

F. Cañellas Dols y P. García-Portilla González



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Comprender los mecanismos que regulan el ritmo del sueño-vigilia.
- Conocer los trastornos del sueño y la vigilia reconocidos por las clasificaciones internacionales.
- Saber cómo se realiza una historia clínica del ritmo sueño-vigilia.
- Aprender a realizar una breve exploración del sueño en la consulta clínica diaria de los pacientes psiquiátricos.
- Interpretar los resultados de las pruebas de laboratorio del sueño y laboratorio clínico aplicables a los trastornos del sueño y la vigilia.
- Reconocer las características clínicas de los principales trastornos del sueño y la vigilia.
- Saber elegir los instrumentos y pruebas de laboratorio de ayuda al diagnóstico para los distintos trastornos del sueño y la vigilia.
- Diseñar el plan terapéutico específico para cada uno de los trastornos del sueño y la vigilia.

INTRODUCCIÓN

El ritmo sueño-vigilia es un ritmo circadiano (periodicidad cercana a las 24 horas) vital para las personas. Los seres humanos pasan aproximadamente un tercio de sus vidas durmiendo; a pesar de esto, los mecanismos fisiológicos y los fisiopatológicos de los trastornos del sueño todavía no son plenamente conocidos.

Fisiología del ritmo sueño-vigilia

Hoy en día se entiende el ritmo sueño-vigilia como un espectro de activación cerebral que oscila entre un déficit y un exceso de *arousal*. Así, un nivel deficitario de activación cerebral producirá durante el día excesiva somnolencia diurna (ESD), mientras que un nivel excesivo producirá un estado de hipervigilancia durante el día e insomnio durante la noche.

Los neurotransmisores y las áreas o los circuitos cerebrales de los que depende el nivel de activación cerebral se clasifican en función de su acción:

- Promotores de la vigilia:
 - Serotonina, noradrenalina, dopamina y acetilcolina agrupadas en el sistema reticular activador ascendente.
 - Histamina, fundamentalmente a través de su unión con los receptores postsinápticos H₁. Liberada por el núcleo tuberomamilar hipotalámico, estimula la liberación de orexina.
- Mantenedores de la vigilia: orexina A; secretada por las neuronas de las áreas hipotalámicas lateral, perifornical y posterior, estabiliza la vigilia inducida por los neurotransmisores de la vigilia.

- Promotores del sueño: ácido gamma-aminobutírico, el cual es liberado desde el núcleo preóptico ventrolateral del hipotálamo hacia las áreas promotoras de la vigilia para inhibirlas.

Por otra parte, la organización del ritmo sueño-vigilia está mediada, además de por la edad, por dos mecanismos opuestos:

- Mecanismo homeostático del sueño:
 - Dependiente en gran medida de la acumulación de adenosina en el cerebro, un neurotransmisor producto de la degradación del trifosfato de adenosina como resultado de la actividad del sujeto.
 - Así, según aumenta el tiempo en vigilia, se va sintiendo mayor cansancio, falta de energía y mayor presión de sueño.
 - Por el contrario, a medida que la persona se va durmiendo, los niveles de adenosina cerebral van disminuyendo y, al despertar, se encuentra descansada y con energía para realizar las actividades diurnas.
 - En menor medida, este mecanismo depende también de la interleucina-1, el factor de necrosis tumoral α , y la prostaglandina D₂.
- Mecanismo circadiano de la vigilia:
 - Mediado por la acción de la luz sobre el núcleo supraquiasmático del hipotálamo.
 - La disminución de la intensidad de la luz al atardecer estimula las células ganglionares fotorreceptoras de la retina; estas, a través del haz retinohipotalámico, informan al núcleo supraquiasmático del hipotálamo, que

estimula la producción de melatonina en la glándula pineal, para informar a todo el organismo de la llegada de la noche y prepararlo para dormir.

- En cambio, la luz de la mañana promueve la vigilia.
- Según este mecanismo, la necesidad de dormir es máxima entre las 3:00 y las 4:00. Hay un segundo pico hacia las 14:00 y 15:00.

Los genes *PER*, *CRY*, *CLOCK* y *B-MAL1* están implicados en el funcionamiento de este mecanismo de regulación circadiana por medio de un sistema de retroalimentación negativa. En los humanos, además de la luz ambiental, hay otros sincronizadores externos o *zeitgebers*, como el patrón de actividad, los horarios de las comidas, etc., que contribuyen a la regulación del ciclo sueño-vigilia.

Clasificaciones de los trastornos del sueño y la vigilia

Las clasificaciones del ritmo sueño-vigilia tienen especial interés, ya que se trata de trastornos muy heterogéneos, numerosos y complejos que están altamente relacionados con distintas enfermedades o trastornos, tanto somáticos como mentales. Además, son objeto de estudio, diagnóstico y tratamiento por parte de distintas especialidades médicas, y sus datos epidemiológicos poseen una elevada variabilidad. Todo ello ha dado lugar a que cada vez sea más frecuente el hablar de la medicina del sueño como una solución integradora que dé respuesta a estos problemas. Esta orientación es la que siguen dos de las tres clasificaciones internacionales de los trastornos del sueño y la vigilia que están vigentes, en concreto la primera y la tercera del listado que aparece a continuación.



Las tres clasificaciones internacionales vigentes de los trastornos del sueño y la vigilia son:

- Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño, 3ª edición (Academia Americana de los Trastornos del Sueño, 2014).
- Clasificación de los Trastornos del Sueño-Vigilia del DSM-5-TR.
- Clasificación de los Trastornos del Sueño y la Vigilia de la CIE-11.

Siguiendo la orientación de la medicina del sueño, la CIE-11 ha dado un gran cambio respecto a la décima versión en la clasificación de estos trastornos. Reúne en un único capítulo independiente, el séptimo, los trastornos del sueño y la vigilia que, en la versión previa, estaban diseminados en los capítulos cuarto («Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas»), quinto («Trastornos mentales y del comportamiento») y sexto («Enfermedades del sistema nervioso»).

El capítulo siete («Trastornos del sueño y la vigilia»), se organiza en seis grandes categorías, que incluyen los diferentes trastornos (**Tabla 14-1**).

Si bien las tres clasificaciones son bastante similares, presentan diferencias entre ellas en lo que respecta a los profesionales a los que están orientadas, a lo pormenorizado y desagregado de la clasificación de los distintos trastornos, a la información complementaria que proporcionan, etcétera.

Historia clínica del sueño y la vigilia

La historia clínica del sueño y la vigilia es la herramienta fundamental para la orientación diagnóstica de los trastornos del sueño y la vigilia. Ha de ser sistemática, rigurosa y exhaustiva, por lo que frecuentemente habrá que ayudar al paciente con criterios temporales (por ejemplo, diario, semanal, quincenal, etc.) y de intensidad (por ejemplo, mucho, bastante, medio, poco, nada) para que proporcione la información más exacta posible. En ocasiones, será importante también la información aportada por la persona que duerme en la misma habitación que el sujeto, si existe, o que está pendiente de él, así como la de personas de su entorno diurno.

En cada epígrafe de este capítulo se irá abordando la información esencial que es necesario recoger para cada uno de los trastornos específicos. No obstante, véanse unos datos básicos que permitirán al clínico orientarse hacia uno u otro trastorno para, a continuación, realizar el examen del trastorno específico con mayor profundidad (**Tabla 14-2**).

Como medida complementaria a la historia clínica, la realización por parte del paciente de un diario de sueño resulta de gran utilidad: para el clínico, como herramienta de ayuda diagnóstica; para el paciente, como mecanismo de autopercepción y conciencia de los hábitos y las dificultades del sueño y la vigilia.

Tabla 14-1. Clasificación de los trastornos del sueño y la vigilia según la CIE-11

Categoría	Trastornos del sueño y la vigilia
Trastornos de insomnio	7A00. Insomnio crónico 7A01. Insomnio de corta duración 7A0Z. Trastornos de insomnio, sin especificación
Trastornos de hipersomnolencia	7A20. Narcolepsia (tipo 1 y tipo 2) 7A21. Hipersomnolia idiopática 7A22. Síndrome de Kleine-Levin <ul style="list-style-type: none"> • Hipersomnolia debida a: 7A23. Problema médico 7A24. Medicamento o sustancia 7A25. Asociada a un trastorno mental 7A26. Síndrome de sueño insuficiente

(Continúa)

Tabla 14-1. Clasificación de los trastornos del sueño y la vigilia según la CIE-11 (cont.)

Categoría	Trastornos del sueño y la vigilia
Trastornos respiratorios relacionados con el sueño	7A40. Apneas centrales del sueño 7A41. Apnea obstructiva del sueño 7A42. Trastornos de hipoventilación o hipoxemia relacionados con el sueño
Trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia	7A60. Trastorno por retraso de la fase del sueño y la vigilia 7A61. Trastorno por adelanto de la fase del sueño y la vigilia 7A62. Trastorno por ritmo irregular del sueño y la vigilia 7A63. Trastorno por ritmo del sueño y la vigilia distinto de 24 horas 7A64. Trastorno debido al trabajo por turnos 7A65. Trastorno por cambio de zona horaria
Trastornos del movimiento relacionados con el sueño	7A80. Síndrome de las piernas inquietas 7A81. Trastorno por movimientos periódicos de las extremidades 7A82. Calambres en las piernas durante el sueño 7A83. Bruxismo durante el sueño 7A84. Movimientos rítmicos durante el sueño 7A85. Mioclonías benignas del sueño en la lactancia 7A86. Mioclonía propioespinal al inicio del sueño <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos anormales durante el sueño debidos a: 7A87. Problema médico 7A88. Medicamento o sustancia
Trastornos de parasomnias	7B00. Trastornos del despertar del sueño NMOR 7B01. Parasomnias relacionadas con el sueño MOR 7B02. Otras parasomnias

MOR: movimientos oculares rápidos; NMOR: no movimientos oculares rápidos.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-11 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [consulta el 4 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>.

