

TEMA 11. LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

1-EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SUEÑO

El término sueño proviene del latín “somnus”, (acto de dormir), y éste como la suspensión de sentidos y movimientos voluntarios; hoy este concepto de suspensión se considera erróneo.

Una de las primeras hipótesis sobre el sueño fue planteada por Alcmeón de Crotona quién consideraba que el sueño era producido por un incremento de sangre en las venas (hipótesis vascular).

El período precientífico comienza a aparecer el interés por una explicación con base fisiológica. Algunos ejemplos podrían ser la hipótesis de que la fatiga produce una disminución de oxígeno en el cerebro, lo que termina provocando el sueño.

El año 1929 es una fecha clave en la investigación del sueño, puesto que es el año en que Hans Berger sienta las bases del registro de la actividad electroencefalográfica (EEG).

2-CONSIDERACIONES ACERCA DE LA NECESIDAD NORMAL DEL SUEÑO

La cantidad necesaria de sueño en el ser humano depende, de factores biológicos, conductuales y ambientales. Las personas pueden clasificarse en función de la cantidad o calidad del sueño.

Cantidad de sueño: se hablan de sujetos buenos y malos dormidores, matutinos y vespertinos.

- Matutinos: que se caracterizan por la tendencia a levantarse y acostarse temprano.
- Vespertinos: que tienden a levantarse y acostarse tarde.

La diferencia entre ambos grupos está en que los vespertinos presentan un adormecimiento mucho más lento, a pesar de que suelen acostarse más tarde, que los matutinos. Algunos estudios han demostrado cómo la fase IV de sueño aparece mucho más tarde, presentándose en algunos casos al final de la noche. También se hallaron diferencias en tareas de tiempo de reacción y en la activación autoinformada; los sujetos matutinos informaban una mayor activación y tenían tiempos de reacción más cortos que los vespertinos a primera hora de la mañana, y viceversa.

Calidad del sueño: se habla de personas con patrón de sueño eficiente y personas con patrón de sueño no eficiente. La diferencia entre ambos está en las perturbaciones en el sueño de ondas lentas durante la fase IV que caracteriza a las personas con patrón de sueño no eficiente. **La calidad de la fase IV de sueño es fundamental para que el sueño sea reparador.**

3- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

La actual clasificación de los trastornos del sueño incluye cuatro categorías:

1- Disomnias

- Trastornos intrínsecos del sueño.
 - Narcolepsia
 - Apnea obstructiva del sueño (SAOS)
 - Síndrome de piernas inquietas
- trastornos extrínsecos del sueño.
- trastornos del sueño relacionados con el ritmo circadiano

2- Parasomnias

- trastornos del despertar
 - Sonambulismo
 - Terrores nocturnos
- Trastornos de la transición vigilia-sueño
 - Somniloquio
- Parasomnias relacionadas con el sueño Mor
 - Pesadillas
- otras parasomnias
 - Bruxismo

3- Trastornos asociados con alteraciones médicas o psiquiátricas

- Trastornos del sueño asociados con trastornos mentales
- Trastornos del sueño asociados con trastornos neurológicos
- Trastornos del sueño asociados con otros trastornos médicos

4- Otros trastornos del sueño que no poseen suficiente información para ser considerados como trastornos específicos del sueño

4-PRINCIPALES TRASTORNOS DEL SUEÑO

4.1-INSOMNIO

Es un trastorno caracterizado por la reducción de la capacidad de dormir como consecuencia de factores psicológicos, biológicos y/o ambientales. Debemos valorar en cada caso particular qué grado de patología supone esta disminución de la capacidad de dormir.

Los criterios que se aceptan para una definición operativa de insomnio son:

- 1- que la latencia del sueño sea superior a 30 minutos.
- 2- **Que el tiempo total de vigiliias nocturnas sea superior a 30 minutos.**
- 3- Que el tiempo total de sueño por noches sea inferior a 6 horas y media.
- 4- Tener somnolencia diurna y decremento del rendimiento.
- 5- **Los síntomas deben presentarse tres o más veces por semana.**
- 6- La duración de la sintomatología debe ser superior a un mes.

Epidemiología

Es más frecuente en la población femenina que en la masculina.

