



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**“5 PRINCIPALES PATOLOGÍAS QUE SE
PRESENTAN EN LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO”**

DOCENTE: DRA. MONICA GORDILLO RENDON.

MATERIA: NEUROLOGÍA.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

LAS 5 PRINCIPALES PATOLOGIAS QUE SE PRESENTAN EN LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.

INTRODUCCIÓN.

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. Los beneficios psicológicos y fisiológicos del acto de dormir asumen importancia máxima y en la actualidad se acepta cada vez más que la perturbación del mismo agrava los peligros de que surjan cuadros clínicos como accidente cerebrovascular, hipertensión y enfermedad de coronarias.

Todos los individuos tienen una gran experiencia personal con el sueño, o con la falta de él, y han observado a las personas dormidas, de modo que no se requieren conocimientos especiales para saber algo de dicho estado o reconocer su importancia para la salud y el bienestar.

Con frecuencia los médicos atienden a pacientes que sufren algún trastorno del sueño. Más a menudo el problema es insomnio, pero en ocasiones es sueño excesivo u otro fenómeno peculiar relacionado con él.

Muchos trastornos del sueño se identifican fácilmente si el clínico presta atención minuciosa a la descripción que hace el paciente de ellos.

Sólo los casos complejos o extraños o los que exigen comprobar la ocurrencia de crisis apneicas o crisis convulsivas y otros padecimientos motores durante el sueño requieren estudio en los laboratorios de esta especialidad.

Considerando que una tercera parte de nuestra vida la dedicamos a dormir, se deduce la importancia que tiene el sueño en la vida.

Es relevante el conocimiento que podamos tener de sus alteraciones, que como se sabe tienen una gran repercusión en diferentes ámbitos de nuestro vivir.

En el primer segmento del sueño nocturno típico, el adulto normal joven y en etapa media de la vida pasa sucesivamente por las etapas N1, N2, N3 y R (REM) del sueño. Después de 70 a 100 min, de los cuales una proporción importante comprende el sueño de fase N3, aparece el primer periodo REM, anticipado por un incremento transitorio en los movimientos corporales, y un cambio en el perfil EEG, de etapa o fase N3 a N2; este ciclo NREM-REM

se repite cuatro a seis veces durante la noche, aproximadamente con los mismos intervalos, según la duración total del sueño.

El sueño comienza por la fase 1, que es un período de adormecimiento que dura entre 1 y 7 minutos y se sigue de la fase 2. A partir de este momento no vuelve a presentarse, y es la fase 2 la representante del sueño llamado superficial.

La fase 2 se caracteriza por un enlentecimiento del ritmo cerebral.

A medida que el sueño avanza, se pasa a las fases 3 y 4, que constituyen el sueño profundo o sueño de ondas delta, en estas fases el tono muscular es aún menor.

Los trastornos del sueño son una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir. Existiendo tanto en las etapas de inicio, de mantenimiento, como durante el ciclo sueño-vigilia.

Existen dos tipos principales de sueño: Sueño de movimientos oculares rápidos (REM por sus siglas en inglés) o paradójico, y el No REM.

El control nervioso de los ritmos circadianos parece residir en la región ventral anterior del hipotálamo, de manera más específica en los núcleos supraquiasmáticos.

Las lesiones en estos núcleos tienen como resultado desorganización de los ciclos de sueño y vigilia y los ritmos de reposo y actividad, temperatura y alimentación.

DESARROLLO.

Los trastornos del sueño se pueden clasificar en cuatro grandes grupos:

- a)** trastornos con somnolencia diurna excesiva (narcolepsia, síndrome de apneas de sueño e hipersomnia idiopática).
- b)** trastornos con dificultad para conciliar y mantener el sueño o insomnio.
- c)** trastornos con conductas anormales durante el sueño o parasomnias (sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas).
- d)** trastornos del ritmo sueño-vigilia.

La presencia de estos trastornos se ha relacionado a factores como mayor edad, sexo femenino, no contar con pareja, estado socioeconómico bajo, uso de sustancias con propiedades estimulantes o somníferas, enfermedades médicas y psiquiátricas.

Factores de riesgo:

- **Edad:** Se considera a la edad principalmente en las últimas décadas de la vida, como un factor de riesgo para padecer algún tipo de trastorno del sueño.