Tabla 14-2. Parámetros que debe incluir la historia clínica del sueño y la vigilia

Apartados	Parámetros
Antecedentes personales	<ul style="list-style-type: none"> • Somáticos: hipertensión, hipotiroidismo, diabetes, dislipemia, EPOC, enfermedades neurológicas, enfermedad coronaria, reflujo gastroesofágico, condiciones asociadas a dolor, etcétera • Psiquiátricos: todos los trastornos mentales y del comportamiento • Perimenopausia
Examen físico	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de masa corporal, perímetro abdominal, perímetro del cuello, presión arterial, analítica si fuera preciso
Uso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: prescritos o no • Otras sustancias: tabaco, bebidas estimulantes (café, té, colas, Monster, Red-Bull, etc.), alcohol, drogas estimulantes (marihuana, cocaína, MDMA, etcétera)
Estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo, ejercicio a última hora de la tarde, turnicidad laboral, etcétera
Uso de pantallas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tablets</i>, teléfonos, horario en que utiliza las pantallas. ¿Las usa en la cama por la noche?
Hábito de sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Nocturno: hora de acostarse con intención de dormir, tiempo hasta que se duerme, despertares por la noche (número, duración, atribución y acción que realiza), dificultad en volver a conciliar el sueño tras los despertares, último despertar, hora de levantarse • Diurno: períodos de sueño diurno (número, momento del día, duración)
Acontecimientos durante el sueño (informante si es posible)	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente: malestar en las piernas por la tarde-noche o al acostarse, pesadillas, bruxismo, parálisis del sueño, alucinaciones, ingestas alimentarias, etcétera • Informante: ronquidos, patadas, conductas complejas (incluyendo actos sexuales), sonambulismo, somniloquios, etcétera
Repercusión vigilia	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad, cambios de humor, problemas de atención/concentración, problemas de memoria, cefalea, somnolencia, cansancio, etcétera
Estado emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Ánimo deprimido, desinterés, apatía, preocupación, ansiedad, angustia, etcétera

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; MDMA: metilendioximetanfetamina (éxtasis).

Instrumentos de evaluación psicométrica

Los instrumentos de evaluación psicométrica constituyen una herramienta de apoyo al diagnóstico fácilmente aplica-

ble en el marco de la práctica clínica cotidiana. Ayudan al clínico a realizar una evaluación sistemática y estandarizada para determinar la presencia e intensidad de los síntomas característicos de un determinado trastorno, y proporcionan

asimismo una puntuación que orienta hacia un diagnóstico o hacia la gravedad de este.

La descripción minuciosa de los distintos instrumentos disponibles en español está fuera del objetivo de este capítulo; no obstante, véase una orientación sobre los instrumentos que se utilizan para evaluar los distintos trastornos o características del ritmo sueño-vigilia (**Tabla 14-3**).

Estudios de laboratorio para los trastornos del sueño y la vigilia

Además de la información subjetiva proporcionada por el paciente y/o sus informantes, los clínicos disponen de determinadas pruebas objetivas que sirven de ayuda diagnóstica para determinados trastornos del sueño. Estas pruebas son de dos tipos:

- Registros poligráficos de determinados parámetros fisiológicos que se realizan en los laboratorios del sueño.
- Determinaciones analíticas realizadas en los laboratorios clínicos correspondientes.

Estudios del laboratorio del sueño

Son estudios que se realizan generalmente en unidades específicas, o laboratorios del sueño, para obtener información objetiva sobre el sueño y la vigilia de ayuda al diagnóstico. Sin embargo, algún estudio concreto, como la poligrafía respiratoria o la actigrafía, puede realizarse en el propio domicilio o lugar de residencia del paciente. Habitualmente, consisten en el registro poligráfico de una serie de parámetros fisiológicos; según el tipo de estudio, el registro se realiza durante el sueño nocturno o durante la vigilia. Los tipos de registros poligráficos, sus características e indicaciones principales se detallan a continuación.

Polisomnografía nocturna o estudio de sueño

Es el estudio *gold standard* para el diagnóstico de los trastornos del sueño. Consiste en el registro de varios parámetros fisiológi-

cos a lo largo de una noche completa en el laboratorio del sueño (unas 8 horas). Los parámetros que típicamente se registran son:

- Actividad cerebral (electroencefalograma [EEG]), para identificar y cuantificar los estadios del sueño.
- Actividad ocular (electrooculograma [EOG]), para cuantificar los movimientos oculares horizontales y verticales.
- Actividad muscular (electromiograma [EMG]), para determinar el tono muscular del mentón y la presencia de movimientos anómalos de las piernas.
- Actividad cardíaca (electrocardiograma [ECG]), para medir el ritmo y la frecuencia cardíaca.
- Esfuerzo respiratorio mediante pletismografía o manometría esofágica.
- Presión de aire nasal (transductor), para detectar reducciones en el flujo aéreo e identificar hipopneas.
- Flujo respiratorio bucal y nasal (termistor) para identificar apneas.
- Saturación de oxígeno en sangre periférica (pulsioxímetro).
- Posición corporal (sensores).

La prueba de polisomnografía nocturna proporciona parámetros e índices de gran utilidad para determinados trastornos del sueño, especialmente los respiratorios y los del movimiento:

- **Parámetros respiratorios:**
 - Apnea e hipopnea, definidas como:
 - Pausa respiratoria o disminución del flujo aéreo $\geq 90\%$ o $>30\%$ de una duración superior a 10 segundos.
 - Y desaturación de oxígeno de al menos el 3 %.
 - Esfuerzos respiratorios asociados a microdespertares: períodos de ≥ 10 segundos de incremento progresivo del esfuerzo respiratorio que conduce a un microdespertar.
 - Índice de apnea/hipopnea: número de apneas e hipopneas / hora de sueño.
 - Índice de alteración respiratoria: número de despertares relacionados con el esfuerzo respiratorio más número de apneas e hipopneas / hora de sueño.
 - Índice de vigilia: número de despertares / hora de sueño.

Tabla 14-3. Instrumentos de evaluación psicométrica recomendados para los diferentes trastornos y características del sueño y la vigilia

Trastorno/característica del sueño	Instrumento de evaluación psicométrica recomendado
Cronotipo	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Matutinidad-Vespertinidad [Morningness-Eveningness Questionnaire [MEQ]] • Cuestionario de Cronotipo de Múnich [Munich Chronotype Questionnaire [MCTQ]]
Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh [Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI]] • Cuestionario Oviedo del Sueño [COS] • Índice de Gravedad del Insomnio [Insomnia Severity Index [ISI]] • Cuestionario de Impacto y Síntomas Diurnos del Insomnio [Insomnia Daytime Symptoms and Impacts Questionnaire [IDSIQ]]
Somnolencia diurna	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Somnolencia de Epworth [Epworth Sleepiness Scale [EES]]
Síndrome de apnea obstructiva del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Stop-BANG
Síndrome de piernas inquietas	<ul style="list-style-type: none"> • Índice Diagnóstico del Síndrome de Piernas Inquietas [The Restless Legs Syndrome - Diagnostic Index [RLS-DI]] • Escala de Valoración de la Gravedad del Síndrome de Piernas Inquietas [The International Restless Legs Syndrome [IRLS]]
Satisfacción con el sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Sueño MOS [Medical Outcomes Study Sleep Scale, MOS Sleep Scale]

- Índice de desaturaciones: número de desaturaciones / hora de sueño.
- **Parámetros indicativos de movimientos:**
 - Índice de movimientos periódicos de las piernas. Número de series de movimientos de las piernas / hora de sueño:
 - Las series se definen como presencia de >4 movimientos consecutivos de las piernas separados cada uno del siguiente por 5-90 segundos.
 - El movimiento de las piernas se define como:
 - Aumento en la amplitud de la actividad electro-miográfica >8 μ V sobre la amplitud en reposo.
 - Duración del incremento de la amplitud entre 0,5-10 segundos.
 - Índice de movimientos periódicos de las piernas asociados con microdespertares: número de movimientos de las piernas que contribuyen a la fragmentación del sueño dividido por el número total de movimientos de las piernas.

Poligrafía respiratoria

Al ser una prueba que se puede realizar en el domicilio del sujeto, su uso es cada vez más frecuente, dada la demanda creciente de estudios para el diagnóstico de trastornos del sueño relacionados con la respiración y la limitada disponibilidad de laboratorios del sueño. Este estudio registra únicamente los parámetros respiratorios (esfuerzo y flujo respiratorios bucal y nasal), el ronquido, la saturación de oxígeno, el electrocardiograma y la posición corporal, pero no proporciona información sobre el sueño ni otros parámetros neurofisiológicos.

Prueba de latencias múltiples del sueño

Realizada en el laboratorio del sueño, esta prueba proporciona información objetiva sobre la naturaleza y el grado de somnolencia diurna que tiene el paciente aquejado de excesiva somnolencia diurna. Consiste en registrar cinco siestas durante el día, después de una polisomnografía nocturna. La prueba comienza 2 horas después del despertar, y las siestas están separadas por intervalos de 2 horas. Se le pide al sujeto que duerma y se registra durante 20 minutos si no se duerme. Si se duerme, se le despierta tras 20 minutos de sueño, o tras varios minutos después de la aparición de sueño de movimientos oculares rápidos (MOR). Los parámetros que se registran durante las siestas son, como mínimo, EEG, EOG y EMG. La información que proporciona es, por un lado, el tiempo que tarda en dormirse en las cinco siestas (latencia media del sueño); y, por otro, los distintos estadios del sueño que se dan en cada siesta si el sujeto llega a dormirse. Este estudio está especialmente indicado ante sospecha de narcolepsia.



Los indicadores de ayuda al diagnóstico que la prueba de latencias múltiples del sueño proporciona son:

- Latencia media del sueño: tiempo medio que tarda en dormirse en las 5 siestas programadas.
- Los distintos estadios del sueño que se dan en cada siesta si el sujeto llega a dormirse.

Prueba de mantenimiento de la vigilia

La preparación para esta prueba es igual a la de la prueba de latencias múltiples de sueño, pero al sujeto se le pide que intente mantenerse despierto en lugar de que intente dormir. Si llega a dormirse en alguna de las oportunidades de siesta que se registran, se le despierta rápidamente (al cabo de 2 minutos).

Vídeo-registro nocturno

Consiste en la grabación del comportamiento del sujeto durante el sueño (sus movimientos, sonidos, etc.), junto con un registro electroencefalográfico.

Véanse las indicaciones de los distintas pruebas (**Tabla 14-4**).

Estudios de laboratorio clínico

Estos estudios consisten en la determinación de los neurotransmisores más relevantes en los procesos reguladores del sueño y la vigilia, la melatonina y la hipocretina-1 (u orexina-1 [hcr-1]), como biomarcadores específicos de determinados trastornos del sueño y la vigilia.



