

Título: TRASTORNOS DEL SUEÑO. PARASOMNIAS EN ADULTOS.

Autores:

Dra. Yaimí Rosales Mesa. Especialista de 1er. Grado en Neurofisiología Clínica. Profesora Asistente.

DraC. Dra. Arellys Pérez Cué. Especialista de 2º Grado en Otorrinolaringología. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Auxiliar y Consultante.

Dr. Juan Miguel Riol Lozano. Especialista de 1er. Grado en Neurología. Profesor Asistente.

Servicio de Neurología
Email: neuro@hha.sld.cu

Introducción

El sueño es un estado que ocupa un tercio de la vida del ser humano. Su adecuada calidad y cantidad es esencial para la salud. La prevalencia mundial de los trastornos del sueño oscila entre 45-60 %. Sin embargo, una parte significativa de ellos queda sin diagnóstico y/o tratamiento adecuado. Numerosos autores señalan entre las posibles causas, el insuficiente conocimiento acerca del sueño normal y patológico.

El estudio del sueño se ha convertido a nivel internacional en una necesidad asistencial debido a su elevada prevalencia e importante repercusión individual y social, que incluyen afectación de la productividad y del desempeño cognitivo, incremento de la probabilidad de accidentes laborales y de tránsito, del riesgo de morbilidad y mortalidad, así como disminución de la calidad de vida. De hecho, la somnolencia es el factor precipitante en 10 % de los accidentes del tránsito y dentro de esa cifra es la responsable en más de 50 % de los que resultan fatales.

Desde hace más de 50 años se ha desarrollado la implementación de laboratorios del sueño, transformados en centros dedicados de forma exclusiva al estudio del sueño y

sus trastornos. La Medicina del Sueño ha llegado a convertirse en una especialidad independiente desde hace algunos años en diversos países. Los avances en Biología molecular, Neurociencias y Cronobiología han permitido el comienzo de una nueva era en investigaciones del sueño.

La primera clasificación internacional de los trastornos del sueño (en inglés ICSD) fue finalizada en 1990, como consecuencia de las peticiones que los pacientes realizaron durante años para que los médicos les ayudaran a solucionar sus problemas de sueño. En la introducción de esa clasificación se plantea: “El sueño perturbado y la vigilia inadecuada son fuentes incalculable de miseria humana. Muchos individuos han visto arruinadas sus oportunidades para un funcionamiento social favorable, una vida familiar gratificante o un ascenso en su trabajo por los síntomas provenientes de sus alteraciones en el sueño o el despertar”.

En 1999 comenzó su labor el grupo multidisciplinario del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, integrado inicialmente por especialistas en Neurofisiología, Otorrinolaringología, Endocrinología y Psicología, apoyados con un laboratorio del sueño que fungió como Centro de referencia nacional. La atención a pacientes con síntomas propios de los trastornos del sueño que no contaban con la atención especializada requerida constituyó el principal motivo que estimuló la creación del grupo.

La ICSD-3 (tercera y reciente edición del 2014), considera las parasomnias como eventos físicos o experiencias indeseables que ocurren durante el sueño o durante la

transición vigilia-sueño, y las clasifica según el estado de sueño en que ocurren. De las parasomnias NREM (en inglés sueño sin movimientos oculares rápidos), este protocolo asistencial incluye los 3 trastornos del despertar: despertar confuso, terror nocturno y sonambulismo, que en realidad son diferentes manifestaciones clínicas de un mismo trastorno. De las parasomnias REM (en inglés sueño con movimientos oculares rápidos) incluye el trastorno de conducta durante el sueño REM, el cual puede ser la primera manifestación de enfermedades neurodegenerativas, o asociarse a narcolepsia, lesiones del tronco encefálico y efectos tóxicos de medicamentos.

