

REVISIÓN CIENTÍFICA

Trastornos del Sueño. Revisión narrativa

Cuzco A¹, Cuzco L², Calvopiña N¹, Cevallos D¹

RESUMEN

El sueño es el acto de dormir y ha sido constituido como una actividad esencial para la sobrevivencia del ser humano, y de muchos animales; su alteración se asocia con perturbación de la calidad de vida y rendimiento en las actividades cotidianas. Por ello, el propósito de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica narrativa acerca de los principales trastornos del sueño. Para ello se recopiló información a través de los siguientes buscadores: COCHRANE, PUBMED, LILACS, SCIELO, SCIENCE DIRECT, SCOPUS. Se concluyó que varios trastornos del sueño presentan características clínicas que permiten llegar al diagnóstico, mientras que otras patologías como la apnea obstructiva del sueño, requiere de exámenes complementarios como la polisomnografía. Para el tratamiento se debe tomar en consideración la afectación del rendimiento cotidiano o presencia de comorbilidades. A su vez, se enfatiza en la necesidad de continuar investigando sobre alternativas terapéuticas que mejoren la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Narcolepsia, parasomnias, síndrome de la apnea obstructiva del sueño, sueño, trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño.



1. Estudiante de pregrado de medicina de la Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.
2. Médico general, Centro de Salud tipo B "Guano", Guano, Chimborazo, Ecuador.

Av. Ayacucho entre García Moreno y Pichincha. Riobamba, Ecuador. CP: 060150
E-mail: carolinacuzcomacias@gmail.com

Recibido: 13 de septiembre 2020.
Aceptado: 3 de enero 2021.
Publicado: 10 de enero 2021.

Para citar este artículo/For reference this article: Cuzco A, Cuzco L, Calvopiña N, Cevallos D. Trastornos del sueño. Revisión narrativa. Acta Cient Estud. 2021;14(1):113-122. Disponible en: www.actacientificaestudiantil.com.ve/vol-13-num-4-a2/

REVISIÓN CIENTÍFICA

Sleep Disorders. Narrative Review.

Cuzco A¹, Cuzco L², Calvopiña N¹, Cevallos D¹

ABSTRACT

Sleep is the act of sleeping, it has been considered as an essential activity for human and others animals survival, the sleep disorders are associated with disturbance of the quality of life and performance in daily activities. Consequently, this article has as objective to write a narrative bibliographic review which includes the main sleep disorders, then the information was collected through the following search engines: COCHRANE, PUBMED, LILACS, SCIELO, SCIENCEDIRECT, SCOPUS. As conclusions, it was determined, several sleep disorders present clinical characteristics, it allows to reach the diagnosis, while other pathologies such as obstructive sleep apnea require complementary tests as polysomnography. Treatment should take into consideration the impairment of daily performance or comorbidities. it is emphasized the need to continue researching on therapeutic alternatives to improve the quality of life of the patient.

Key words: Narcolepsy, sleep, sleep apnea syndromes, sleep initiation and maintenance disorders, parasomnias.



1. Estudiante de pregrado de medicina de la Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.
2. Médico general, Centro de Salud tipo B "Guano", Guano, Chimborazo, Ecuador.

Av. Ayacucho entre García Moreno y Pichincha. Riobamba, Ecuador. CP: 060150
E-mail: carolinacuzcomacias@gmail.com

Recibido: 13 de septiembre 2020.
Aceptado: 3 de enero 2021.
Publicado: 10 de enero 2021.

Para citar este artículo/For reference this article: Cuzco A, Cuzco L, Calvopiña N, Cevallos D. Trastornos del sueño. Revisión narrativa. Acta Cient Estud. 2021;14(1):113-122. Disponible en: www.actacientificaestudiantil.com.ve/vol-13-num-4-a2/

INTRODUCCIÓN

El sueño ha sido constituido como una actividad esencial para la sobrevivencia del ser humano y de muchos animales, ya que permite conservar energía, regular el metabolismo, consolidar la memoria, depurar sustancias tóxicas, activar el sistema inmune, entre otras funciones [1].

Por otra parte, los trastornos del sueño, como la narcolepsia y la apnea obstructiva del sueño (AOS), se han incrementado en los últimos años. Es así que, un estudio de cohorte retrospectivo desarrollado en Estados Unidos, determinó que la prevalencia de la narcolepsia ha aumentado aproximadamente un 14%, de 39 a 44 casos por 100.000 personas, además la AOS presenta mayor prevalencia, debido a su ascenso del 41%; de similar forma, ocurre con varios desórdenes, durante el período de estudio, 2013–2016 [2]. Además, con la llegada de una nueva pandemia por COVID–19, que en principio fue reportada en China a finales del año 2019, se ha documentado un incremento no dilucidado de varios trastornos del sueño, cuya etiopatogenia se relaciona con elevación de los niveles de ansiedad, depresión, aislamiento social, y para aquellos pacientes con reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) positivos se ha planteado la hipótesis de la participación de ciertas interleucinas [3]. Lo que consecuentemente, se asocia con la salud mental, calidad de vida y desarrollo de otras enfermedades de tipo cardiovascular, metabólico, neurológico, entre otros.

Con base en lo antes mencionado, se deduce la importancia de analizar sobre los trastornos del sueño, por lo cual se describen los desórdenes más frecuentes en la consulta médica, cómo realizar el diagnóstico y tratamiento de los mismos, según la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño, 3° edición (ICSD–3, por sus siglas en inglés).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica no sistemática acerca de los principales trastornos de sueño, en los siguientes buscadores: COCHRANE, PUBMED, LILACS, SCIELO, SCIEDIRECT, SCOPUS. Entre los criterios de inclusión se encuentran: artículos de revisión y revisiones sistemáticas publicados en revistas especializadas, en idioma español e inglés, publicados desde el año 2005 hasta septiembre 2020, para lo cual se utilizó las palabras claves de reconocimiento y de selección: trastorno del sueño, diagnóstico, tratamiento. Mientras, se excluyeron aquellos artículos publicados fuera del rango de tiempo establecido, que no aportaban información relevante, sin actualizaciones del tema y aquellos sin acceso gratuito al artículo completo.