Los estudios de laboratorio clínico son:

- **Prueba de secreción de melatonina:**
 - Se determinan los niveles de melatonina en la saliva del sujeto.
 - Para ello, el sujeto ha de permanecer inmóvil en la oscuridad, y se toman muestras entre las 17:00 y las 3:00.
 - Indicada para los trastornos del ritmo circadiano.
- **Determinación de niveles de hcr-1 en líquido cefalorraquídeo:**
 - Los niveles bajos o indetectables de este neuropéptido en el líquido cefalorraquídeo se consideran indicativos de narcolepsia tipo 1 (con cataplejía).
 - Niveles de hcr-1 <110 pg/mL son considerados como un biomarcador diagnóstico de este tipo de narcolepsia según la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño.
- **Determinación de urocortina-3 y eritropoyetina en orina:** propuestos como biomarcadores prometedores para el diagnóstico del síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños (sujetos de <18 años).
- **Determinación de los parámetros indicativos del metabolismo del hierro en suero:**
 - Establecer el estado del metabolismo del hierro está indicado en el síndrome de piernas inquietas.
 - Ante la sospecha de este diagnóstico, se deben determinar los siguientes parámetros en suero:
 - Hierro.
 - Ferritina.
 - Transferrina.
 - Saturación de transferrina.
 - Transferrina soluble.
 - Prueba de reacción en cadena de la polimerasa.

INSOMNIO

El insomnio es una situación clínica caracterizada por un sueño insatisfactorio, que ocurre a pesar de la adecuada posibi-

Tabla 14-4. Estudios de laboratorio de sueño y sus principales indicaciones

Estudio	Indicaciones
Polisomnografía nocturna	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificar el sueño nocturno y su arquitectura • Trastornos respiratorios relacionados con el sueño, ya que, además de la cantidad y la arquitectura del sueño, proporciona información sobre los episodios respiratorios nocturnos: <ul style="list-style-type: none"> – Presencia de apneas o hipopneas obstructivas o centrales por hora de sueño en el registro para el diagnóstico de apnea-hipopnea del sueño – Este síndrome será leve si el índice de apneas/hipopneas es <15; moderado si los valores son entre 15-30; y grave si el índice es >30 • Trastornos del movimiento relacionados con el sueño, al proporcionar información sobre la actividad muscular del mentón y los tibiales anteriores, además de la información sobre el sueño y su arquitectura • Diagnóstico diferencial de las hipersomnias
Poligrafía respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de parámetros respiratorios durante el sueño (esfuerzo y flujo respiratorios bucal y nasal), saturación de oxígeno y posición corporal • Control del tratamiento con dispositivos de presión aérea positiva continua
Prueba de latencias múltiples del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificación del grado de somnolencia diurna y la arquitectura del sueño diurno: <ul style="list-style-type: none"> – Alerta normal: LMS >12 minutos – Somnolencia diurna patológica: LMS de ≤8 minutos – Zona gris: LMS entre 8-12 minutos. Denota la presencia de un grado de somnolencia diurna variable, que puede ser atribuido a distintas causas • Diagnóstico diferencial de los trastornos de hipersomnolencia • Diagnóstico de narcolepsia
Prueba de mantenimiento de la vigilia	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de hipersomnolencia. Las personas sin hipersomnolencia son capaces de mantener la vigilia durante las cinco oportunidades de siesta
Vídeo-registro nocturno	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas parasomnias, especialmente trastorno de conducta en sueño MOR • Diagnóstico diferencial con epilepsia

LMS: latencia múltiple del sueño; MOR: movimientos oculares rápidos.

lidad para dormir. Es un término que puede resultar confuso, ya que se utiliza para designar una queja relacionada con la cantidad o la calidad del sueño, o un síntoma que forma parte de otra enfermedad o problema de sueño, o para una enfermedad (conjunto de síntomas que cumplen criterios diagnósticos de trastorno de insomnio), es decir, cuando el insomnio es una enfermedad que precisa atención clínica independiente.

Esta polisemia se ha reflejado en los últimos 50 años en las diferentes clasificaciones de los trastornos del sueño, que han categorizado el insomnio de diferentes maneras, según su etiología, su presentación clínica, su duración, etc. Las últimas clasificaciones abandonan la antigua categorización del insomnio entre primario o secundario (si se consideraba que era debido a otro problema médico, psiquiátrico o a un abuso de sustancias), ya que en la práctica clínica muchas veces es muy difícil determinar si otra enfermedad es la causa del insomnio o si es un problema aislado.

Epidemiología

El insomnio es uno de los problemas más frecuentes en la consulta, y el trastorno de sueño más frecuente. Más del 43 % de la población lo padece en algún momento de su vida. En España, como en otras sociedades occidentales, el insomnio va en aumento. Un estudio epidemiológico realizado por el Grupo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño durante 2018-2019 estima que la prevalencia del trastorno de insomnio es del 14,3 %. Hace 20 años, un estudio similar

situaba la prevalencia en el 6,4 %. Por otra parte, es necesario remarcar que en más del 50 % de los casos tiene un curso crónico.

Es más frecuente en mujeres y en personas de mayor edad. Asimismo, la prevalencia es mayor entre las personas con trastornos mentales, neurológicos y en otro tipo de enfermedades somáticas, como la obesidad, el síndrome metabólico y procesos que cursan con dolor.

Características clínicas

El DSM-5-TR, la CIE-11 y la ICSD-3 (Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño, por sus siglas en inglés) definen el trastorno de insomnio como una entidad clínica caracterizada por la queja subjetiva de insatisfacción por la cantidad y la calidad de sueño nocturno asociada a un malestar clínicamente significativo durante el día (fatiga, irritabilidad, falta de concentración, etc.) o la producción de un deterioro en el funcionamiento social, laboral o académico (Tabla 14-5). El problema de sueño no debe poder explicarse por el uso de sustancias, medicaciones u otro trastorno o enfermedad, y se produce a pesar de la adecuada oportunidad de poder dormir, lo que lo diferencia de la privación de sueño. En la infancia, es importante distinguir entre las preocupaciones de los padres y los auténticos insomnios infantiles. En los niños, es más frecuente la demora o el rechazo para ir a dormir que el insomnio, aunque algunos padres lo confunden.

Es un problema presente durante las 24 horas del día, no es exclusivamente nocturno; no se define por la cantidad

Tabla 14.-5. Criterios diagnósticos del trastorno de insomnio

A. La queja principal es la insatisfacción por la cantidad o la calidad de sueño. Reporta uno o más de los siguientes síntomas: :
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para conciliar el sueño 2. Dificultad para mantener el sueño: despertares frecuentes o a problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar 3. Despertar demasiado pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir
B. Produce un malestar o alteración en el funcionamiento diurno clínicamente significativo (debe puntuar en al menos un síntoma):
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fatiga o baja energía 2. Alteraciones cognitivas (atención, concentración, memoria) 3. Alteración en el humor (irritabilidad, disforia) 4. Alteración en la conducta (hiperactividad, impulsividad, agresividad) 5. Deterioro laboral o académico 6. Deterioro del funcionamiento social/interpersonal 7. Impacto negativo en el funcionamiento familiar
C. El problema de sueño ocurre como mínimo tres noches por semana
D. Está presente al menos durante tres meses
E. Ocurre a pesar de la adecuada oportunidad de poder dormir
F. No puede explicarse por otro problema de sueño
G. No puede ser atribuido a otra medicación o sustancia
H. No se puede explicar por otra enfermedad médica o psiquiátrica

El insomnio agudo reúne los mismos criterios diagnósticos, excepto la duración.

de sueño nocturno. Es un estado de *hiperactivación* cognitiva y fisiológica que se manifiesta tanto de día como de noche. Se expresa de manera diferente en ambos períodos: de noche, centrado en las dificultades con el sueño; de día, con fatiga, malestar, irritabilidad, falta de rendimiento, etcétera.

El insomnio tiene consecuencias negativas sobre la salud física y mental, que repercuten en un mayor gasto sanitario de los insomnes respecto de las personas con un sueño satisfactorio: aumento de absentismo laboral, accidentes y consumo de recursos sanitarios. Estudios longitudinales sugieren que es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales: depresión, ansiedad, consumo de alcohol y otros tóxicos, suicidio. Los sujetos con insomnio crónico tienen cinco veces mayor riesgo de sufrir depresión o ansiedad y enfermedades cardiometabólicas (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, obesidad, diabetes *mellitus* tipo 2, etc.). Se ha descrito un subgrupo de pacientes con una duración objetiva de sueño corta, inferior a 6 horas; en este grupo, el insomnio se asocia además con un síndrome metabólico y una mayor frecuencia de diabetes y de hipertensión.

Etiopatogenia

La etiología y la fisiopatología del insomnio no han sido todavía bien identificadas. Décadas de investigaciones en insomnio no han podido demostrar la existencia de una alteración de los mecanismos homeostáticos o circadianos del sueño que puedan explicar la fisiopatología

de la mayor parte de las personas que sufren este trastorno.

Se sabe que existen factores genéticos que predisponen al insomnio, pero, curiosamente, los tejidos cerebrales y los tipos de células que expresan conjuntos de genes que confieren riesgo de insomnio no forman parte principalmente de los circuitos de regulación del sueño, sino de los circuitos involucrados en la regulación de las emociones. Probablemente, la herencia viene ligada a rasgos temperamentales, como la emocionalidad, la internalización de las emociones y una hiperactivación fisiológica.

Los pacientes con insomnio tienen una mayor activación del sistema nervioso autónomo simpático, con un aumento de la actividad del sistema hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, niveles de cortisol más elevados, un aumento de variabilidad de la frecuencia cardíaca y un aumento del metabolismo y de la temperatura corporal durante el sueño.

Existen modelos animales de insomnio, como el inducido por estrés psicosocial. En estos animales, el patrón de actividad cerebral durante el período de insomnio indica que se produce una activación simultánea de las áreas inductoras de sueño y del sistema de vigilia, con lo que se genera un estado intermedio distinto del sueño y la vigilia. Se podría decir, en resumen, que en la fisiopatología del insomnio hay factores genéticos, ambientales, conductuales y fisiológicos que culminan en un estado de hiperalerta tanto de día como de noche.