Las parasomnias son trastornos clínicos ya que pueden conducir a lesiones durante el sueño, fragmentación del mismo, problemas de salud y psicosociales. Pueden afectar al paciente y también a la persona que comparte su cama. Aunque los trastornos del despertar son característicos de la infancia, pueden persistir en la vida adulta, remitir espontáneamente y recurrir en la adultez o aparecer de novo en adultos. La prevalencia aproximada en estas edades es 2-4%. Alternativas diagnósticas como el trastorno de conducta durante el sueño REM son menos frecuentes en niños, sin embargo en mayores de 50 años su prevalencia es 2%, de predominio en el sexo masculino

Los trastornos del despertar pueden asociarse a epilepsia nocturna del lóbulo frontal, así como al trastorno de conducta durante el sueño REM. En este último caso constituye una entidad denominada trastorno de solapamiento de parasomnias, vinculada a varias enfermedades neurológicas y psiquiátricas: narcolepsia, esclerosis múltiple, tumores encefálicos y abuso de sustancias.

El diagnóstico de las parasomnias NREM resulta desafiante cuando el cuadro clínico es inusual debido a la edad de debut, horario o duración de los episodios nocturnos, sospecha de otros trastornos del sueño que son factores precipitantes como la apnea

del sueño, pobre respuesta al tratamiento convencional, presencia de conductas complejas o peligrosas, gran similitud o asociación con eventos paroxísticos nocturnos como las parasomnias del sueño REM y epilepsia. De hecho, existe interés en el desarrollo de métodos clínicos para diferenciar la epilepsia nocturna del lóbulo frontal de las parasomnias, pero ningún algoritmo ni cuestionario ha logrado ese objetivo. Por tanto, el videopolisomnograma (videoPSG) nocturno mantiene su categoría de prueba diagnóstica estándar de oro. La polisomnografía forma parte de los criterios para el diagnóstico del trastorno de conducta durante el sueño REM. Puede requerir previa privación de sueño.

Objetivos

- Identificar pacientes con trastornos del sueño
- Establecer las investigaciones clínicas a realizar en cada paciente
- Elaborar planes terapéuticos para el manejo de las alteraciones del dormir
- Disminuir incidencia de complicaciones

Desarrollo

El Servicio de Neurología cuenta con una neurofisióloga, responsable del grupo multidisciplinario y entrenada en clínica de trastornos del sueño, indicación e interpretación de pruebas polisomnográficas; personal licenciado en enfermería que realiza estas pruebas determinantes para el diagnóstico, y un neurólogo para la atención de pacientes con sospecha o confirmación de epilepsia asociada,

enfermedades neurodegenerativas u otra enfermedad neurológica vinculada al trastorno de conducta durante el sueño REM. Por su parte, la especialista en otorrinolaringología, perteneciente al servicio homónimo, evalúa pacientes con uno de los principales factores precipitantes: la apnea de sueño.

En el propio Servicio de Neurología se localiza el Laboratorio de sueño, que debe cumplir estándares establecidos internacionalmente en cuanto a dimensiones, temperatura, mobiliario, disponibilidad de baño independiente, equipamiento y accesorios.

El videoPSG nocturno, definido como el registro audiovisual sincronizado con múltiples variables electrofisiológicas durante el sueño, es esencial para el diagnóstico en adultos que padecen alguna de las parasomnias contempladas en este protocolo, particularmente cuando el interrogatorio refleja situaciones atípicas o complicadas. Debe ser realizado en primera instancia solo una noche, con monitorización de variables respiratorias y actividad electromiográfica de miembros inferiores. Existe una situación especial del trastorno de solapamiento de parasomnias, en la que es necesario buscar sustancias o medicamentos en sangre u orina, técnica no disponible en la institución.

Diagnóstico

Según la ICSD-3 los criterios diagnósticos generales para los trastornos del despertar, a cumplirse en conjunto, son:

- A. Episodios recurrentes de despertar incompleto
- B. Reacción inapropiada o ausente ante los esfuerzos de otros por interponerse o redireccionar a la persona durante el episodio
- C. Reducción o ausencia de experiencia cognitiva o imagen onírica
- D. Amnesia total o parcial del evento
- E. El trastorno no puede ser explicado mejor por otra alteración del sueño, enfermedad, trastorno mental, medicamento o sustancia

Los criterios diagnósticos específicos para cada trastorno del despertar aparecen a continuación:

Despertar confuso

- A. Cumple los criterios generales
- B. Los episodios se caracterizan por confusión mental o conducta confusa mientras permanece en cama
- C. Ausencia de terror o deambulación

