo
  - Terrores nocturnos
  - Despertar confusional
- **Parasomnias usualmente asociadas al sueño REM**
  - Trastorno de conducta en sueño REM (incluye combinación con alteraciones del arousal y status dissociatus)
  - Parálisis del sueño aislada recurrente
  - Pesadillas
- **Otras parasomnias**
  - Trastornos disociativos nocturnos
  - Catatrenia (sonido peculiar, como un gemido, emitido en la espiración durante el sueño)
  - Síndrome de la explosión cefálica (percepción súbita de ruido o explosión violenta en la cabeza)
  - Alucinaciones hipnagógicas (al inicio del sueño) o hipnopómpicas (al despertar)
  - Trastorno alimentario durante el sueño
  - Enuresis
  - Parasomnia debida al uso de drogas o sustancias
  - Parasomnia debida a alteración médica

## PROCEDERES DIAGNÓSTICOS BÁSICOS O CONFIRMATORIOS, O AMBAS

(Ackroyd, 2010)

- **Interrogatorio detallado al paciente y algún testigo** sobre:
  - Descripción detallada del evento
  - Nivel de conciencia antes, durante y después
  - Hora de la noche y tiempo después de dormido en que ocurre
  - Recuerdo del evento
  - Daño asociado
  - Factores precipitantes
  - Somnolencia diurna
  - Antecedentes familiares
- **Examen físico y psicológico**
- **Video-polisomnograma** (video-PSG): registro simultáneo de múltiples variables electrofisiológicas y conductuales durante el sueño. Cuando la clínica es dudosa posibilita el diagnóstico diferencial entre parasomnias o con las epilepsias. Imprescindible si se sospecha comorbilidad con otros trastornos del dormir (Kushida et al., 2005). Puede requerir previa privación de sueño. (Kotagal, 2009; Attarian, 2011)
- **Videos caseros**: pueden resultar de utilidad ante la imposibilidad de realizar video-PSG. (Tinuper et al., 2007; Kotagal, 2009)
- **Agenda o diario del sueño**: durante 2 semanas consecutivas se registran los horarios, patrones y variabilidad diaria del sueño y los eventos
- Para el diagnóstico diferencial ante posibles crisis epilépticas nocturnas: electroencefalograma (EEG)

En caso de enfermedades asociadas, los pacientes serán referidos a los protocolos asistenciales correspondientes.

## RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

### Tratamiento no farmacológico

**Medidas generales** (Ackroyd, 2010; Wilson et al., 2010; Attarian, 2011)

Dirigidas a garantizar la seguridad del paciente, la corrección de factores precipitantes y el tratamiento de enfermedades subyacentes:

- No tratar de despertar al paciente
- Conducirlo suavemente de nuevo hacia la cama
- Dormir en planta baja, lejos de las escaleras

- Quitar de la habitación los objetos con filo o que puedan romperse
- Cerrar bien las ventanas, si son de vidrio hay que cubrirlas con cortinas gruesas
- Cerrar las puertas, sobre todo de la calle y balcones
- Puede colocarse una campana, sonajero o alarma en la puerta del cuarto u otra en que se considere necesario
- Acostarse en horarios regulares (casi siempre a la misma hora)
- Evitar privación de sueño
- Limitar la cafeína, alcohol y nicotina de 4- 6 horas antes de acostarse
- No acostarse inmediatamente después de comer
- No bañarse con agua caliente antes de acostarse
- Orinar antes de acostarse
- Eliminar los estímulos sonoros, visuales y táctiles en la habitación
- Combatir la fiebre
- Evitar el estrés y la fatiga
- No realizar tareas relacionadas con el trabajo antes de dormir
- Si el trastorno ocurre diariamente a una misma hora después de dormirse, despertarlo 15 a 20 minutos antes y mantenerlo despierto durante el tiempo que habitualmente dura el episodio
- Tratar las enfermedades subyacentes (síndrome de apnea obstructiva del sueño, movimientos periódicos de los miembros, trastornos psiquiátricos)
- Suspender el uso de medicamentos que precipiten los episodios

***Psicoterapia:*** se añade si fallan las medidas anteriores. Preferible para el tratamiento a largo plazo. Puede incluir: (Ackroyd, 2010; Attarian, 2011)

- Técnicas de relajación
- Hipnosis

**Tratamiento farmacológico** (Attarian, 2011)

Puede ser necesario en las siguientes situaciones: (Harris y Grunstein, 2009; Ackroyd, 2010)