Se ha descrito un modelo heurístico explicativo del insomnio, llamado de las tres pes (3-P), que es muy útil en el marco de la evaluación de un paciente con este trastorno:

- **Factores predisponentes:**
 - Aumentan el riesgo de desarrollar insomnio.
 - La evaluación debe incluir antecedentes familiares y la propensión del paciente a tener problemas para dormir relacionados con situaciones de estrés.
- **Factores precipitantes.** Son factores médicos, ambientales o psicosociales relacionados con el inicio del problema de sueño.
- **Factores perpetuantes:**
 - Son conductas, creencias y otros factores que conducen a un círculo vicioso de alteración del sueño. Por ejemplo, muchas personas con insomnio pasan más tiempo en la cama tratando de recuperar sueño.
 - Un mayor tiempo en cama, una mayor atención y un mayor esfuerzo por intentar dormir alimentan la hiperactividad y perpetúan el insomnio.

Diagnóstico

El diagnóstico de insomnio requiere una meticulosa historia clínica general y del sueño (v. **Tabla 14-2**) que insista en hábitos y horarios de sueño y en las expectativas del paciente sobre su sueño.

El diagnóstico se basa en los síntomas referidos por el paciente y no en hallazgos polisomnográficos o de laboratorio. La gravedad del insomnio no se correlaciona solo con la duración objetiva del sueño, ya que los pacientes suelen tener una percepción alterada de este; subestiman la duración de su sueño y sobreestiman la de la vigilia durante la noche. Se han sugerido algunos criterios para facilitar el diagnóstico: latencia de sueño superior a 30 minutos, duración de los despertares nocturnos superior a 30 minutos, eficiencia de sueño inferior al 85 % o una duración total del sueño inferior a 6 horas, más de tres noches por semana.



Una clave importante para el diagnóstico es la presencia de alteraciones diurnas; si no aparecen, debe hacerse el diagnóstico diferencial con los dormidores cortos, personas que precisan menor cantidad de sueño. Los diarios de sueño son muy útiles para obtener una visión precisa de los horarios de sueño nocturno, siestas, actividad durante el día, etcétera.

El diagnóstico diferencial del insomnio incluye otros trastornos médicos y del sueño. Hasta el 50 % de los adultos con síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño también se quejan de insomnio. Los trastornos del ritmo circadiano del sueño, como el retraso de fase de sueño y el trabajo por turnos, incluyen síntomas de dificultad para conciliar el sueño o despertarse demasiado temprano. Pero los horarios anormales y un período de sueño estable los distinguen del insomnio. El síndrome de piernas inquietas, a menudo, provoca dificultades para conciliar el sueño, pero se acompaña de la necesidad imperiosa de mover las extremidades y de disestesias. Es típico que los pacientes con síndrome de apnea

e hipopnea obstructiva del sueño y el síndrome de piernas inquietas tengan somnolencia diurna y hagan siestas, lo que los insomnes no consiguen.

Tratamiento en el adulto

La correcta evaluación del paciente con insomnio dará claves para el tratamiento, ya que el mejor es el etiológico. Si no se puede reconocer la causa, el tratamiento debe incluir inicialmente una serie de medidas no farmacológicas y, si son necesarias, medidas farmacológicas. Los fármacos hipnóticos deben utilizarse en la mínima dosis efectiva y durante el menor tiempo posible. A veces, sencillas intervenciones (como la explicación de hábitos correctos de sueño) mejoran cuadros leves o en su inicio, por lo que es precisa la formación en estas técnicas. Los tratamientos farmacológicos iniciales no acompañados de otras medidas suelen agravar y cronificar el cuadro.


Los objetivos globales del tratamiento serán mejorar los síntomas nocturnos (para reducir la angustia y la ansiedad asociadas con la falta de sueño) y la función diurna. Un primer paso será dar información al paciente, tanto para que comprenda el origen de su problema como para que conozca las medidas que se pueden llevar a cabo para resolverlo. Es conveniente implicarlo en el proceso de toma de decisiones. Esto también ayuda a corregir aquellas ideas erróneas que pueda tener sobre el sueño y, sobre todo, las falsas expectativas.

Tratamiento cognitivo-conductual

El consenso actual en todas las guías clínicas es que el tratamiento de elección del insomnio crónico es la terapia cognitivo-conductual específica para el insomnio (TCC-I). Consiste en un conjunto de técnicas de psicoterapia breve que se pueden aplicar en sesiones individuales o grupales. Ha demostrado su eficacia en todos los pacientes, tanto en niños y adultos jóvenes como en ancianos, así como en el insomnio aislado o el asociado a enfermedades somáticas y trastornos mentales. La respuesta al tratamiento oscila entre el 70-80 % de los casos. Los efectos agudos de la TCC-I durante 6-10 semanas son comparables a los de los hipnóticos, y se mantienen hasta tres los años de seguimiento. También es eficaz en pacientes que toman hipnóticos, ya que les ayuda a reducir el uso de medicamentos.

La TCC-I es un paquete de intervención psicoterapéutica que se compone de una serie de medidas o técnicas, desarrolladas o modificadas, para abordar específicamente este problema:

- **Medidas educativas y de higiene del sueño:**
 - Son recomendaciones para promover conductas que mejoran el sueño y evitar aquellas que pueden interferirlo.
 - Esta intervención por sí sola es habitualmente insuficiente, pero es un eslabón imprescindible en la cadena de tratamientos.
 - Es conveniente tenerlas por escrito en un formato que pueda darse al paciente como recordatorio (**Fig. 14-1**).



A Hábitos que favorecen el sueño:

- Mantenga un horario regular, lo más importante es que se levante más o menos a la misma hora, incluyendo los fines de semana
- Realice ejercicio físico durante el día y procure exponerse a la luz solar. No haga ejercicio 3 horas antes de ir a dormir
- Evite hacer siestas durante el día de más de 20-30 minutos
- Elimine o disminuya el consumo de sustancias que afectan el sueño, como el alcohol, la cafeína y la nicotina, sobre todo por la tarde y la noche

B Condiciones que ayudan a dormir bien:

- Desconecte de las tensiones del día al menos 2 horas antes de acostarse. Es útil efectuar antes de cenar una breve sesión de repaso de las actividades para el día siguiente y cerrar los temas pendientes
- Establezca un ritual relajante antes de acostarse, como escuchar música, tomar un baño, leer algo poco estimulante, etcétera
- Vaya a la cama solo cuando tenga sueño. No vaya con hambre o después de comer o beber demasiado
- Mantenga un entorno agradable, tranquilo y con temperatura adecuada en el lugar donde duerma. Evite ver la televisión en la cama, utilizar tabletas o el móvil
- Permanezca en la cama solo el tiempo necesario. Reducir el tiempo en la cama mejora la calidad del sueño

C Si no puede dormir rápidamente:

- El no poder dormir no debe causarle demasiada inquietud, intente no mirar el reloj. Si no lo logra, relájese, levántese y haga algo poco estimulante, como leer, y no regrese a la cama hasta que tenga sueño

Figura 14-1. Medidas educativas y de higiene del sueño.

- **Técnicas de control de estímulos para fortalecer la asociación cama-sueño:**
 - Se basan en técnicas de condicionamiento clásico.
 - Por ejemplo, ir a dormir solo cuando se tenga sueño y evitar actividades que puedan interferir con el sueño, como ver la televisión o usar móviles en la cama.
- **Terapia de restricción de tiempo en la cama:**
 - Es especialmente eficaz para mejorar la eficiencia del sueño.
 - Se basan en la evidencia de que el sueño está regulado por un proceso homeostático y uno circadiano.
 - La restricción de sueño aumenta el proceso homeostático de sueño y, al mantener un horario de despertar por la mañana, refuerza los ritmos circadianos.
- **Técnicas de relajación/meditación**, como el *mindfulness*, para reducir la tensión y los pensamientos intrusivos incompatibles con el sueño.
- **Terapia cognitiva.** Consiste en identificar y reemplazar creencias disfuncionales y actitudes respecto al sueño.

A pesar de las pruebas que apoyan la eficacia de la TCC-I, uno de los problemas pendientes es el relacionado con su implementación. Una posible solución, debido a la gran prevalencia del insomnio y al elevado consumo de hipnóticos, sería la implementación de estas técnicas grupales en contextos de atención primaria con personal entrenado específicamente en TCC-I. Los estudios clínicos demuestran que la TCC-I y la terapia farmacológica combinada al inicio de tratamiento, seguida de TCC-I sola, es el

esquema terapéutico que produce los mejores resultados a largo plazo.

Tratamiento farmacológico

La farmacoterapia se recomienda en pacientes que aún presenten síntomas a pesar de haber realizado una TCC-I, o en pacientes que no puedan realizarla. Los fármacos más utilizados en el tratamiento del insomnio son las benzodiazepinas y los agonistas selectivos de los receptores de benzodiazepinas, más conocidos como hipnóticos Z. Los fármacos Z se diferencian de las benzodiazepinas en que actúan exclusivamente sobre el receptor BZ1 y no tienen acción ansiolítica, miorelajante ni anticonvulsiva.

Las características de las benzodiazepinas y los fármacos Z son las siguientes:

- Ambos están indicados en el tratamiento sintomático del insomnio con o sin comorbilidad, especialmente en el insomnio agudo o situacional:
 - No deben utilizarse por un tiempo superior a 8 semanas, incluyendo 4 semanas para disminución progresiva de la dosis y supresión del fármaco.
 - En su uso a corto plazo, son fármacos seguros, reducen la latencia del sueño y los despertares nocturnos, y aumentan la duración y la calidad subjetiva del sueño.
 - El grado de eficacia terapéutica depende de la dosis, y no hay grandes diferencias entre los diferentes compuestos al comparar dosis equipotentes (**Tabla 14-6**).