En Europa y Estados Unidos un 20 % de incremento se da en la tercera edad.

Tipos de insomnio

-Insomnio Transitorio o Situacional. Las personas con este tipo de insomnio habitualmente tienen una historia de días o semanas de duración

-Insomnio crónico o persistente. Se puede presentar meses o años de evolución.

El punto de corte se suele situar en tres o cuatro semanas.

Los dos se caracterizan por una latencia de sueño prolongada, despertares frecuentes y dificultad para reanudar el sueño, diferenciándose en su duración.

Insomnio Transitorio

Los factores psicológicos intervienen en cerca de un 80% de los pacientes que se quejan de insomnio transitorio. Una persona sometida a una situación estresante (problemas laborales, financieros, familiares, etc.) presenta como uno de los primeros síntomas de estrés la dificultad para conciliar el sueño, por lo que tendrá más tiempo para pensar en su problema, creándose de esta forma un círculo vicioso; además, el sueño en estos casos no suele ser reparador.

Insomnio Crónico

La mayor parte de los insomnios crónicos están relacionados con problemas médicos, psiquiátricos o conductuales. La etiología podría ser consecuencia de la necesidad de más horas de sueño. **El dolor es una de las causas médicas más frecuentes de insomnio crónico.**

También puede estar relacionado con trastornos de personalidad, el cual suele ir acompañado de ansiedad, fobias, etc. El insomnio del sujeto depresivo se caracteriza por una latencia normal y frecuentes despertares.

Los pacientes con anorexia nerviosa suelen presentar alteraciones del sueño, despertándose temprano.

Tratamientos con barbitúricos, antihistamínicos, benzodicepinas, etc. suelen modificar la arquitectura normal del sueño, lo cual repercute en su calidad; por ejemplo, las benzodicepinas producen disminución o supresión de las ondas lentas, n aumento de la fase II y un incremento de la latencia del sueño de movimientos oculares rápidos (MOR). **La suspensión del tratamiento suele ir acompañada de la reaparición**

de los síntomas de ansiedad e insomnio previos al tratamiento, fenómeno conocido como **INSOMNIO REBOTE**.

4.2-SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO

Este síndrome consiste en una alteración de la respiración caracterizada por una interrupción repetida y de duración de más de 10 segundos del flujo aéreo nasobucal, que aparece durante el sueño y que está provocada por una obstrucción de las vías aéreas superiores.

Cada apnea tiene una duración entre 10 y 120 segundos o más, siendo más duradera durante el sueño MOR.

Epidemiología

La enfermedad afecta predominantemente al sexo masculino en una proporción 9:1, que decrece después de la menopausia. Aumenta con la edad alcanzando el máximo entre los 40 y 69 años.

Clasificación

Se puede distinguir tres tipos de apneas del sueño:

- **Apnea obstructiva del sueño (SAOS):** parada del flujo aéreo, a pesar del esfuerzo respiratorio persistente.
- **Apnea central:** cese del flujo nasobucal acompañado de una falta de movimientos respiratorios de los músculos torácicos y abdominales a consecuencia de la pérdida del esfuerzo respiratorio, esta es más característica en pacientes con patología cerebral grave.
- **Apnea del sueño mixta:** empieza como una apnea central y termina como una apnea obstructiva.

Apnea Obstructiva SAOS

Para hacer el diagnóstico SAOS se utiliza el índice de apnea del sueño, que es la suma de apneas y de las hipoapneas por hora de sueño. Un índice por encima de apneas superior a 10 significa que el paciente presenta el SAOS.

Se caracterizan por la estricta relación entre los cambios en las fases y estados del sueño y el patrón de la respiración. Cuando el sujeto entra en la fase I de sueño, la amplitud respiratoria disminuye hasta llegar a una parada respiratoria completa. La secuencia de eventos es (FASE DE SUEÑO-APNEA-ACTIVACIÓN-RESPIRACIÓN). El incremento de la activación que termina con cada episodio apneico, posibilitando la respiración, provoca una severa fragmentación del sueño, limitándose éste a las fases I y II, puesto que las fases III y IV no aparecen o están reducidas; el sueño MOR también aparece reducido y fragmentado; como consecuencia de esta fragmentación, el sueño es poco reparador.