- **Sexo:** La mayoría de los estudios epidemiológicos coinciden que ser del sexo femenino es un factor de riesgo para padecer algún tipo de trastorno del sueño, pues su prevalencia ha sido mayor.
- **Factores socioeconómicos:** Circunstancias adversas en la vida, como por ejemplo, estrés, problemas personales, económicos, etc. en la mayoría de las veces son causa de trastornos del sueño principalmente de insomnio primario.
- **Estado civil:** Se ha visto que en las personas que se encuentran divorciados, separadas o viudas, la frecuencia de trastornos del sueño es mayor.
- **Uso y/o abuso de sustancias:** Es frecuente detectar algún tipo trastorno del sueño en personas que suelen tener consumo de sustancias con algún efecto estimulante o somnífero principalmente.
- **Enfermedades médicas:** Muchas enfermedades en sus diferentes etapas de evolución suelen cursar con algún tipo de trastornos del sueño como por ejemplo insomnio o hipersomnio.
- **Enfermedades psiquiátricas:** Los trastornos psiquiátricos en su mayoría cursan con trastornos del sueño.

INSOMNIO.

La palabra insomnio significa incapacidad crónica para dormir a pesar de la oportunidad adecuada para hacerlo y se emplea de manera popular para referirse a cualquier trastorno de la duración, la profundidad o las propiedades restauradoras del sueño.

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

Se pueden identificar dos clases generales de insomnio:

- **La primera**, en que al parecer existe una anormalidad primaria de los mecanismos normales del sueño.

Es imposible atribuirlo a síntomas de:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Dolor.
- Otros cuadros psiquiátricos o médicos.

El insomnio primario debe reconocerse como una entidad y no como un rasgo neurótico.

- **La segunda**, en que la perturbación de este fenómeno es consecuencia de un cuadro clínico o psicológico o tal vez con mayor exactitud, coexistente con él.

Suele ser transitorio, muchas veces se atribuye a dolor o algún otro trastorno corporal reconocible, como uso de fármacos o alcohol o, lo que es más común, ansiedad, preocupaciones o depresión.

Destacan algunos como:

- Dolor articular.
- De la columna.
- Molestias abdominales por úlcera péptica y carcinoma.
- Insuficiencia pulmonar y cardiovascular.
- Nicturia nacida de la hipertrofia prostática.

Estudios polisomnográficos han definido otro subgrupo:

• **Insomnio paradójico**, en realidad duerme, pero que percibe que el tiempo en que lo hace se acorta o perturba.

Diagnostico:

Los criterios diagnósticos 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 tres veces por semana, durante al menos un mes.

C.-La alteración del sueño produce un malestar marcado o una interferencia en el funcionamiento personal de la vida diaria.

D.-Ausencia de un factor orgánico causal conocido como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancias o debido a medicación
En otras clasificaciones suelen considerarse en relación al tiempo como insomnio crónico (mayor de 4 semanas), severo y refractario.

Tratamiento:

Las benzodicepinas suelen usarse con frecuencia, ya que acortan la latencia del sueño y aumentan la continuidad del mismo; es preferible usar aquellas de vida media corta o intermedia como por ejemplo: triazolam, midazolam, alprazolam, lorazepam , este grupo de benzodicepinas se indican preferentemente cuando se acompaña el cuadro clínico con periodos de ansiedad.

TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO.

El sueño también se trastorna y disminuye cuando el ritmo circadiano normal del ciclo de sueño y vigilia se altera por vía exógena; tal situación se observa más a menudo en trabajadores que periódicamente cambian su horario laboral del día a la noche y también como consecuencia de viajes aéreos transmeridionales, como la del desfase horario.

Los problemas de sueño ocasionados por el cambio de trabajo son más complicados.

Esta categoría comprende:

- Retraso de la fase de sueño.
- Desfase por cambio de husos horarios (jet lag).
- Trabajos en turnos (cambios de turno de trabajo).
- No especificados (adelanto de la fase del sueño, patrón de sueño vigilia irregular, y ritmo distinto de 24 hrs).

Los criterios diagnósticos son:

- El patrón de sueño vigilia del individuo no está sincronizado con el ciclo sueño vigilia deseable, de acuerdo a la costumbre social y a lo compartido por la mayoría de individuos en su entorno.
- Como resultado de esa alteración en el ciclo sueño vigilia, el individuo padece insomnio durante el periodo en que los demás duermen, o Hipersomnia durante el periodo en que los demás están despiertos. Con una frecuencia casi diaria durante el menos un mes o de forma recurrente durante pequeños periodos de tiempo.
- La cantidad, el tiempo y la calidad insatisfactorios de sueño ocasionan un malestar personal marcado o interfieren en el funcionamiento personal de la vida diaria.
- Ausencia de un factor orgánico causal conocido, como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido a consumo de sustancias psicoactivas o medicación.

