

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“TRASTORNOS DEL SUEÑO”

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 6°

ASIGNATURA: NEUROLOGÍA

**CATEDRATICO: DRA. MONICA
GORDILLO RENDON**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, 10 DE
SEPTIEMBRE DE 2020**

TRASTORNOS DEL SUEÑO

El sueño es parte de lo que llamamos el ciclo sueño-vigilia. En contraste con la vigilia, la cual es un tiempo de actividad mental y gasto de energía, el sueño es un período de inactividad y restauración de la función física y mental. El sueño se clasifica desde el punto de vista estructural en dos estados completamente diferentes llamados sueño No MOR (NMOR) y sueño MOR (MOR: movimientos oculares rápidos) que tienden a interrelacionarse.

Los trastornos del sueño cubren un amplio espectro y pueden clasificarse 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), y
- d) trastornos del ritmo sueño-vigilia

1. INSOMNIO

Es el trastorno del sueño más común, con una prevalencia que varía con la edad (mayor en adultos) y con el sexo (mayor en mujeres).

Se ha definido como 3 o más de las características siguientes:

- Dificultad para iniciar el sueño.
- Dificultad para mantener el sueño.
- Despertarse muy temprano.
- Sueño que crónicamente no es reparador o de baja calidad.

Son muchos los factores relacionados con este trastorno, entre las causas más comunes se encuentra el estrés, factor mayormente relacionado con el insomnio episódico; los estresores pueden ser físicos, psicológicos, psicosociales o interpersonales.

Se pueden identificar dos clases generales de insomnio:

- **Primario:** Es la dificultad para dormir en la cual se han descartado o tratado otras causas de alteración del sueño
- **Secundario:** también llamado insomnio comórbido, se relaciona con condiciones médicas (p. ej., dolor crónico), trastornos psiquiátricos (p. ej., ansiedad, depresión, trastorno bipolar), trastornos neurológicos (p. ej., enfermedad de Parkinson), trastornos primarios del sueño (p. ej., apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas [SPI]) y medicamentos.

Se llega al diagnóstico de insomnio por medio de la historia de sueño. Las preguntas se deben dirigir en el funcionamiento durante el sueño y el día.

El tratamiento incluye higiene del sueño pero la causa y duración del insomnio son particularmente importantes para decidir una estrategia de tratamiento. Otros tipos

de terapias incluyen: la terapia psicológica cognitivo-conductual, la terapia ocupacional, las técnicas de relajación, el ejercicio aeróbico regular, etc.

2. SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

La apnea se define como cese del flujo de aire a través de la nariz y la boca durante 10 s o más. Los períodos apneicos por lo general duran 15 s a 20 s.

Es provocada por obstrucción de la vía respiratoria superior (hay colapso de los músculos de la retrofaringe) caracterizada por ronquidos, sueño alterado, y somnolencia diurna excesiva. Aunque el flujo de aire cesa, los músculos respiratorios siguen funcionando. Esta es una de las características que distinguen la apnea del sueño central de la AOS.

La apnea obstructiva acompaña a la obesidad y también a la acromegalia, el hipotiroidismo o el mixedema, la micrognatia y la distrofia miotónica.

Por lo general, se sospecha la ASO por la historia de ronquidos, alteraciones del sueño y somnolencia durante el día. El diagnóstico definitivo se logra por los estudios del sueño realizados en laboratorios por medio de polisomnografía.

El tratamiento más efectivo para la mayoría de los casos es la administración por vía nasal de aire a presión positiva continua (CPAP). En casos leves (< 30 apneas/h), la uvulopalatofaringoplastia es una técnica quirúrgica que puede ser efectiva, además de los dispositivos intrabucales de avance mandibular.

3. NARCOLEPSIA

Es un síndrome que se caracteriza por tendencias de sueño anómalas, la somnolencia diurna excesiva se asocia a cataplejía y menos frecuentemente también a parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas.

La enfermedad es casi siempre esporádica y aparece sobre todo en la segunda a tercera décadas, el trastorno se establece hacia los 25 años en 90% de los narcolépticos y, una vez instaurada, dura toda la vida, con escasas oscilaciones.

La somnolencia suele ser el primer síntoma, seguido en poco tiempo del resto. Los ataques de *cataplejía* son prácticamente patognomónicos de la enfermedad y consisten en episodios súbitos de debilidad muscular durante la vigilia desencadenados por emociones como risa, cólera, miedo o sorpresa; pueden ser fugaces y leves o tan intensos que provoquen la caída del paciente, o bien generalizados o afectar sólo a una parte del cuerpo. El sujeto no pierde la conciencia en los ataques de cataplejía.