Otra de las consecuencias directas del SAOS son los cambios en los gases sanguíneos durante la noche.

El cuadro clínico incluye entre los más llamativos la excesiva somnolencia diurna, decremento del rendimiento intelectual, deterioro de la memoria, irritabilidad o depresión. **El síntoma nocturno más relevante es el roncar.**

Entre los factores agravantes del síndrome destaca de forma especial la ganancia de peso corporal.

4.3-NARCOLEPSIA

El síndrome de narcolepsia está integrado por cuatro síntomas que forman la “tétrada narcoléptica”:

- Somnolencia diurna excesiva.
- Cataplexia.
- Parálisis del sueño.
- Alucinaciones hipnagógicas.

En general el síntoma más frecuente es la somnolencia.

La somnolencia da lugar a períodos cortos de sueño diurno que se pueden prevenir mediante un esfuerzo voluntario. Estos ataques de sueño se producen en momentos inapropiados, su duración oscila entre 10 y 15 minutos.

El segundo síntoma, la cataplexia, consiste en una repentina disminución o pérdida del tono muscular, permaneciendo el paciente totalmente consciente. Recientemente, en algunos pacientes se ha intentado establecer una asociación entre narcolepsia y fibromialgia.

El tercer síntoma, es la parálisis del sueño, que tiene lugar al quedarse dormido el paciente o al despertar. El sujeto experimenta la sensación de no poder mover ningún músculo.

Por último, algunos pacientes, cuando están medios dormidos, experimentan alucinaciones visuales o auditivas, que normalmente coinciden con las parálisis del sueño.

Epidemiología

Suele aparecer en la adolescencia con la aparición de la hipersomnolencia.

Características del sueño nocturno en el paciente narcoléptico

La característica más importante del patrón de sueño de un paciente narcoléptico es que el sueño MOR presenta una latencia inferior a los 20 minutos, es decir, que el sueño de estos pacientes se inicia en la fase MOR. La aparición de un período MOR en los primeros 10 minutos de sueño se suele considerar habitualmente como un signo de narcolepsia. Se ha observado otras alteraciones como incremento de la fase I y una disminución de la fase III y IV, incremento del número de despertares durante la noche, fragmentación de los períodos MOR y movimientos periódicos durante el sueño.

Etiología

Se han formulado tres hipótesis explicativas diferentes:

-Inmunológicas: este trastorno ha sido asociado con el antígeno linfocitario humano (ALH).

-Neuroquímicas: estudios realizados con perros concluyen que la narcolepsia sería la consecuencia de la depresión de los sistemas monoaminérgicos y de la hipersensibilidad de los sistemas de acetilcolina, lo cual apoya la hipótesis de que la narcolepsia consiste en una alteración de la regulación del sueño MOR.

-Neuropatológicas: este trastorno está asociado a diferentes neuropatologías de regiones cerebrales relacionadas con el sueño; por ejemplo, se han asociado la narcolepsia como consecuencia de neoplasias, esclerosis múltiple, neurofibromatosis y tumores bilaterales.

4.4-SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN

Se caracteriza por una somnolencia diurna excesiva. El paciente puede dormir más de 20 horas al día. También se caracteriza por una excesiva hambre y sed, inestabilidad, irritación, dificultad de pensamiento, frases incoherentes, alucinaciones, etc.

En algunos casos, especialmente en varones, se ha descrito una actividad sexual exacerbada, caracterizada por proposiciones amorosas dirigidas a ambos sexos o masturbaciones en público.

Epidemiología

Afecta en mayor proporción a hombres que a mujeres. Normalmente aparece en la adolescencia.

Etiología

La etiología es todavía poco conocida. Algunos autores quieren establecer una relación entre el síndrome de Kleine-Levin y las depresiones recurrentes bipolares, basándose en que la brusca transición de un episodio de hipersomnia a un estado transitorio maníaco o depresivo es comparable a los cambios de humor que caracterizan a las depresiones bipolares, además, se establece un paralelismo en la estructura del sueño de sujetos con este síndrome y pacientes depresivos: reducción de la latencia del sueño MOR, despertares nocturnos y disminución de las fases III y IV, y se ha demostrado una respuesta terapéutica positiva al litio.