Tabla 14-6. Benzodiacepinas y fármacos Z aprobados y comercializados para el tratamiento del insomnio en España

Benzodiacepinas				
Nombre genérico	Inicio de acción	Semivida (horas)	Duración aprobada del tratamiento	Posología/comentarios
Brotizolam	Rápido	3-8	<ul style="list-style-type: none"> Máximo 4 semanas (incluida la retirada gradual del medicamento) Si es necesario más tiempo, es imprescindible hacer una reevaluación 	<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 0,25 mg al acostarse Pacientes de edad avanzada: 0,125-0,25 mg
Flurazepam	Rápido	40-114		<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 25 mg al acostarse Pacientes de edad avanzada: 15 mg
Lorazepam	Intermedio	10-20		<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 1 mg 15-30 minutos antes de acostarse Pacientes de edad avanzada o con insuficiencia hepática: 0,5 mg
Lormetazepam	Intermedio	9-15		<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 1 mg 15-30 minutos antes de acostarse. En insomnio grave/persistente: 2 mg Pacientes de edad avanzada: 0,5 mg
Loprazolam	Rápido	3-13		<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 1 mg. En insomnio grave/persistente: 2 mg Pacientes de edad avanzada: 0,5 mg
Midazolam	Rápido	1-4		<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 7,5-15 mg Pacientes de edad avanzada o con insuficiencia hepática: 7,5 mg
Quazepam	Rápido	25-55		<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 15 mg al acostarse Pacientes de edad avanzada: 15 mg
Triazolam	Rápido	2-5		<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 0,25 mg (0,125 mg puede ser suficiente), máximo 0,5 mg Ancianos: 0,125-0,25 mg
Hipnóticos no benzodiacepínicos				
Zopiclona	Rápida	3-6	De días a 2 semanas (incluida retirada gradual del medicamento) Puede utilizarse de manera intermitente	<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 7,5 mg antes de acostarse Pacientes de edad avanzada o con insuficiencia hepática o renal: dosis inicial, 3,75 mg hasta 7,5 mg si es necesario
Zolpidem	Rápida	1,5-4		<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 5-10 mg (no aumentar) por la noche inmediatamente antes de acostarse Pacientes de edad avanzada o con insuficiencia hepática o renal: dosis inicial 5 mg/día

- En el insomnio crónico, estos fármacos deben utilizarse con precaución, mejor de forma intermitente en los momentos de exacerbación:
 - Han de utilizarse con mucha precaución en:
 - Pacientes con antecedentes de abuso de sustancias, ya que la adicción es frecuente.
 - Pacientes ancianos, ya que, en 2015, la American Geriatric Society incluyó las benzodiacepinas entre los «medicamentos potencialmente inapropiados» para pacientes mayores de 65 años, independientemente del diagnóstico o la afección, debido al aumento del riesgo de deterioro cognitivo, episodios confusionales, caídas, fracturas y accidentes automovilísticos.
 - El uso crónico puede reducir el funcionamiento emocional y cognitivo.
 - La interrupción del tratamiento es un reto, debido al insomnio de rebote y a los síntomas de abstinencia, por lo que es aconsejable una reducción progresiva de la dosis.

Las contraindicaciones de las benzodiacepinas son la apnea de sueño, la insuficiencia respiratoria y las demencias. Se reco-

mienda prescribirlas con cuidado en pacientes con ronquido intenso y con deterioro cognitivo leve. Hay que tener en cuenta el efecto residual de sedación matutina provocada por los hipnóticos de vida media más prolongada.

Otros agonistas gabaérgicos muy utilizados en el tratamiento del insomnio son los anticonvulsivos *gabapentina* y *pregabalina*. Ensayos clínicos muestran sus efectos positivos sobre la latencia del sueño y los despertares nocturnos, y estudios polisomnográficos han demostrado que producen un aumento del sueño profundo. Su uso no se contempla en ninguna guía clínica, por ausencia de estudios doble ciego en pacientes con insomnio. Utilizados *off label*, pueden ser una alternativa en pacientes con insomnio y síndrome de piernas inquietas, trastornos adictivos (sobre todo, alcoholismo) y fibromialgia o dolor crónico.

La *melatonina endógena* inicia su secreción al anochecer, tiene su pico máximo por la noche y sus concentraciones disminuyen por la mañana hasta hacerse indetectables. El pico de secreción de la melatonina disminuye con la edad. La *melatonina exógena* tiene un efecto modesto pero significativo sobre la latencia del sueño; se recomienda administrarla al final de la tarde o al inicio de la noche. Algunas de las guías

clínicas actuales recomiendan la utilización de melatonina de liberación prolongada en dosis de 2 mg en mayores de 55 años. Puede prescribirse hasta 13 semanas y no precisan reducción progresiva de las dosis. Los receptores melatonérgicos (como ramelteón), aprobados en Estados Unidos para disminuir la latencia de inicio del sueño, no se comercializan en Europa. La guía del National Institute for Health and Care Excellence (conocida como NICE, actualización *online* 2021) recomienda la utilización de melatonina de liberación prolongada para tratamiento del insomnio en sujetos con autismo menores de 19 años y en sujetos ciegos.

Los antihistamínicos, como la difenhidramina, la doxilamina y la hidroxicina, se utilizan con frecuencia para tratar el insomnio en preparaciones de venta libre. No se recomiendan en ninguna guía clínica, debido a que tienen una eficacia menor frente a otras alternativas y un peor perfil de efectos secundarios, como la sedación diurna, el deterioro cognitivo y la prolongación del intervalo QT.

Los antagonistas duales de los receptores de la orexina u hipocretina son el grupo de fármacos que ofrece nuevas perspectivas en el tratamiento del insomnio. Las hipocretinas u orexinas son péptidos hipotalámicos que se liberan durante la vigilia, se proyectan a todo el cerebro y ayudan a promover y mantener la vigilia. Aunque el sistema orexínico tiene otras funciones, la principal reside en la transición vigilia-sueño. Hasta 2021, los únicos compuestos de esta clase aprobados por la agencia reguladora de los medicamentos de Estados Unidos, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), eran el suvorexant y el lemborexant. Ninguno había sido aprobado por el órgano europeo, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). En 2021 fue aprobado el daridorexant por la FDA y en 2022 por la EMA y otras agencias del medicamento. Se ha iniciado su comercialización en Estados Unidos, Japón y en algunos países de Europa (pronto se hará en España). El daridorexant, en dosis de 25-50 mg/día, ha demostrado una eficacia superior al placebo en las medidas de sueño nocturno y una mejora de la calidad del funcionamiento diurno, en pacientes con trastorno de insomnio con un perfil de seguridad favorable. Estudios de extensión de los ensayos clínicos con daridorexant han mostrado que no hubo signos de que los beneficios del medicamento estuvieran desapareciendo al final del año y que los pacientes no mostraron signos de tolerancia, dependencia física, rebote ni ESD. Los resultados podrían respaldar su uso para el tratamiento a largo plazo en el trastorno de insomnio en adultos.

Los antidepresivos sedativos son muy utilizados en la práctica clínica como tratamiento *off label* del insomnio. Sus mecanismos de acción sobre el sueño son diversos, básicamente antihistamínicos. No han sido evaluados de manera sistemática en cuanto a su eficacia y efectos secundarios en pacientes con insomnio, por lo que las guías no ofrecen recomendaciones específicas de estos fármacos. Sin embargo, se reconoce su eficacia y buena tolerancia en dosis muy bajas o bajas, siempre inferiores a las dosis antidepresivas.

Diversos psicofármacos tienen un papel importante en el insomnio asociado a enfermedades psiquiátricas. Los antidepresivos sedativos son muy útiles, y hasta ahora son los úni-

cos indicados en tratamientos de mantenimiento y crónicos. La Administración de Alimentos y Medicamentos recomienda 3-6 mg de doxepina para el tratamiento del insomnio de mantenimiento, ya que en esta dosis tiene una acción específica sobre los receptores H₁ sin los efectos anticolinérgicos propios de los tricíclicos. Sin embargo, esta dosis no está comercializada en España. La trazodona en dosis de 25-100 mg y la mirtazapina en dosis de 7,5-15 mg son muy efectivas y, habitualmente, bien toleradas. El uso de antipsicóticos solamente estará indicado en el insomnio asociado a trastornos mentales graves. Algunos estudios aportan resultados positivos para 25-50 mg de quetiapina, pero observan un perfil desfavorable de efectos secundarios, por ejemplo, la inducción de movimientos periódicos de las piernas. En caso de pacientes con psicosis e insomnio, lo mejor es utilizar los antipsicóticos más sedativos (olanzapina, quetiapina, asenapina, clotiapina, levomepromazina e incluso clozapina) con una mayor dosis vespertina. No suele ser necesaria la asociación de fármacos hipnóticos, pero si fuera preciso se evitará la posible suma de efectos sedantes entre psicofármacos, debido al riesgo de alterar el ritmo circadiano vigilia-sueño.

Tratamiento en la infancia y adolescencia

En la infancia, las intervenciones farmacológicas para el tratamiento del insomnio no están contempladas en las guías. Se considera que las intervenciones más efectivas y recomendables tanto para los problemas a la hora de acostarse como para los despertares nocturnos son las conductuales en los niños y la educación de los padres.

La gestión del insomnio en los trastornos psiquiátricos infantiles, especialmente en el contexto de los trastornos del espectro autista, los trastornos por déficit de atención y/o hiperactividad y los trastornos generalizados del desarrollo precisará una intervención farmacológica. El zolpidem, en dosis de 0,25 mg/kg/día, hasta un máximo de 10 mg, no ha demostrado su eficacia en el insomnio asociado a los trastornos por déficit de atención y/o hiperactividad. La melatonina de acción prolongada se considera bien tolerada y eficaz para reducir la latencia de sueño y aumentar su duración en niños con insomnio relacionado con trastornos por déficit de atención y/o hiperactividad y los trastornos del espectro autista. Se utiliza también en los trastornos del sueño comórbidos a trastornos generalizados del desarrollo. En estos niños, deben evitarse los antihistamínicos.

TRASTORNOS DE HIPERSOMNOLENCIA

Los trastornos de hipersomnolencia son un grupo heterogéneo de entidades morbosas caracterizadas por la presencia de una somnolencia anómala durante el día que no puede ser atribuida a una alteración del sueño nocturno, a un consumo de sustancias ni a cambios en el ritmo circadiano. Las personas que los padecen pueden presentar problemas de atención y concentración, falta de energía y motivación, irritabilidad, fatiga e inquietud. Estos trastornos están presentes hasta en el 6 % de la población, y hasta en el 25 % de los casos existe un trastorno afectivo comórbido.

A diferencia de la CIE-11, clásicamente, este grupo de trastornos se clasificaban en función de su hipotética etiología:

- **Hipersomnias central:**
 - En probable relación con neuropatología en la circuitería cerebral responsable del ritmo sueño-vigilia.
 - Pertenecen a este grupo la narcolepsia, la hipersomnias idiopática y el síndrome de Kleine-Levin.
- **Hipersomnias secundarias**, bien a enfermedades somáticas, trastornos mentales o sustancias, incluyendo fármacos prescritos.