- Severidad o persistencia que causa significativa alteración del sueño o probabilidad de daño al paciente o su compañero de cama
- La frecuencia de los eventos ocasiona afectación familiar o excesiva somnolencia diurna
- Presencia de síntomas inusuales
- El tratamiento no farmacológico ha sido inefectivo

Recomendaciones generales:

- Puede ser utilizado de forma continua en casos graves o reservarse para las noches en las que el paciente desea garantizar la prevención, evitar situaciones comprometedoras (por ejemplo, al dormir en hoteles o en casas ajenas) o cuando las circunstancias que concurren (estrés, privación de sueño) vaticinan ocurrencia del evento.
- Iniciar a dosis baja
- Incrementar gradualmente acorde a la respuesta
- Suministrar por vía oral 1 hora antes de acostarse

***Primera opción:***

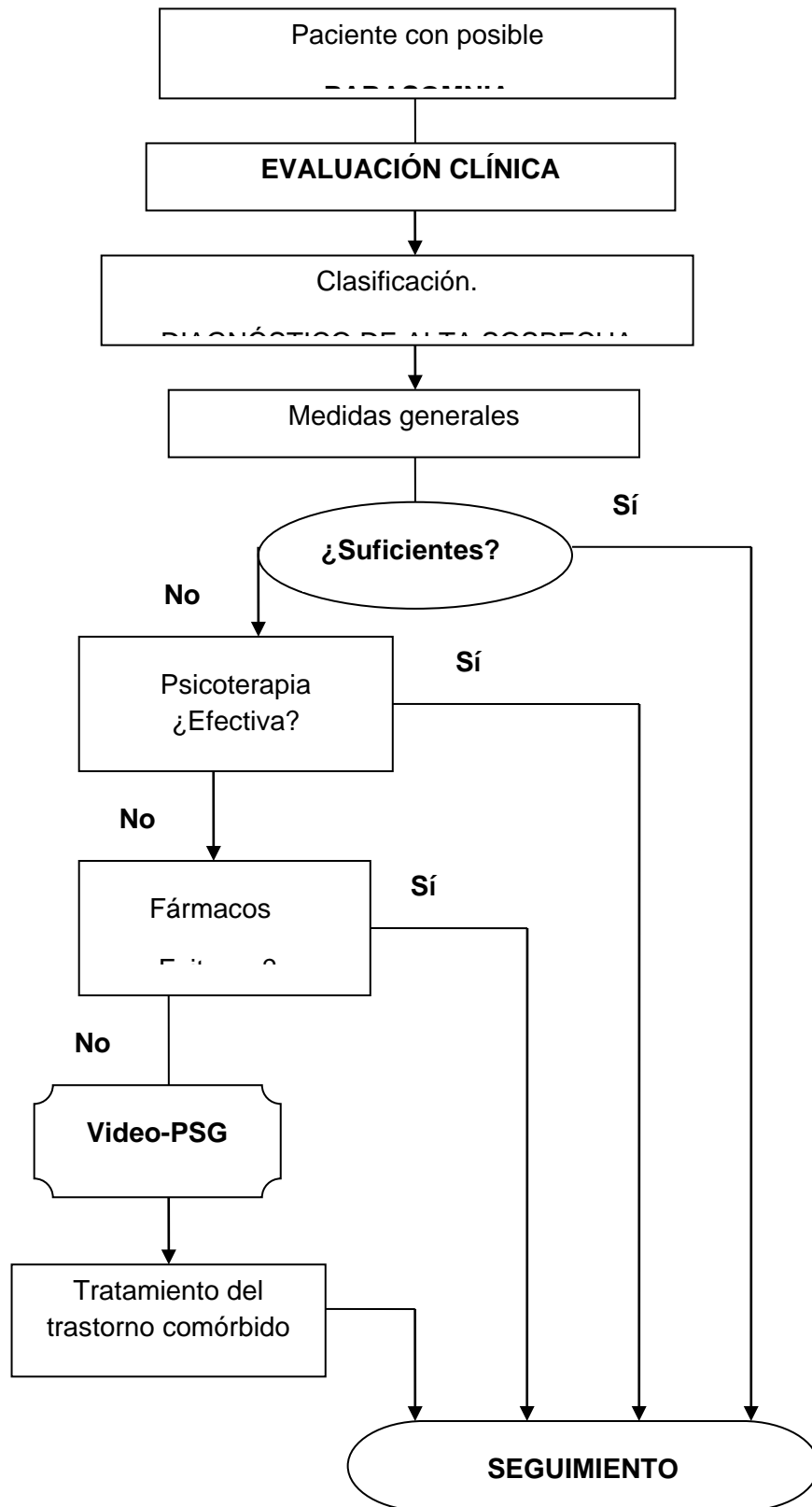
- Benzodiazepinas:
  - Clonazepam (tabletas de 0.25, 1 y 2 mg): 0,25-2 mg
  - Diazepam (tabletas de 5 mg): 5-10 mg