4.5-SÍNDROME DE PICKWICK

Los síntomas característicos de un paciente con síndrome de Pickwick son la obesidad, la somnolencia, la hipoventilación y la eritrocitosis.

4.6-TRASTORNO DE CONDUCTA ASOCIADO AL SUEÑO MOR

Estos pacientes presentan movimientos vigorosos o violentos durante el sueño MOR, que suelen representar escenificaciones de los ensueños propios de esta fase, período en el que normalmente se presenta una atonía muscular. Estos episodios se producen normalmente una vez por semana.

Los registros polisomnográficos muestran unas fases de sueño MOR sin atonía muscular, e incluso con un incremento del tono muscular, así como movimientos corporales y conductas complejas. Sin embargo, puede encontrarse una disociación entre la actividad electromiográfica (EMG) del mentón y los movimientos corporales; así, puede producirse un incremento del EMG mentoniano sin movimientos corporales, o por el contrario, puede combinarse un EMGA atónico del mentón con bruscos movimientos corporales.

La mayoría de estos pacientes suelen mostrar espasmos EMG aperiódicos y movimientos simples de todas las extremidades durante cualquier fase del sueño no paradójico. Se observa con frecuencia un incremento del sueño de ondas lentas.

Epidemiología

Tienen su inicio en la sexta o séptima década de la vida, siendo más frecuente en varones que en mujeres.

Etiología

El origen de este trastorno puede ser que estuviese asociado a una alteración de los sustratos neuronales troncoencefálicos. En algunos casos, este trastorno se ha encontrado asociado a la esclerosis múltiple, Parkinson y a tumores cerebrales troncoencefálicos.

4.7-TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA

- **PESADILLAS.** Las pesadillas constituyen episodios de sueño con ansiedad que surgen generalmente durante el sueño MOR o paradójico, y que pueden despertar al niño; van acompañadas SIEMPRE de ansiedad. Esta respuesta de ansiedad suele ir acompañada de una reacción motora brusca que puede provocar el despertar. En el caso de que las pesadillas se presenten de una forma recurrente pueden conducir a una fobia al sueño o provocar interrupciones repetidas del sueño paradójico.
- **TERRORES NOCTURNOS.** Suelen producirse en el primer tercio de la noche, en las fases III y IV de sueño. El niño, que hasta ese momento estaba durmiendo de una forma calmada, se sienta bruscamente en la cama gritando intensamente acompañadas de sudoración, piloerección y taquicardia. Se pueden producir gestos descoordinados y rápidos, y una fijación de la mirada en algún punto frontal.
Cuando el niño se despierta durante un episodio de terror nocturno, generalmente no suele recordar lo ocurrido. Suelen iniciarse en la edad preescolar, estando asociados en estos casos a historias psicopatológicas. Este trastorno podría tener una importante base hereditaria. Otras hipótesis plantean la asociación entre los terrores nocturnos y la activación del trazado poligráfico. Se podría considerar como un estado anómalo de la conciencia en el que se combinan aspectos del sueño de ondas lentas, del sueño paradójico y de la vigilia.

