

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DRA. MONICA GORDILLO RENDON

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: NEUROLOGIA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

PRIMER PARCIAL.

TEMA: TRASTORNOS DEL SUEÑO.



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

El sueño, ese estado de reposo familiar aún inexplicable, en el que está suspendida la conciencia, desde luego no es anormal, pero se le considera apropiadamente vinculado con fenómenos anormales por sus varias irregularidades interesantes y comunes, algunas de las cuales llegan a extremos que demandan atención cuidadosa.

INSOMNIO se caracteriza por una cantidad y/o calidad del sueño insatisfactorio que persiste durante un periodo considerable de tiempo e incluye dificultad para conciliar y mantener el sueño, o despertar precoz, este trastorno es el más frecuente.

-dos clases: primario: existe una anomalía primaria de los mecanismos normales del sueño. secundaria: la perturbación de este fenómeno es consecuencia de un cuadro clínico o psicológico o tal vez con mayor exactitud, coexistente con él

Manifestaciones: Puede presentarse dificultad para conciliar el sueño o mantenerse dormido, es posible que el despertar ocurra demasiado temprano o que suceda una combinación.

Criterios diagnóstico son:

- a) el individuo se queja de dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantenerse dormido o sueño no reparador.
- b) La alteración del sueño se produce al menos 3 veces por semana, durante al menos un mes.
- c) un malestar marcado o una interferencia en el funcionamiento personal de la vida diaria
- d) ausencia de un factor orgánico causal conocido: alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancia o debido a medicación.

En otras clasificaciones suelen considerarse en relación al tiempo como insomnio crónico (> de 4 semanas), severo y refractario.

TX: amitriptilina (25 a 50 mg a la hora de dormir).

agonistas de receptores no benzodiazepínicos: zolpidem, zaleplon y eszopiclona.

EPILEPSIA NOCTURNA

Las crisis surgen a veces poco después de comenzar el sueño o en cualquier momento de la noche durante el mismo, particularmente en las fases 1 y 2 de la variante NREM o en raras ocasiones en la de tipo REM.

-la privación del sueño puede ocasionar una crisis convulsiva

Manifestaciones: grito, actividad motora violenta, como sentarse y cruzar los brazos sobre el tórax, la adopción de una postura de "esgrimista" o mostrar respiración fatigosa (actos poco comunes pero estereotípicos). -Después de la fase tonicoclónica se tranquilizan en un estado que se asemeja al sueño profundo, del cual no pueden ser despertados durante algunos minutos o por un lapso mayor.

-Si la crisis convulsiva nocturna no se observa, la única indicación puede ser el desarreglo de las ropas de cama, unas cuantas gotas de sangre sobre la almohada

a causa de mordedura de la lengua, ropas de cama mojadas por incontinencia urinaria o músculos dolorosos. O pudiera detectarse la aparición de una convulsión sólo por la confusión o la cefalea, que son las secuelas frecuentes de una convulsión mayor generalizada.

Diagnóstico: EEG durante un periodo nocturno de sueño son muy útiles. La medición de la concentración de creatinina sérica en las horas que siguen al trastorno permiten diferenciar la crisis respecto de dicho cuadro y otros comportamientos motores descritos de tipo hípico.

HIPERSOMNIA IDIOPÁTICA:

Somnolencia excesiva y constante,

Edad inicio: 10-30 años • Inicio insidioso en semanas-meses • Curso clínico: cuando hay estabilización de síntomas, no suele empeorar, mejora en 25% casos.

Manifestaciones: Hipersomnolia diurna y nocturna; Gran dificultad para despertar por la mañana; La inercia de sueño matinal puede durar 2-3h; Siestas largas y no reparadoras; Conductas automáticas. Otros: Sintomatología depresiva, Cefalea (tensional/migraña) en 30%.

Diagnóstico Hipersomnolia idiopática con larga duración de sueño: Criterios ICSD-2: 1. Hipersomnolia diurna que ocurre casi a diario >3meses. 2. Duración del sueño nocturno prolongado (>10h) por documentado por anamnesis, actígrafo o registros de sueño. Despertarse por la mañana o al final de las siestas es casi siempre muy laborioso. 3. PSG nocturno excluye otras causas de hipersomnolia. 4. PSG muestra una latencia de sueño corta y un periodo de sueño >10h. 5. Si se realiza MSLT la mañana siguiente: – Latencia sueño media $\leq 8\text{min}$ – ≤ 2 inicios de sueño en REM.

Diagnóstico Hipersomnolia idiopática sin larga duración de sueño-Criterios ICSD-2:

Hipersomnolia diurna que ocurre casi a diario >3meses 2. Duración del sueño nocturno no prolongado (6-10h) por documentado por anamnesis, actígrafo o registros de sueño. Despertarse por la mañana o al final de las siestas es casi siempre muy laborioso. 3. PSG nocturno excluye otras causas de hipersomnolia. 4. PSG muestra una latencia de sueño corta y un periodo de sueño 6-10h 5. Si se realiza MSLT la mañana siguiente: 1. Latencia sueño media $\leq 8\text{min}$ 2. ≤ 2 inicios de sueño en REM.

-Ausencia de marcadores biológicos.

Tx: Dado que se desconoce la causa de la hipersomnolia idiopática, el tratamiento se orienta a aliviar los síntomas. –modafinilo.