Los estudios en laboratorios del sueño se requieren para el diagnóstico exacto de narcolepsia. Se confirma con polisomnografía nocturna seguido del test de latencias de sueño múltiples.

No hay una cura conocida para la narcolepsia. Por lo tanto, la meta del tratamiento es el manejo de los síntomas. La narcolepsia puede mejorar con: siestas de 15 a 20 min en lapsos estratégicos (durante la hora de la comida o después de la cena, etc.). El tratamiento farmacológico de la narcolepsia se enfoca en el consumo de estimulantes como metilfenidato, anfetaminas, modafinil y armdafinil.

4. PARASOMNIAS

Son episodios indeseables o conductas que se presentan durante el sueño. Incluyen pesadillas, sonambulismo y terrores nocturnos. No suelen asociarse a hipersomnia ni a insomnio.

El sonambulismo, los terrores nocturnos y orinarse en la cama a menudo se observan en niños y se consideran normales en ciertas edades. Son menos comunes en adultos e indican otros procesos patológicos. Por ejemplo, el sonambulismo y los terrores nocturnos se presentan en personas con insuficiencia cardíaca descontrolada e infarto de miocardio. En casos raros, la somnolencia y los terrores nocturnos son el primer signo de un tumor cerebral en evolución. Por último, el sonambulismo y los terrores nocturnos se desencadenan por trastornos que interactúan con el ciclo de sueño-vigilia.

Terrores nocturnos y pesadillas

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. 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 **sueños alarmantes** o **pesadillas** son mucho más comunes que los terrores nocturnos y afectan a niños y adultos por igual. Aparecen durante los periodos de sueño REM normal. Se asocian a ansiedad intensa y taquicardia, taquipnea o diaforesis moderadas que ocurren durante el sueño. Los cambios vegetativos son ligeros o nulos y el contenido del sueño casi siempre puede recordarse con bastante detalle. Las pesadillas tienen poca importancia como sucesos aislados. Las fiebres predisponen a ellas, así como situaciones como indigestión, la lectura de historias

amedrentadoras o mirar filmes o programas de televisión terroríficos antes de acostarse (situación real).

En niños, las pesadillas no requieren otro tratamiento que una explicación tranquilizadora a los padres.

En adultos con pesadillas persistentes se debe hacer una evaluación médica y psiquiátrica y puede ser de ayuda un registro polisomnográfico. El tratamiento con prazosina (un antagonista α -1-adrenérgico) puede ser de utilidad en estos casos.

Sonambulismo

El individuo se levanta de la cama y deambula durante unos minutos con expresión vacía, ojos abiertos y reactividad mínima. Los episodios aparecen en épocas de estrés y algunos sujetos recuerdan pesadillas con un contenido claustrofóbico. Se caracteriza por conductas automáticas complejas, como caminar sin rumbo, acomodar los muebles, orinarse en los armarios y salir de la casa. Al despertar, puede haber un breve período confusional y desorientación. El sonámbulo por lo general no tiene recuerdo o sólo tiene una vaga conciencia de lo que ha pasado.

En niños suele acompañarse de enuresis nocturna y terrores nocturnos.

La privación del sueño precipita los episodios de sonambulismo en adultos

La consideración principal en el tratamiento del sonambulismo de la infancia consiste en proteger a los enfermos contra las lesiones mediante el cierre de puertas y ventanas, la remoción de los objetos peligrosos del camino, hacer que duerman sobre el suelo, etc.

El tratamiento farmacológico del sonámbulo incluye el consumo selectivo de BZD (en particular diazepam y clonazepam) o el antidepresivo tricíclico imipramina.

5. PARÁLISIS DEL SUEÑO

Se define como la incapacidad de realizar movimientos voluntarios ya sea al inicio, durante o al despertar del sueño. Durante el episodio se conserva la conciencia y el recuerdo se mantiene intacto, sin embargo, no es posible emitir lenguaje o movimiento alguno, la respiración no suele estar alterada aunque es posible percibir cierta incapacidad de respirar ya que los músculos accesorios (músculos intercostales) de la respiración muestran una disminución de su actividad, pero la respiración diafragmática se mantiene. Es posible encontrar la presencia de alucinaciones auditivas, visuales o táctiles. Por lo general, los ataques son breves

(minutos) y transitorios; carecen de importancia especial si ocurren de manera aislada y sólo en raras ocasiones.