- **SONAMBULISMO.** Se caracteriza por una secuencia de comportamientos complejos ocurridos durante el sueño de ondas lentas, generalmente en el primer tercio de la noche. Podría tener una base hereditaria. Se ha encontrado una mayor concordancia de este trastorno en gemelos monocigóticos que en dicigóticos. Los niños con predisposición genética al sonambulismo lo manifestarían probablemente en épocas de estrés.
Muchos episodios de sonambulismo van precedidos de terrores nocturnos. Los estudios basados en la poligrafía han considerado el sonambulismo como un trastorno del despertar, pues el sujeto, después de un largo período inicial en las fases III y IV, pasa de una forma brusca a las fases I y II, o sea, a una superficialización del sueño. Por tanto, el sonambulismo sería una disociación entre el comportamiento motor y la conciencia. Para concluir decir que el sonambulismo no sería más que un mal funcionamiento de los mecanismos activadores del sueño paradójico, lo cual provoca un despertar atípico.
- **SOMNILOQUIO.** Es el habla o la emisión de sonidos con significado psicológico durante el sueño sin que exista una concepción crítica subjetiva durante el episodio. El contenido del discurso suele ser elaborado y afectivo durante el sueño paradójico, y pobre en las fases de sueño de ondas lentas. Normalmente se inician cuando el niño está en edad preescolar. **Si el problema se mantiene hasta la edad adulta podría estar asociado a cuadros de ansiedad.**
- **JACTATIO CÁPITIS NOCTURNA.** Consiste en el balanceo rítmico de la cabeza (delante-atrás y hacia los lados) y, en algunos casos, de todo el cuerpo, **normalmente antes de dormirse el sujeto o en las fases I y II del sueño.** Los movimientos de la cabeza son los más importantes, considerándose los corporales como secundarios. La frecuencia de este tipo de movimientos oscila entre 60 y 70 veces por minuto.
Ocurre sobre todos en lactantes, especialmente entre los 8 y 24 meses de edad.
La incidencia es similar en ambos sexos y que se produce más frecuentemente en los primogénitos, lo cual podría estar provocando por una mayor atención o preocupación de los padres.
No existiendo ninguna enfermedad orgánica, estos movimientos rítmicos pueden estar relacionados a factores de tensión emocional (conflictos entre los padres, presión en la escuela, etc.); el niño para hacer frente a la ansiedad y quedarse dormido utiliza estos movimientos rítmicos.
- **BRUXISMO.** El bruxismo asociado al sueño se caracteriza por una actividad rítmica de los músculos maseteros pterigoideus internos y temporales que provocan una serie de contracciones forzadas de las mandíbulas superior e inferior y una fricción de las superficies dentarias, lo cual provoca un ruido molesto.
Suelen aparecer en la fase II de sueño y en la transición entre las distintas fases.
El curso de este trastorno puede ser transitorio o crónico. La incidencia en niños de 3 a 7 años es del 2.3% al 12.1%, siendo mayor en aquellos sujetos que tienen algún antecedente familiar de bruxismo. Los sujetos que lo padecen suelen presentar cefaleas y somnolencia durante el día.
En muchas ocasiones, el paciente que rechina los dientes no tiene conciencia de este comportamiento y muy raras veces se despierta por el ruido producido. Las quejas de estos niños suelen ser dolor de mandíbulas, cansancio en los músculos de la masticación y una extrema sensibilidad en los dientes al despertar por la mañana.

4.8-TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON EL RITMO CIRCADIANO

Alteraciones o modificaciones del ritmo sueño-vigilia:

- **Insomnio relacionado con un ciclo diferente a 24 horas.** Manifiesta somnolencia durante el día y una gran activación durante la noche.
- **Insomnio por pauta irregular del ciclo sueño-vigilia.** Presente en aquellos sujetos que no tienen un horario regular mínimo para acostarse.
- **Insomnio por tendencia de sueño retrasada e insomnio por tendencia de sueño adelantada.**

4.9-TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA VEJEZ. MIOCLONUS NOCTURNO Y SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS

La alteración respiratoria más importante es el síndrome de apnea del sueño.

El mioclonus nocturno y el síndrome de las piernas inquietas son dos disfunciones neuromusculares que presentan una alta prevalencia en la población anciana.

El mioclonus nocturno es un movimiento periódico y estereotipado de intensidad variada, que se produce fundamentalmente en los músculos tibiales anteriores y en otros músculos de las extremidades inferiores.

Las descargas musculares son generalmente bilaterales, pero pueden producirse en una sola pierna.

Específicamente, puede decirse que las contracciones o descargas musculares implican la extensión del dedo gordo del pie en combinación con la flexión parcial de la rodilla, el tobillo y, a veces, la cadera.

Las contracciones mioclónicas se inician cuando el paciente ya está dormido y, con frecuencia, los pacientes no son conscientes de estos espasmos. Se muestran principalmente durante el sueño ligero (fases I y II), disminuyendo durante el sueño de ondas lentas (III y IV) y sólo ocurren de forma esporádica o desaparecen completamente durante el sueño MOR.

En cuanto a su prevalencia se estima que afecta a sujetos con más de 60 años.