Tratamiento.

No existe tratamiento específico de tipo farmacológico, sin embargo, varios estudios han mostrado la utilidad del uso de algunos antidepresivos principalmente aquellos que tienen un efecto preponderante en la inhibición de la recaptura de noradrenalina como por ejemplo desimipramina, venlafaxina.

El uso de melatonina ha resultado controversial así como el del antidepresivo agomelatina que se ha utilizado por su agonismo con melatonina.

NARCOLEPSIA.

Es un trastorno de etiología desconocida que se caracteriza con somnolencia excesiva típicamente asociada a cataplejía y otros fenómenos del sueño REM, como parálisis del sueño o alucinaciones hipnagógicas e hipnapómpicas.

Los ataques de sueño deben ocurrir diariamente al menos por 3 meses, son desencadenadas por emociones intensas; sin embargo, no es necesario que haya la presencia de cataplejía. Los síntomas no deben asociarse al uso de sustancias o a otra enfermedad médica.

El individuo deberá demostrar un ritmo circadiano regular y una cantidad adecuada de sueño nocturno.

La Narcolepsia se debe sospechar en todo individuo que presente síntomas de somnolencia excesiva diurna, para ello hay escalas autoaplicables como la de Epworth.

Hacer diagnóstico diferencial determinando la presencia de uso de sustancias, enfermedades médicas y enfermedades psiquiátricas.

En la observación es manifiesta la somnolencia.

Y durante los episodios de cataplejía el paciente puede desplomarse en la misma silla o mostrar una conversación con susurros o caída de los párpados.

Tratamiento.

Algunos medicamento no mejoran la cataplejía y los antidepresivos no mejoran el alerta, por lo que los medicamentos que se recomiendan son los siguientes: Metilfenidato; Los antidepresivos tricíclicos, los ISRS y Venlafaxina pueden ser útiles en la parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas

PARÁLISIS DEL SUEÑO.

Pueden ocurrir fenómenos paralíticos curiosos, que se conocen como parálisis predormicionales y posdormicionales en las transiciones del estado de sueño al estado de vigilia. Se trata de personas, sanas por lo demás, que están despiertas, conscientes y orientadas por completo, que al parecer son incapaces de activar sus músculos. No suelen afectarse las funciones respiratoria y diafragmática, ni los movimientos oculares, aunque unos cuantos sujetos refieren una sensación de no poder respirar.

Se recuestan como si aún durmieran, con los ojos cerrados, y pueden asustarse mucho mientras se enfrascan en un esfuerzo para moverse.

Tienen la impresión de que si pudieran mover un músculo la parálisis se disiparía al instante y recuperarían toda su fuerza. Los estímulos más ligeros, como tocar una mano del paciente o pronunciar su nombre, pueden abolir la parálisis.

Estos ataques se observan en personas con narcolepsia y la hipersomnia del síndrome de Pickwick y otras formas de apnea del sueño.

Por lo general, los ataques son breves (minutos) y transitorios; carecen de importancia especial si ocurren de manera aislada y sólo en raras ocasiones.

Tratamiento.

Si son frecuentes, como sucede en el caso de la narcolepsia, pueden prevenirse mediante antidepresivos tricíclicos, en particular clomipramina, que tiene actividad serotoninérgica.

TERRORES NOCTURNOS.

El terror nocturno (pavor nocturno) es sobre todo un problema de la infancia. Por lo regular se produce poco después que el niño se queda dormido, durante las etapas 3 o 4 del sueño. El niño despierta de modo repentino en un estado de angustia intenso, con gritos o gesticulaciones, taquicardia notable (150 a 170 latidos por minuto) y respiraciones rápidas y profundas.

Los niños que experimentan terrores nocturnos también son a menudo sonámbulos y pueden experimentar ambas clases de ataque de manera simultánea.

Toda la crisis dura sólo 1 o 2 min y por la mañana el niño no recuerda nada o sólo tiene un vago recuerdo de un sueño desagradable.