Terror nocturno

- A. Cumple los criterios generales
- B. Terror súbito, de típico comienzo con vocalización alarmante, por ejemplo un grito espeluznante
- C. Miedo intenso y signos de descarga autonómica (midriasis, taquicardia, taquipnea, diaforesis)

Sonambulismo

- A. Cumple los criterios generales
- B. Deambulaci3n y otras conductas complejas fuera de la cama

Elementos que complementan los criterios diagn3sticos de los trastornos del despertar

Antecedentes familiares de trastorno del despertar

- El debut en la adolescencia o persistencia desde la infancia se asocia con frecuencia a trastornos psiqui3tricos
 - Factores precipitantes privaci3n de sue1o
 - estr3s
 - horarios irregulares de sue1o
 - fiebre
 - medicamentos:
 - ✓ sedantes/hipn3ticos (zolpidem)
 - ✓ antidepresivos (amitriptilina, paroxetina)
 - ✓ neurol3pticos (litio, reboxetina)
 - ✓ estimulantes (cafe3na y otros)
 - ✓ antibi3ticos (fluoroquinolonas)
 - ✓ antiparkinsonianos (levodopa)
 - ✓ anticonvulsivantes (topiramato)
 - ✓ antihistam3nicos
- Pueden ocurrir da1os serios o letales

- La conducta vigorosa o violenta predomina en el sexo masculino
- Pueden incluir conductas sexuales durante el sueño

Los criterios diagnósticos de la ICSD-3 para el trastorno de conducta durante el sueño REM, son:

- A. Episodios repetidos de vocalización y/o conductas motoras complejas durante el sueño
- B. Esas conductas ocurren durante el sueño REM al ser documentadas mediante polisomnografía o la presunción clínica basada en la actuación del contenido de los sueños
- C. El registro polisomnográfico muestra sueño REM sin atonía muscular
- D. El trastorno no puede ser explicado mejor por otra alteración del sueño, enfermedad mental, medicamento o sustancia

Complementos a los criterios diagnósticos del trastorno de conducta durante el sueño REM:

Antecedente familiar de actuación del contenido de los sueños

- Predomina la conducta vigorosa o violenta en relación con el contenido onírico
- Pueden ocurrir daños serios al paciente o su compañero de cama
- Factores precipitantes o predisponentes
 - hábito de fumar
 - traumatismo craneoencefálico

- exposición a pesticidas
- trastorno por estrés postraumático
- medicamentos:
 - ✓ antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros)
 - ✓ betabloqueadores (atenolol)
 - ✓ inhibidores de la anticolinesterasa

Procederes diagnósticos básicos y/o confirmatorios para ambos grupos de parasomnias Interrogatorio al paciente y algún testigo:

- Descripción detallada de la conducta durante el 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
- Antecedentes familiares
- **Examen físico y psicológico**
- **VideoPSG**
- **Videos caseros:** pueden resultar de utilidad ante la imposibilidad de realizar video-PSG.
- **Agenda o diario del sueño:** durante 2 semanas consecutivas se registran los horarios, patrones y variabilidad diaria del sueño y los eventos

Diagnóstico diferencial

Aspecto	Trastorno del arousal	Trastorno de conducta durante el sueño REM	Crisis epiléptica nocturna del lóbulo frontal
Edad inicio (años)	3 -8	> 50	Cualquier edad
Predominio en varones	No	Sí	No
Hora de la noche	Primer tercio de la noche	Cualquiera, pero especialmente el último tercio	Cualquiera
Fase de sueño	NREM (N3 o N2)	REM	NREM (usualmente N2)
Hallazgo en PSG	Ondas lentas de gran amplitud	REM con excesiva actividad muscular	Rara actividad epileptiforme
Factores precipitantes	Habitualmente	Ausentes	No siempre
Episodios/noche	Usualmente 1	De 1 a varios	Probablemente varios
Duración del episodio	2-30 min	1-2 min	Segundos-2 min
Conducta estereotipada	No	No	Sí
Ojos cerrados	No	Sí	Sí
Violencia	Raro pero posible	Posible	Posible
Salida de la cama	Muy probable	Raro	Posible
Contenido onírico	Posible escape de algo o alguien	Peleas, discusiones, persecuciones	No
Activación autonómica	Puede ser intensa	Ausente	Variable
Recuerdo del episodio	Ninguno o escaso	Frecuente (de la ensoñación)	Variable