APNEA DEL SUEÑO:

El sueño REM se caracteriza por respiración irregular y ésta puede incluir varios periodos breves de apnea de hasta 10 s de duración.

-Estas apneas, y las que tienen lugar al principio del sueño, no se consideran patológicas en sí mismas.

-No obstante, en algunos individuos los periodos apneicos que induce el sueño son en particular frecuentes y prolongados (más de 10 s).

-causa: *consecuencia de disminución del impulso respiratorio (llamada también apnea central), *obstrucción de la zona alta de vías respiratorias, o *combinación de ambos factores.

Manifestaciones: *El sujeto despierta a menudo durante la noche, por lo regular después de un periodo de apnea, y una molestia frecuente es el insomnio. *Los ronquidos son leves e intermitentes.

Obstruktiva: ronquidos ruidosos cíclicos. (Tras cierto periodo de respiración regular, pero ruidosa), →sobreviene la desaparición de los esfuerzos respiratorios y luego el flujo de aire se interrumpe a pesar de esfuerzos inspiratorios repetidos. Después de un periodo prolongado de apnea (10 a 30 s o incluso más), el paciente efectúa una serie de esfuerzos respiratorios cada vez más intensos hasta que la respiración se restablece, acompañada de ronquidos muy intensos y despertar breve.

-Dx: 1º identificable a través de las manifestaciones (somnolencia diurna, ronquidos sonoros y la complejidad típica de las personas afectadas.).

2º hacer un monitoreo nocturno de la respiración y otras funciones corporales mientras duermes en un centro del sueño.

2ª Otra opción: pruebas nocturnas en tu casa (pruebas simplificadas: suelen medir la frecuencia cardíaca, los niveles de oxígeno en la sangre, el flujo de aire y los patrones de respiración).

Tx: CPAP.

NARCOLEPSIA CON CATAPLEJIA: la narcolepsia tiene un inicio gradual entre los 15 y los 35 años de edad; el trastorno se establece hacia los 25 años en 90% de los narcolépticos.

-La narcolepsia suele ser el primer síntoma, la cataplejía lo es menos a menudo y la parálisis del sueño sólo de modo ocasional.

-En el comienzo la persona se siente somnolienta y puede recordar intentos de vencer tal situación, hasta que poco a poco su organismo no reacciona a ellos.

-**Manifestaciones:** ataques frecuentes de somnolencia irresistible. → deseo incontrolable de dormir varias veces al día, por lo general después de las comidas o mientras está sentado en el salón de clases o en otras situaciones tediosas o sedentarias. Los ojos se cierran, los músculos se relajan, la respiración se profundiza un poco y en todo momento el individuo cabecea.

-La somnolencia puede acompañarse de visión borrosa, diplopía y ptosis.

- episodios de sueño abrumador, las personas con narcolepsia, a semejanza de otros individuos muy somnolientos, pueden mostrar episodios de comportamiento automático y amnesia.

-Un ruido, el contacto con otra persona e incluso la interrupción de la voz del orador bastan para despertar al paciente.

-Los periodos de sueño rara vez duran más de 15 min, a menos que el sujeto se halle reclinado, posición en la que puede dormir durante una hora o más. Al final de la siesta el individuo se siente repuesto en cierto grado.

Diferencial: El elemento que diferencia a los típicos ataques narcolépticos, de la somnolencia proprandial y las siestas corrientes, es la aparición frecuente de los primeros (dos a seis veces al día, por norma), su carácter irresistible y su aparición en situaciones insólitas, como sería durante la bipedación, la ingestión de alimentos o una conversación.

Criterios diagnósticos: 1. Hipersomnolencia diurna que ocurre casi a diario >3 meses 2. Historia definida de cataplejía, definido como episodios transitorios de pérdida de tono muscular desencadenado por emociones 3. El diagnóstico de narcolepsia debe ser confirmado, cuando sea posible, por un polisomnograma (>6h) seguido de un MSLT – Latencia sueño media ≤ 8 min – ≥ 2 inicios de sueño en REM Alternativamente, Hipocretina ≤ 110 pg/mL o 1/3 del valor control.

Tx: puede mejorar con: 1) emprender siestas de 15 a 20 min en lapsos estratégicos (durante la hora de la comida o después de la cena, etc.); 2) usar estimulantes como modafinilo, sulfato de dextroanfetamina o clorhidrato de metilfenidato para estimular el nivel de alerta, y 3) usar algún antidepresivo tricíclico (protriptilina, imipramina o clomipramina) para controlar la cataplejía.

COMENTARIO: los trastornos del sueño en general son muchos, pero la más frecuente según las bibliografías es el insomnio, alguno de ellos probablemente lo vinculemos con alguna causa psíquica y es válido, pero muchos de ellos, puede que la causa sea algo más fisiopatológico, como en la apnea del sueño que es debido a la interrupción de la respiración mientras se duerme, o como la narcolepsia que es un tanto genético, o como en la epilepsia es una actividad anormal neuronal en donde esta puede surgir una crisis al estar privado de sueño, en alguna etapa del sueño en específico. Entonces el diagnóstico se enfocaría en descartar esas anomalías y su tratamiento enfocado a eso.

BIBLIOGRAFIA:

Principios de neurología de Adams y Víctor 9ª edición.

Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño GPC.

https://www.sen.es/attachments/article/744/DRA.%20SANSANSA_Narcolepsia.pdf