Es importante que los psiquiatras conozcan estos trastornos, ya que suelen debutar en la adolescencia y, sobre todo, porque en el inicio pueden confundirse con un trastorno mental.

Narcolepsia

La narcolepsia es un trastorno del sueño poco frecuente, crónico y grave. Es la principal causa de hipersomnolencia central.



Existen dos tipos de narcolepsia:

- La narcolepsia tipo 1 se caracteriza por la presencia de cataplejía (síntoma patognomónico de narcolepsia tipo 1) y por disminución en el líquido cefalorraquídeo de los niveles de hcrt-1 en relación con la pérdida selectiva de neuronas hipotalámicas secretoras de hcrt-1.
- La narcolepsia tipo 2, en la que no existe cataplejía, según la definición estricta de esta, y los niveles de hcrt-1 en líquido cefalorraquídeo son normales.

En algunos casos, la de tipo 2 puede representar la fase prodrómica de la de tipo 1.

Epidemiología

Su prevalencia se cifra en torno al 0,02 % de la población general occidental; afecta a uno de cada 3.000-5.000 personas. La edad de inicio más frecuente se sitúa entre los 15 y los 35 años, aunque puede aparecer en la infancia y también en personas mayores. La narcolepsia tipo 1 es más frecuente que la narcolepsia tipo 2, tanto en niños como en adultos.

Etiopatogenia

Actualmente, se sabe que la narcolepsia tipo 1 es una enfermedad del sistema nervioso central debida a la pérdida selectiva de neuronas secretoras de hipocretina en el hipotálamo, lo que provoca una deficiencia del péptido hcrt-1. Tiene un probable origen autoinmunitario, de mecanismo todavía desconocido, asociado con el polimorfismo *HLA-DQB1*0602*, que está presente en el 95 % de pacientes con narcolepsia tipo 1, y tan solo en el 20 % de población general. Entre los factores de riesgo que se postulan para

este trastorno, destacan las infecciones respiratorias de vías altas, que actuarían como detonante de la destrucción de las neuronas hipotalámicas productoras de hipocretina.

Características clínicas

Las crisis de cataplejía se caracterizan por una pérdida brusca del tono muscular que oscila entre una sensación fugaz de debilidad y una parálisis completa. Durante las crisis, se conservan las funciones vitales, el movimiento ocular, la deglución y la respiración, y los pacientes están conscientes y se dan cuenta de lo que les ocurre. Es un fenómeno relacionado con el sueño MOR (atonía muscular en vigilia), habitualmente desencadenado por emociones intensas y placenteras, sobre todo la risa. Pueden confundirse con crisis conversivas. Su duración suele ser inferior a 2 minutos.

Las alucinaciones típicas de la narcolepsia son multisensoriales y se producen en la transición sueño-vigilia o vigilia-sueño. Hay que diferenciarlas de las alucinaciones típicas de la esquizofrenia, que son fundamentalmente auditivas.

El sueño nocturno de los pacientes suele estar alterado; suele ser muy fragmentado y a veces de corta duración; con frecuencia presenta parasomnias, como lo demuestra la polisomnografía. Las siestas durante el día suelen ser breves y característicamente reparadoras.

Como consecuencia de este trastorno, los pacientes ven alteradas gravemente su funcionalidad y su calidad de vida. Además, se ha descrito que los narcolépticos tienen un riesgo dos veces superior al de la población general de sufrir depresión y trastorno por ansiedad. En algunos casos, sobre todo cuando la narcolepsia tiene un inicio precoz, se han producido problemas de diagnóstico diferencial con la esquizofrenia. Otros casos han desarrollado síntomas psicóticos secundarios al tratamiento con psicoestimulantes, utilizados para el tratamiento de la ESD. Finalmente, se han descrito algunos casos de coexistencia de narcolepsia con esquizofrenia. En su mayoría, la narcolepsia se había iniciado durante la infancia y posteriormente se había desarrollado la psicosis. Estos pacientes, además de las alucinaciones multisensoriales típicas de la narcolepsia, presentaban alucinaciones auditivas típicas de la esquizofrenia y también tenían delirios, que no están presentes en la narcolepsia.

Diagnóstico

La sintomatología se manifiesta mediante ESD y cataplejía. Respecto a la polisomnografía, en la prueba de latencias múltiples del sueño, se obtiene una latencia media de sueño de las cinco siestas de <8 minutos y dos o más inicios del sueño en fase MOR. En cuanto a los biomarcadores, se obtienen polimorfismo *HLA-DQB1*0602* y niveles de hcrt-1 <110 pg/mL en líquido cefalorraquídeo.

Tratamiento

La narcolepsia requiere un tratamiento específico, realizado por profesionales especializados en los trastornos del sueño, en unidades específicas. Debe realizarse un abordaje multicom-

ponente, configurado según las necesidades individuales de cada paciente, que incorpore tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico. A pesar de los avances en el conocimiento de la etiopatogenia de este trastorno, el tratamiento sigue siendo sintomático.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los fármacos aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos como de primera elección para el tratamiento de la ESD son el modafinilo (en dosis entre 100 y 400-600 mg/día) y el pitolisant (dosis de 9-36 mg/día). El metilfenidato y la dextroanfetamina son considerados como fármacos de segunda línea. Para el tratamiento de la cataplejía, el pitolisant (en las mismas dosis que para la ESD) y el oxibato de sodio (dosis entre 4,5-9 mg) son los fármacos de primera elección; algunos antidepresivos (venlafaxina, fluoxetina, citalopram) son fármacos de segunda línea. Por otra parte, los resultados de la inmunoterapia (inmunoglobulina G intravenosa) y de la reposición de la hcr1-1, sin bien son prometedores, no son concluyentes.

Respecto del tratamiento no farmacológico, al igual que en el insomnio, la terapia cognitivo-conductual y la psicoeducación al paciente y la familia son las técnicas que han demostrado más eficacia tanto para la ESD como para la cataplejía, pero sobre todo para la mejora de la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes. Puede incluir determinadas herramientas, como siestas programadas, medidas de higiene del sueño, dieta equilibrada y actividad física, junto con reestructuración cognitiva sobre la enfermedad y su estigma, mejora de la adherencia, etcétera.

Hipersomnia idiopática

La hipersomnia idiopática, de acuerdo con la CIE-11, se caracteriza por:

- Presencia de períodos diurnos de necesidad imperiosa de dormir o incluso lapsos diurnos de sueño, durante varios meses.
- Demostración objetiva de estos períodos mediante los resultados de:
 - La prueba de latencias múltiples del sueño: ≤ 8 minutos.
 - O polisomnografía o actigrafía de muñeca: tiempo total de sueño en 24 horas ≥ 11 horas.
- Frecuentemente, los pacientes presentan además el fenómeno denominado *inercia del sueño*: una dificultad grave y prolongada para despertarse, evidenciada por la vuelta a dormirse repetidamente, confusión, irritabilidad y comportamiento automático.
- Ausencia de las características más patognomónicas de la narcolepsia:
 - Cataplejía.
 - Deficiencia de hcr1-1.
 - Hallazgos de la prueba de latencias múltiples del sueño (dos o más inicios del sueño en fase MOR o uno o más inicios del sueño en fase MOR en la prueba de latencias múltiples del sueño y un inicio del sueño en fase MOR en la polisomnografía nocturna anterior).

A diferencia de la narcolepsia, las siestas son generalmente largas, a menudo de más de 60 minutos, y poco refrescantes.

No existe ningún tratamiento indicado para la hipersomnia idiopática; fuera de indicación, habitualmente se utilizan los fármacos oportunos para la excesiva somnolencia diurna de otras hipersomnias, principalmente la narcolepsia. Igualmente, se utilizan las intervenciones psicoterapéuticas para la ESD descritas en el apartado dedicado al tratamiento de la narcolepsia.

Síndrome de Kleine-Levin

Hace casi un siglo, este síndrome fue descrito por Kleine y Levin como una entidad patológica: una hipersomnia periódica asociada a hiperfagia y desinhibición sexual que afecta principalmente a adolescentes.

Epidemiología

Es una entidad muy poco frecuente, entre uno y cuatro casos por millón de habitantes. Es más frecuente en los varones.

Etiopatogenia

Es desconocida. Inicialmente, se describió un origen autoinmunitario relacionado con el polimorfismo *HLA-DQB1*0201/0301* de transmisión materna, pero estudios posteriores no confirmaron los resultados. Un estudio mundial reciente de 673 casos de síndrome de Kleine-Levin encontró una asociación con dificultades perinatales y polimorfismos en el gen *TRANK1* (previamente asociado con trastorno bipolar y esquizofrenia).

Características clínicas

Descripciones más recientes de series de casos han confirmado la aparición estereotipada en pacientes mayoritariamente varones (75 %) de episodios abruptos de somnolencia grave (unas 18 horas al día) de duración variable entre 7 y 30 días o más, cada 3-6 meses; si bien, con el paso del tiempo, la frecuencia tiende a disminuir.

Las características clínicas del síndrome de Kleine-Levin son las siguientes:

- Se deben dar al menos dos episodios caracterizados por:
 - Hipersomnia grave.
 - Y al menos uno de los siguientes:
 - Disfunción cognitiva.
 - Percepción alterada.
 - Trastornos de la alimentación (ingestas reducidas o aumentadas).
 - Comportamiento desinhibido.
- Otros síntomas nucleares que suelen estar presentes frecuentemente son la apatía y la desrealización.
- Otros síntomas de frecuencia inferior y variable entre los distintos episodios son hipersexualidad, hiperfagia, alucinaciones, delirios y cefaleas.

Sorprendentemente, existe una reversibilidad completa de los síntomas entre episodios y una evolución generalmente

favorable con desaparición espontánea de estos después de una o dos décadas. Los estudios de electroencefalografía revelan únicamente una ralentización inespecífica del electroencefalograma durante los episodios, aunque estos son dramáticos en apariencia y los pacientes están incapacitados mientras duran.

Diagnóstico

Aunque, fenomenológicamente, esta enfermedad es muy diferente de los trastornos bipolares, tiene algunos parecidos, y es importante conocerla para hacer el diagnóstico diferencial: el inicio y el final de los episodios de hipersomnolencia es rápido; durante el episodio, los pacientes pueden presentar síntomas de ansiedad y depresivos; y, fundamentalmente, el litio es el único tratamiento con efectos consistentes en la prevención de los episodios.