N3: etapa 3 del NREM (sueño profundo). **N2:** etapa 2 del NREM (sueño superficial)

Tratamiento

TRASTORNOS DEL DESPERTAR

Medidas generales

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

- No intentar despertar al paciente
- Conducirlo suavemente de nuevo hacia la cama
- Dormir en planta baja, lejos de las escaleras
- No utilizar literas
- Quitar de la habitación los objetos con filo o que puedan romperse
- Cerrar bien las ventanas, si son de vidrio 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 y el dolor
- 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 dura el episodio de forma habitual
- 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

Técnicas de relajación

- Hipnosis

Tratamiento farmacológico

Necesario en las siguientes situaciones

- 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

TRASTORNO DE CONDUCTA DURANTE EL SUEÑO REM

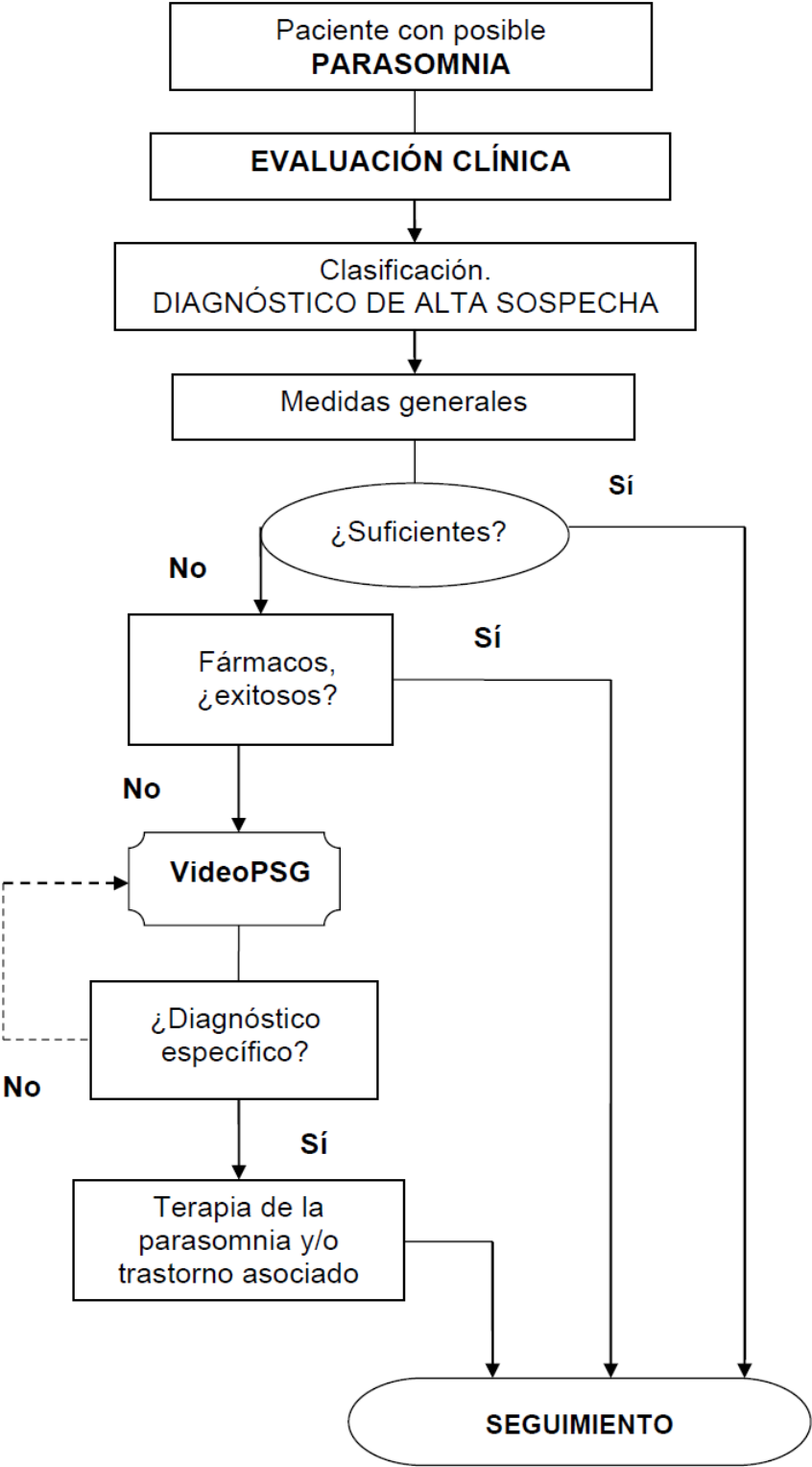
Medidas generales

- Modificar el ambiente donde el paciente duerme para evitar lesiones: apartar muebles y adornos lejos de la cama, dormir separado de la pareja, colocar barandas acolchadas en la cama o poner colchones en el suelo, impedir acceso a armas
- Evitar medicamentos que provocan o exacerban el trastorno
- Iniciar o ajustar tratamiento de otros trastornos del sueño
- Una novedosa estrategia en desarrollo es la alarma en la cama: útil en casos resistentes o intolerantes a medicamentos. Consiste en un sensor de presión que activa la emisión de un personalizado mensaje relajante al inicio de la actuación de los sueños, que evita la salida de la cama y un posible daño

Tratamiento farmacológico (no imprescindible si la intensidad es leve)

- Clonazepam: 0,25-4 mg antes de acostarse. Cautela si demencia, trastornos de la marcha o apnea del sueño
- Melatonina: 6-15 mg antes de acostarse. Considerada de primera línea en pacientes con conductas frecuentes, molestas o con riesgo de lesiones. No disponible en el cuadro básico nacional

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



Seguimiento

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.

INDICADORES

Indicadores de estructura	Estándar
Recursos humanos	