Los criterios diagnósticos son:

- Episodio repetidos (dos o más) en los cuales el individuo se levanta del sueño con un grito de pánico e intensa ansiedad, movimientos bruscos e hiperactividad vegetativa.
- Los episodios se producen principalmente durante el primer tercio del sueño.
- La duración del episodio es menor de 10 minutos.
- Si otros intentan tranquilizar al individuo durante el episodio, no hay respuesta y se continúan la desorientación y los movimientos perseverantes.
- El individuo tiene un recuerdo limitado del episodio y en la mayoría de las veces amnesia de ello.
- Ausencia de un factor orgánico causal conocido, como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancia psicoactivas o medicación.

Es muy frecuente en la población infantil, sobre todo en el sexo masculino, rara vez persiste en la adolescencia.

Tratamiento.

No existe tratamiento específico.

Benzodiacepinas (diazepam) y antiepilépticos (carbamazepina) han mostrado utilidad.

Considerar la posibilidad de valoración por el servicio de psiquiatría y/o neurología.

Las epilepsias pueden tener manifestaciones clínicas extremadamente variadas; en el caso de las formas focales, puede haber tantas expresiones clínicas como funciones tiene la corteza. Sin embargo todas las crisis epilépticas presentan dos características consistentes que llevan a plantearse el diagnóstico: son eventos breves, generalmente de segundos a pocos minutos y simultáneamente estereotipados, siempre muy semejantes o idénticos en un mismo paciente.

Por otra parte varios trastornos del sueño pueden manifestarse clínicamente como episodios breves y básicamente iguales, con las consiguientes dudas diagnósticas.

La cataplexia, síntoma cardinal de la narcolepsia, caracterizada por una súbita pérdida del tono postural, completa (con caída del paciente) o parcial (caída de la cabeza o sensación de debilidad intermitente en las extremidades inferiores), puede confundirse con crisis epilépticas atónicas. La diferenciación clínica está dada por la preservación de la conciencia en la cataplexia fenómeno que además tiene una duración que es variable versus las crisis atónicas, siempre muy breves; a esto se debe agregar el característico desencadenamiento de la cataplexia por emociones y ciertamente su asociación con hipersomnolencia y otros elementos de la llamada "tétrada de la narcolepsia".

La alta prevalencia de trastornos del sueño que se manifiestan con hipersomnolencia, como la apnea de sueño y el síndrome de piernas inquietas hace probable su coexistencia con epilepsia y deben considerarse en el diagnóstico diferencial de este síntoma en pacientes con epilepsia.

CONCLUSIÓN.

Los casos que se resuelven con procedimientos primarios de atención terapéutica y no representan alta probabilidad de riesgo por complicaciones médicas, pueden ser manejados en los primeros niveles de atención médica.

Los casos que de inicio tienen ya una complejidad diagnóstica y terapéutica requieren de un manejo especializado.

Los trastornos del sueño producen disfuncionalidad en diferentes intensidades que alteran significativamente el desempeño laboral.

Son también factores importantes en la casuística de accidentes.

Si el trastorno corresponde a un síntoma de una enfermedad psiquiátrica o médica, esta deberá tratarse de acuerdo a los lineamientos específicos de la patología de base.

En los casos de trastornos del sueño correspondientes a entidades que requieren de estudios o abordajes especiales, como por ejemplo narcolepsia, terrores nocturnos, sonambulismo, estos deberán referirse a un nivel de especialidad.

Los casos sospechosos que cursan con problemas relacionados con la respiración como por ejemplo, apnea y la apnea obstructiva, deben ser referidos.

Como ya habíamos visto, una de las cosas que más hacemos en nuestra vida es dormir, gracias a esto podemos desempeñarnos día a día, si hay alguna alteración en nuestro sueño, no descansaríamos y por ende, nuestro rendimiento sería malo y eso nos provocaría problemas para realizar nuestras actividades diarias, y hablaríamos de no tener salud.

Por eso es importante buscar la causa y tratarla, para así, poder ayudar a que las personas que padecen trastornos del sueño, no tengan o tengan los mínimos efectos adversos de este trastorno.

Bibliografía.

Allan, H., & Martin, A.. (2016). *Adams y Victor Principios de neurología*. España: Mc Graw-Hill .

Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño. México: Secretaría de Salud, 2010.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/385_IMSS_10_Trastorno_sueno/EyR_IMSS_385_10.pdf