Hipersomnias secundarias debidas a trastorno mental

Las hipersomnias vinculadas a trastornos mentales, a pesar de ser frecuentes, están escasamente estudiadas. Hasta un 25 % de los pacientes con hipersomnolencia presentan además trastorno bipolar en sus fases depresivas, depresión atípica o trastorno depresivo estacional. También pueden aparecer en el curso de otros trastornos afectivos y en trastornos de la personalidad. La presencia de hipersomnolencia en los trastornos afectivos suele ser un indicador de gravedad que se asocia a comportamientos suicidas y resistencia al tratamiento.

Los estudios de laboratorio del sueño pueden no ser concluyentes, ya que estos pacientes pueden presentar tanto resultados normales como un aumento del tiempo nocturno del sueño y disminución de la latencia media de este (<8 minutos).

Aunque la descripción de la somnolencia por parte del paciente es similar en la hipersomnolencia idiopática y las hipersomnias psiquiátricas, existen diferencias en la organización y la cantidad de sueño total en ambas entidades cuando se realiza una polisomnografía.

En estos pacientes, están especialmente indicadas las intervenciones psicoterapéuticas para la ESD, además del tratamiento de la enfermedad de base. Al igual que en las otras hipersomnias, no existen fármacos indicados para su tratamiento, por lo que debe considerarse la utilización, fuera de indicación, de los fármacos señalados para la excesiva somnolencia diurna de la narcolepsia.

TRASTORNOS RESPIRATORIOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO

Constituyen un grupo de trastornos que comparten alteraciones de la respiración durante el sueño; en la mayoría de ellos, es normal durante la vigilia.

La CIE-11 incluye tres trastornos en este grupo:

- Apnea central del sueño.
- Apnea obstructiva del sueño.

- Hipoventilación relacionada con el sueño, respiración insuficiente que conduce a un aumento del nivel de CO₂ en sangre.
- Hipoxemia relacionada con el sueño, nivel de oxígeno en sangre bajo en relación, típicamente, con una patología no relacionada con el sueño.

Apnea central del sueño

Se define como la aparición de disminución parcial (hipopnea) o completa (apnea) del flujo aéreo a través de la vía aérea superior, debido a la reducción o ausencia de esfuerzo respiratorio. Además de episodios respiratorios centrales, los pacientes pueden presentar episodios obstructivos.

Epidemiología

Es un trastorno mucho menos frecuente que la apnea obstructiva del sueño; su prevalencia se sitúa en torno al 1 % en la población general estadounidense de más de 40 años. Entre los factores de riesgo, se encuentran la edad mayor de 65 años, el sexo masculino y enfermedades somáticas (cardíacas, cerebrales, endocrino-metabólicas o renales).

La apnea central puede ser:

- Primaria o idiopática, muy poco frecuente.
- Secundaria a otra patología (cardíaca [la forma más frecuente], cerebral a nivel pontino [muy rara]), a medicamento o sustancias (por ejemplo, metadona) o a factores ambientales (por ejemplo, la altura).

Características clínicas

Los episodios respiratorios centrales (apneas e hipopneas) pueden ser esporádicos o cíclicos.



Como consecuencia de los episodios respiratorios, el sujeto puede presentar una combinación variable de los siguientes síntomas:

- Alteraciones del sueño nocturno en forma de sueño no reparador, microdespertares y dificultades de la respiración durante el sueño (autorreportadas u observadas por el compañero de cama) y dolor en el pecho.
- Síntomas durante la vigilia:
 - ESD.
 - Fatiga.
 - Dificultades de atención y concentración.
 - Cefaleas.
 - Irritabilidad.
 - Disminución de la libido.
 - Disfunción eréctil / dificultades de excitación.

A diferencia de la apnea obstructiva, en la apnea central no existe esfuerzo respiratorio para luchar contra la obstrucción de la vía aérea, sino que el paciente deja de respirar debido a disfunción cerebral.

Diagnóstico

Para el diagnóstico, es preciso que se confirmen los episodios respiratorios centrales mediante la polisomnografía.

Tratamiento

El tratamiento dependerá de la gravedad de la alteración de la respiración y de las complicaciones somáticas. Si se conoce la causa, deberá realizarse un tratamiento etiológico en primer lugar o de forma simultánea con otras medidas hasta que se normalice la respiración durante el sueño.

Las medidas terapéuticas disponibles para el tratamiento de la apnea central son:

- Medidas higiénicas:
 - Evitación del consumo de alcohol y sustancias sedantes.
 - Evitación de la prescripción de fármacos de perfil sedativo para las dificultades del sueño.
- Presión positiva en la vía respiratoria, bien continua, bini-vel u otro tipo, según las necesidades del paciente.
- Suplementación de oxígeno.
- Tratamiento farmacológico.
- Estimulación del nervio frénico, en el caso de fracasar las medidas anteriores.

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO RELACIONADOS CON EL SUEÑO

Los trastornos del movimiento relacionados con el sueño incluyen una serie de trastornos caracterizados por la existencia de movimientos corporales anormales relacionados con el sueño. El más frecuente de ellos es el síndrome de piernas inquietas, que aparece durante la vigilia y altera la conciliación del sueño, por lo que se puede confundir con un insomnio. En psiquiatría, es importante conocer esta enfermedad, ya que muchos psicofármacos pueden exacerbarla en personas predisuestas.

La CIE-11 incluye los siguientes trastornos en este grupo:

- Síndrome de las piernas inquietas.
- Trastorno por movimientos periódicos de las extremidades.
- Calambres en las piernas durante el sueño.
- Bruxismo durante el sueño.
- Movimientos rítmicos durante el sueño.
- Mioclonías benignas del sueño en la lactancia.
- Mioclonía propioespinal al inicio del sueño.
- Movimientos anormales durante el sueño debidos a un problema médico, un medicamento o una sustancia.

Síndrome de las piernas inquietas

El síndrome de piernas inquietas es un trastorno sensitivo-motor asociado al sueño.



Las características del síndrome de las piernas inquietas son:

- Sensación extraña y molesta en las piernas que:
 - Provoca al sujeto una necesidad imperiosa de moverlas.
 - Posee un patrón circadiano (aparece o empeora al atardecer) y situacional (aparece o empeora con el reposo).
 - Se alivia con el movimiento.
- Frecuente alteración del sueño.
- Repercusiones sobre la vigilia en forma de ESD y fatiga.
- Deterioro del nivel de funcionalidad y calidad de vida de las personas que lo padecen.

Epidemiología

Se trata de una patología frecuente pero infradiagnosticada. Según los estudios epidemiológicos, la presenta entre el 1,5-2 % de la población general y es más prevalente con la edad.

Etiopatogenia

No se conoce la causa. Probablemente, se debe una alteración del metabolismo de la dopamina y del hierro. Tiene un elevado componente hereditario, especialmente si los síntomas se inician antes de los 40 años. Se ha asociado con la deficiencia de hierro, insuficiencia renal y hepática, neuropatías periféricas, diabetes *mellitus*, enfermedad de Parkinson y artritis reumatoide; y con numerosos fármacos, como antidepresivos (tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), antipsicóticos y antiepilépticos. También se ha asociado a patología psiquiátrica en población adulta (depresión) e infantil (trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad).

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. En todos los casos, debe solicitarse una concentración sérica de ferritina, que constituye el mejor marcador de hierro en sus depósitos naturales. El síndrome de las piernas inquietas suele aparecer con niveles inferiores a 50 µg/L. En los casos en los que se sospeche que este síndrome está asociado a otras enfermedades durante el sueño, se requerirá la polisomnografía nocturna para su estudio.

El diagnóstico diferencial deberá realizarse con:

- Acatisia inducida por fármacos.
- Condiciones médicas que causen dolor o malestar en las piernas (problemas vasculares, neuropatías periféricas o artritis).
- Trastorno de calambres en las piernas durante el sueño.
- En los niños, con molestias/dolores propios del crecimiento.

Tratamiento

Véanse las recomendaciones generales para el tratamiento del síndrome de las piernas inquietas (**Tabla 14-7**).

Tabla 14-7. Estrategias terapéuticas para el síndrome de piernas inquietas

- La decisión de tratar o no tratar dependerá de la gravedad de los síntomas y su impacto en la calidad de vida del paciente
- La primera medida será evaluar el estado del hierro sistémico y considerar tratamiento sustitutivo de hierro si los niveles de ferritina son <45-50 µg/L; aunque los niveles de hierro en sangre no estén bajos y no exista anemia asociada, es necesario
- En casos de SPI leve o intermitente es preferible utilizar estrategias no farmacológicas, incluidas:
 - Prueba de abstinencia de cafeína y alcohol
 - Adecuada higiene del sueño: evitar cenas copiosas antes de acostarse, retrasar el inicio del sueño, dormir en un ambiente fresco, ejercicios de relajación, etcétera
- Antes de realizar un tratamiento específico, se debe considerar y manejar cualquier trastorno del sueño coexistente. El SPI es muy frecuente en pacientes con apneas de sueño, y el tratamiento del trastorno respiratorio puede mejorar drásticamente la sintomatología
- Se evaluarán todos los fármacos que está tomando el paciente antes de iniciar un tratamiento específico, ya que muchos medicamentos pueden causar o exacerbar el SPI. Se suspenderán aquellos fármacos que provocan o agravan los síntomas de SPI, en la medida de lo posible
- Si es necesario, se ha de considerar el uso intermitente de carbidopa/levodopa, opioides de baja potencia o agonistas de benzodiazepinas
- En casos de SPI crónico y persistente, el tratamiento de elección son los ligandos de canales de calcio alfa-2-delta, a menos que existan contraindicaciones:
 - Gabapentina en dosis de 300-400 mg/día en una única dosis nocturna. Si existen síntomas vespertinos, se aconseja su administración dos veces al día (tarde y noche)
- Usar un agonista dopaminérgico no ergotamínico si los ligandos de los canales de calcio alfa-2-delta están contraindicados o son ineficaces:
 - Ropirinol en dosis de 0,25-4 mg o pramipexol en dosis de 0,18-0,7 mg. Suelen administrarse en dosis única entre 1-3 horas antes de acostarse, aunque puede darse una dosis adicional por la tarde en aquellos pacientes con síntomas vespertinos
 - Rotigotina 1-4 mg/día en parche transdérmico de liberación sostenida
 - Si se prescriben agonistas de la dopamina, se debe monitorizar la aparición del síndrome de aumentación (empeoramiento en la gravedad de los síntomas como resultado del tratamiento a largo plazo aumento) y de un trastorno del control de los impulsos, y modificar el tratamiento en consecuencia
- En los casos de SPI refractario, se ha de considerar la terapia combinada con ligandos de los canales de calcio alfa-2-delta, agonistas de la dopamina o benzodiazepinas y en tratamiento en monoterapia con opioides

SPI: síndrome de piernas inquietas.