% de personal para aplicar el protocolo asistencial (PA)	>95%
Recursos materiales	
% de aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	>95%
% de disponibilidad de medicamentos expuestos en el PA	>95%
% de recursos para la aplicación de investigaciones	>95%
Indicadores de procesos	Estándar
% de pacientes valorados en consulta especializada	≥ 85%
% de pacientes con algoritmo diagnóstico según lo expuesto en el PA	≥ 50%
% de pacientes con tratamiento específico	≥ 75%
% de pacientes perdidos de seguimiento	< 20%

Indicadores de resultados	Estándar
% de pacientes que refieren mejoría	≥ 70%
% de pacientes con satisfacción de la atención psicológica recibida	> 80%
% de pacientes con seguimiento sistemático durante 6 meses	> 50%
% de 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]

Boulos M.I. y B.J. Murray (2010): Current Evaluation and Management of Excessive Daytime Sleepiness. Can. J. Neurol. Sci., 37:167-176.

Fleetham J.A. y J.A.E. Fleming (2014): Parasomnias. CMAJ, 186(8):E273-280.

Fois C., M.A.S. Wright, G.P. Sechi, M.C. Walker y S.H. Eriksson (2015): The utility of polysomnography for the diagnosis of NREM parasomnias: an observational study over 4 years of clinical practice. J. Neurol., 262:385–393.

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

Howell, M.J., P.A. Arnason y C.H. Schenck CH (2011): A novel therapy for REM sleep behavior disorder (RBD). J. Clin. Sleep Med., 7(6):639-644.

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.
- Ohayon M.M., C. Guilleminault y R.G. Priest (1999): Night terrors, sleepwalking, and confusional arousals in the general population: their frequency and relationship to other sleep and mental disorders. *J. Clin. Psychiatry*, 60:268-276.
- 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.
- Sateia M.J. (2014): International Classification of Sleep Disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*, 146(5):1387-1394.
- Schenck C.H. y M. J. Howell (2013): Spectrum of rapid eye movement sleep behavior disorder (overlap between rapid eye movement sleep behavior disorder and other parasomnias). *Sleep Biol. Rhythms*, 11:27-34.
- 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.