La prevalencia es muy variable ya que puede presentarse desde una sola vez en la vida hasta varios episodios por año o por mes.

Como factores predisponentes para presentar PS se encuentra: la privación de sueño, los horarios irregulares del ciclo-sueño vigilia (por ejemplo, trabajos nocturnos o cambios de turno) y el estrés constante; otro factor que parece influir es la posición durante el sueño, ya que la mayoría de los episodios se presentan durante el sueño en posición supina (boca arriba).

La medida más importante en el tratamiento es una vez más, es la educación sobre hábitos adecuados del sueño. Hasta el momento no se han realizado ensayos clínicos sobre alguna terapia farmacológica, sin embargo, los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina pueden ser útiles ya que suprimen el sueño MOR.

Diagnóstico diferencial entre epilepsia y trastornos del sueño

Un elemento fisiopatológico central en epilepsia es la hiperexcitabilidad e hipersincronización de grupos neuronales, que constituyen la base tanto de las descargas interictales como de las crisis mismas. Por otra parte, el fenómeno de sincronización neuronal es también un componente esencial de cambios fisiológicos observados en el sueño. Estudios electroencefalográficos muestran que las descargas epilépticas interictales tienden a ser más numerosas durante el sueño en comparación con la vigilia, en algunos casos con un incremento dramático como en las epilepsias focales benignas de la infancia, condición en las que en ocasiones pueden aparecer exclusivamente durante el sueño.

Existen varios trastornos del sueño que constituyen diagnósticos diferenciales de crisis epilépticas. Sin embargo esta diferenciación puede en ocasiones ser difícil, debido a que en los fenómenos nocturnos la historia clínica es habitualmente muy limitada, no se observa en su integridad o simplemente no es presenciada por testigos si el paciente duerme solo.

Son numerosas las parasomnias que presentan dudas semiológicas con crisis epilépticas, principalmente frontolímbicas: trastornos del movimiento relacionados al sueño, crisis de pánico nocturnas, sonambulismo, pesadillas, entre otros. En muchos de estos fenómenos hay manifestaciones clínicas similares, que incluyen automatismos del tipo pedaleo, miedo ictal, vagabundeo nocturno, despertares paroxísticos, automatismo oroalimentarios, conductas violentas y movimientos de tronco y extremidades.

Elementos diagnósticos claves en el caso de las epilépticas son su breve duración, estereotipia de las manifestaciones y por supuesto la existencia de eventos diurnos, en todo caso no siempre presentes.

Los eventos parasómnicos son de mayor duración, tienen clara relación con algunas etapas particulares de sueño, lo que los lleva a una ubicación típica dentro del ciclo de sueño nocturno, aparición en grupos etarios específicos y episodios con elementos comunes, pero no tan estereotipados. En estos casos el estudio video polisomnográfico juega rol decisivo en la documentación diagnóstica. También es de utilidad el EEG cuando documenta actividad epileptiforme ictal o interictal.

Efectos de la epilepsia sobre el sueño

Los pacientes con epilepsia tienen frecuentemente alteraciones en la arquitectura de sueño.

Estos cambios pueden verse tanto en epilepsias generalizadas como en focales, con o sin crisis nocturnas.

Los pacientes pueden presentar disminución del tiempo total de sueño, aumento de la duración de los despertares y del sueño superficial así como significativa reducción del sueño REM.

Conclusión

Podemos concluir que los problemas de sueño son comunes en los adultos a menudo como resultado de comorbilidades médicas y psicosociales por otro lado, en niños casi no se presentan estos problemas sin embargo las preocupaciones principales de los padres producen hábitos de sueño irregulares, sueño insuficiente o excesivo, pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo y orinarse en la cama.

Un tema importante hoy en día es la utilización continua de los diferentes dispositivos electrónicos (celulares, televisiones, tabletas, computadoras) lo cual contribuye de manera importante a disminuir no solo la duración sino también la calidad de sueño. Podemos observar actualmente que desde edades muy tempranas se comienzan a utilizar estos dispositivos, provocando malos hábitos de higiene del sueño y modificando el ambiente para conciliarlo.

Bibliografía

- 1.- Allan, H., & Martin, A. (2016). *Adams y Victor Principios de neurología*. España: Mc Graw-Hill
- 2.- Farreras. (2016). *Medicina Interna*. Barcelona, España: Elsevier
- 3.- Grossman, Sheila y Porth, Carol Mattson. (2014). *Fisiopatología*. España: Wolters Kluwer Health