PARASOMNIAS

La CIE-11 define las parasomnias como los acontecimientos comportamentales o fisiológicos problemáticos que ocurren durante el sueño o el despertar. Entre sus manifestaciones se incluyen movimientos complejos, emociones, percepciones, sueños y signos anormales derivados de la actividad del sistema nervioso autónomo relacionados con el sueño.

Las parasomnias suelen iniciarse en la infancia-adolescencia, y pueden persistir o aparecer en la vida adulta. No todas ellas requieren tratamiento.

Según el momento en que se produzcan, se clasifican en tres grupos:

- Trastornos del despertar del sueño de movimientos oculares no rápidos.
- Parasomnias relacionadas con el sueño MOR.
- Otras parasomnias.

Trastornos del despertar del sueño de movimientos oculares no rápidos

Estos trastornos se definen por la presencia de:

- Experiencias o conductas (confusión, deambulación, otras conductas complejas, terror o activación del sistema nervioso autónomo) que aparecen durante despertares parciales del sueño profundo de movimientos oculares no rápidos. El trastorno alimentario relacionado con el sueño puede surgir durante todas las etapas del sueño de movimientos oculares no rápidos.
- Amnesia parcial o completa del acontecimiento.
- Respuesta inapropiada o ausente a los esfuerzos de otros para intervenir o redirigir a la persona durante el episodio.
- No cogniciones o imágenes oníricas asociadas o muy limitadas (por ejemplo, una sola escena visual).
- Como todos los trastornos de la CIE-11, estos síntomas han de provocar una angustia significativa o un impedimento significativo en las áreas personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento, pero, a diferencia de otros trastornos, los síntomas pueden además implicar un riesgo significativo de lesiones para el individuo o para otros (por ejemplo, golpear o golpear en respuesta a los esfuerzos para restringir al individuo).

Los trastornos que se incluyen en esta categoría son:

- Despertares confusionales. Presencia de confusión mental o conductual como consecuencia de un despertar parcial desde el sueño profundo.
- Sonambulismo. Presencia de conductas de complejidad variable, desde sentarse en la cama y estirar las sábanas hasta deambulación u otras conductas más complejas.
- Terror del sueño. Caracterizados por la presencia de un intenso terror que se manifiesta en forma de vocalizaciones (normalmente gritos), miedo intenso y signos de activación del sistema nervioso autónomo (taquicardia, taquipnea, sudación y midriasis).
- Trastorno de la conducta alimentaria relacionada con el sueño:
 - Presencia de episodios recurrentes de ingesta o bebida involuntaria excesiva o peligrosa que se producen durante el período principal de sueño.
 - Incluye el consumo de alimentos (sustancias no comestibles o tóxicas) y comportamientos dañinos o potencialmente dañinos realizados mientras se busca comida o mientras se cocina.

Parasomnias relacionadas con el sueño de movimientos oculares rápidos

Estos trastornos se caracterizan por la presencia de:

- Experiencias o conductas motoras simples (vocalizaciones) o complejas, parálisis del sueño o pesadillas durante el sueño MOR.
- Como todos los trastornos de la CIE-11, estos síntomas han de provocar una angustia o un impedimento significativos en las áreas personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento; pero, a diferencia de otros trastornos, los síntomas pueden además implicar un riesgo significativo de lesiones para el individuo o para otros.

A continuación, se desarrollan los trastornos que incluye esta categoría.

Trastorno del comportamiento durante el sueño MOR.

Presencia de episodios repetidos de vocalizaciones o conducta complejas durante el sueño MOR, movimientos bruscos vigorosos, a veces violentos, como si representaran los sueños/pesadillas del paciente. Aparece casi exclusivamente en personas mayores de 55 años. Es importante conocer esta entidad para el diagnóstico diferencial con otras alteraciones de conducta en el anciano: alucinaciones visuales, estrés postraumático, despertares confusionales. Para el diagnóstico definitivo, es necesaria la confirmación polisomnográfica de sueño MOR sin atonía. Este tipo de trastornos suele estar asociado con enfermedades del sistema nervioso (como la enfermedad de Parkinson, la demencia con cuerpos de Lewy y la atrofia multisistémica) y puede ser un síntoma precursor de estas. Dada el riesgo de autoagresiones o heteroagresiones de esta parasomnia, el tratamiento es necesario. Solo existe tratamiento sintomático. Suele responder bien a las benzodiazepinas; el clonazepam es uno de los fármacos más indicados. Además, se implementarán medidas de protección frente al entorno.

Parálisis del sueño aislada recurrente. Caracterizada por la incapacidad para mover voluntariamente todo el cuerpo

y hablar, bien en la transición de la vigilia al sueño (hipnagógica), bien en la transición del sueño a la vigilia (hipnópica). Se debe descartar la existencia de narcolepsia. Si bien dura poco tiempo (desde segundos a pocos minutos), genera malestar clínicamente significativo en la persona, y puede aparecer ansiedad o miedo ante el hecho de ir a dormir. Hasta el 75 % de las personas reportan experiencias de tipo alucinatorio de cualquier modalidad sensorial, bien durante los episodios o separados de ellos (alucinaciones hipnagógicas e hipnópicas). Para su diagnóstico, es preciso que se haya descartado la existencia de narcolepsia.

Pesadillas. Ocurrencia repetida de sueños vívidos, de contenido altamente desagradable (amenaza vital), de los que el sujeto guarda recuerdo preciso. Suceden habitualmente durante el sueño MOR, por lo que son más frecuentes en el último tercio del tiempo de sueño. Con frecuencia, el sujeto se despierta. Al despertar, rápidamente se orienta y está alerta, a diferencia de lo que sucede en los terrores nocturnos. Como consecuencia de los sueños o de los despertares, el sujeto presenta un malestar clínicamente significativo o deterioro en su nivel de funcionamiento personal, sociofamiliar y/u ocupacional. Desde el punto de vista epidemiológico, las pesadillas aisladas son muy frecuentes en los niños, y llega a reportarse hasta en el 75 % de ellos. Sin embargo, el trastorno de pesadillas es mucho menos frecuente, con prevalencias en torno al 1-5 % de los preadolescentes. En la población general, la prevalencia se sitúa entre el 2-8 %. Son factores de riesgo la predisposición genética, la existencia de pesadillas en la infancia, la existencia de trastorno mental (típicamente trastorno de estrés postraumático) y el tratamiento con fármacos que actúan sobre los sistemas de neurotransmisión monoaminérgica, gabaérgica y colinérgica. En el caso de pesadillas asociadas con el trastorno por estrés postraumático, la prazosina, un fármaco α_1 -bloqueante, en dosis entre 1-20 mg/día, es el fármaco de primera elección. Como tratamiento psicoterapéutico de las pesadillas, la terapia de ensayo en imaginación y la terapia cognitiva sobre las creencias desadaptativas han demostrado eficacia en algunos estudios.



PUNTOS CLAVE

- Los trastornos del sueño y la vigilia son trastornos muy frecuentes, heterogéneos y estrechamente relacionados con los trastornos mentales.
- La historia clínica del sueño es el elemento fundamental para la identificación y diagnóstico de los trastornos del sueño y la vigilia.
- El psiquiatra deberá saber identificar y evaluar estos trastornos. Además, deberá conocer cuándo los pacientes deben ser derivados a las unidades específicas del sueño para su diagnóstico preciso y tratamiento específico, y cuándo pueden ser manejados directamente en la consulta cotidiana de psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA

American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3ª ed. Darien: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
 American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5-TR. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023.
 Franceschini C, Pizza F, Cavalli F, Plazzi G. A practical guide to the phar-

macological and behavioral therapy of narcolepsy. *Neurotherapeutics*. 2021;18(1):6-19.

García-Portilla M, Basarán MT, Sáiz P, Bobes-Basarán MT, Bousoño M, Bobes J. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 8ª ed. Madrid: Ars Médica; 2022.

- Iranzo A. El trastorno de conducta del sueño REM. *Rev Med Clin Condes*. 2013;24(3):463-472.
- Irfan M, Schenck CH, Howell MJ. NonREM disorders of arousal and related parasomnias: an updated review. *Neurotherapeutics*. 2021;18(1):124-139.
- Mediano O, González Mangado N, Montserrat JM, Alonso-Álvarez ML, Almendros I, Alonso-Fernández A et al. International Consensus Document on Obstructive Sleep Apnea. *Arch Bronconeumol*. 2022;58(1):52-68.
- Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet*. 2012;379(9821):1129-41.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-11 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [consulta el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>.
- Rémi J, Pollmächer T, Spiegelhalter K, Trenkwalder C, Young P. Sleep-related disorders in neurology and psychiatry. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116(41):681-688.
- Riemann D, Benz F, Dressle RJ, Espie CA, Johann AF, Blanken TF et al. Insomnia disorder: state of the science and challenges for the future. *J Sleep Res*. 2022;31(4):e13604.
- Silber MH, Buchfuhrer MJ, Earley CJ, Koo BB, Manconi M, Winkelman JW. Scientific and medical advisory board of the restless legs syndrome foundation. The management of restless legs syndrome: an updated algorithm. *Mayo Clin Proc*. 2021;96(7):1921-1937.
- Sociedad Española del Sueño. Tratado de medicina del sueño. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015.
- Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology. 5ª ed. Cambridge: Cambridge University Press and Assessment; 2023.
- Stefani A, Högl B. Nightmare disorder and isolated sleep paralysis. *Neurotherapeutics*. 2021;18(1):100-106.
- Trotti LM, Arnulf I. Idiopathic hypersomnia and other hypersomnia syndromes. *Neurotherapeutics*. 2021;18(1):20-31.