***Segunda opción:***

- Antidepresivos tricíclicos: empleo excepcional cuando las benzodiazepinas son inefectivas.
  - Clomipramina (tabletas de 25 mg): 25-100 mg
  - Desipramina (tabletas de 25 mg): 50-200 mg
  - Imipramina (tabletas de 25 mg): 50-150 mg



## ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



**Seguimiento** (Ackroyd, 2010; Attarian, 2011)

De forma regular al inicio de instaurado el tratamiento para valorar eficacia, efectos adversos, necesidad de variar la dosis, suspender o cambiar el fármaco. Citar nuevamente transcurrido 1 mes, sobre todo si se emplea terapia farmacológica. Si la conducta durante los episodios es violenta, se recomienda valoración cada 3-6 meses.

El medicamento puede ser retirado después de 3-5 semanas sin recurrencia de los síntomas. Esto en ocasiones provoca incremento de la frecuencia de los eventos debido al efecto rebote.

## EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

<b>Indicadores de estructura</b>	<b>Estándar (%)</b>
<b><i>Recursos humanos</i></b>	
% Personal entrenado (especialista y personal auxiliar) para aplicar el PA	>95
<b><i>Recursos materiales</i></b>	
% Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	>95
% Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	>95
% de los recursos para la aplicación de investigaciones	>95
<b><i>Recursos organizativos</i></b>	
% estructura organizativa para facilitar la aplicación del PA	100
% Planillas Recolección Datos por paciente atendido	100
% Planillas incorporadas a la Base de Datos electrónica	100
<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Estándar (%)</b>
% pacientes valorados en consulta especializada	≥ 85
% pacientes con algoritmo diagnóstico según lo expuesto en el PA	≥ 50
% pacientes con tratamiento específico	≥ 75
% pacientes perdidos de seguimiento	< 5
<b>Indicadores de resultados</b>	<b>Estándar (%)</b>
% pacientes que refieren mejoría	> 70
% pacientes con satisfacción de la atención psicológica recibida	> 80

% pacientes con seguimiento sistemático durante 6 meses	> 50
% pacientes con complicaciones	< 10

## BIBLIOGRAFÍA

Ackroyd, G. (2010): Somnambulism (Sleep Walking). [online] Disponible en: <<http://emedicine.medscape.com>> [Consultado Febrero 12, 2012]

Attarian, H. (2011): Parasomnias in adults. Disponible en: <<http://bestpractice.bmj.com>> [Consultado Diciembre 16, 2011]

Harris, M., y R.R. Grunstein (2009): Treatments for somnambulism in adults: Assessing the evidence. Sleep Med. Rev. ,13(4):295-297.

Jurado, M.J., y M.A. Lluch (2010): Parasomnias y trastornos del movimiento. Pediatr. Integral, XIV(9):711-719.

Kotagal, S. (2009): Parasomnias in childhood. Sleep Med. Rev., 13 (2):157-168.

Kushida, C.A., M.R. Littner, T.I. Morgenthaler, C.A. Aless, D. Bailey, et al. (2005): [Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005](#). Sleep, 28(4): 499-521.

Lam S.P., S.Y-Y. Fong, M. W-M. Yu, S. X. Li, y Y.K. Wing (2009): Sleepwalking in psychiatric patients: comparison of childhood and adult onset. Aust. N. Z. J. Psychiatry, 43(5): 426-430.

Pressman, M.R. (2007): Factors that predispose, prime and precipitate NREM parasomnias in adults: Clinical and forensic implications. Sleep Med. Rev., 11(1):5-30.

Tinuper, P., F. Provini, F. Bisulli, L. Vignatelli, G. Plazzi, et al. (2007): Movement disorders in sleep. Guidelines for differentiating epileptic from non-epileptic motor phenomena arising from sleep. Sleep Med Rev. , 11(4):255-267.

Wilson, S.J., D.J. Nutt, C. Alford, S.V. Argyropoulos, D.S. Baldwin, et al. (2010): British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. J. Psychoph., 24(11):1577-1600.