Como resultado de la búsqueda, se encontraron 1562 fuentes bibliográficas referentes al tema, de los cuales se utilizaron 49 artículos científicos, que aportaron información actualizada del tema y se excluyeron 1522 artículos. Con lo cual, se realizó una síntesis narrativa de la información obtenida (Figura 1). Las fuentes bibliográficas fueron gestionadas en Mendeley.

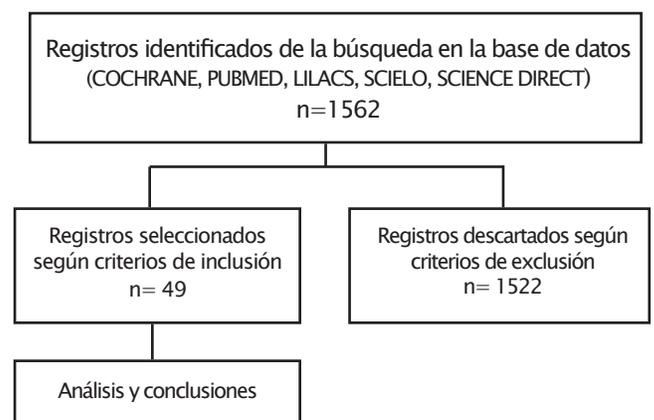


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de recolección de datos. | Fuente: elaboración propia

EL CICLO DEL SUEÑO

El ciclo vigilia-sueño oscila en el transcurso de las 24 horas del día. La vigilia es un estado caracterizado por la interacción de diferentes redes neuronales que involucran a todo el cerebro y a estructuras localizadas a nivel caudal del mesencéfalo con el fin de relacionar al individuo con el entorno. El sueño es un proceso activo, mantiene las funciones corporales y hormonales normales, crecimiento y curación de tejidos, aprendizaje y procesamiento de memorias y reparación del sistema nervioso central [4].

El ciclo vigilia-sueño es distinto para cada edad, en el nacimiento se requieren entre 16 y 18 horas para dormir, divididos irregularmente a lo largo del día. A los 4 años, el sueño puede presentarse en dos fases, en la tarde o en la noche. A los 6 solo hay una fase de sueño por la noche. Y así, la cantidad de sueño va disminuyendo con la edad [4].

FASES DEL SUEÑO

Sueño No Movimientos Oculares Rápidos (NMOR)

Es el sueño de ondas lentas o en el que no hay un movimiento rápido de los ojos [5]. Subsecuentemente, está constituida por 4 etapas. La etapa 1 del sueño NMOR cumple un papel de transición en el ciclo del sueño, generalmente tiene una duración de 1 - 7 minutos, representado del 2 al 5% del sueño total, y el ruido puede fácilmente interrumpirla [5]. El electroencefalograma (EEG) muestra un enlentecimiento del ritmo alfa (caracterizadas por presentar frecuencias de 8 a 13 ciclos por segundo) y está asociado con un estado de relajación y de vigilia [6]. La etapa 2 del sueño NMOR conforma entre el 45 y 55% del sueño total; en esta etapa la persona necesita estímulos más intensos que la etapa 1 para

despertar. En el EEG se observan ondas de frecuencia mixta de bajo voltaje que duran entre 10 a 25 minutos en el ciclo inicial y se alarga con cada ciclo sucesivo. También presentan husos de sueño y complejos de K; pequeños movimientos oculares ocasionales cerca del inicio del sueño; y músculos tónicos [1]. Los sueños de ondas lentas se presentan en las etapas 3 y 4 del sueño y es común que ocurran en el primer tercio de la noche. La etapa 3 en el EEG revelan predominio de actividad delta de elevada amplitud. Su tiempo de duración es poco y constituye del 3 al 8% del sueño total. El umbral de activación es más alto en la etapa 4 del sueño NMOR, se caracteriza por una mayor cantidad de actividad delta en el EEG. Su duración es aproximadamente de 20 a 40 minutos y representa aproximadamente del 10 al 15% de sueño. En esta etapa se pueden presentar episodios de sonambulismo, temores nocturnos como también enuresis [1].

Sueño de Movimientos Oculares Rápidos (MOR)

Se define por la presencia de actividad de ondas cerebrales desincronizadas (baja amplitud, frecuencia mixta), atonía muscular y movimientos oculares rápidos [7]. Un dato característico de este estadio es la aparición de series de ondas de 2-5 Hz, en forma de “dientes de sierra” de menos de 10 segundos de duración, a nivel frontal y central. La actividad lenta también caracteriza el sueño MOR. Durante el ciclo inicial, el período MOR puede durar solo de 1 a 5 minutos; sin embargo, se prolonga progresivamente a medida que progresa el episodio de sueño [6-8].

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño ocurren cuando la duración, los ciclos y las etapas del sueño difieren de lo normal [1]. Los trastornos del sueño se relacionan directamente con diversos aspectos del estilo de vida de cada individuo, con situaciones tanto intra como extra-personal,

con el contexto sociocultural y con ciertas enfermedades mentales e interacciones con medicamentos. Dentro de los factores que suelen asociarse con los trastornos del sueño están: alteraciones del ciclo circadiano, cambios de estilo de vida, causas ambientales (luz, ruido, pobre exposición a la luz solar, entre otros), sedentarismo, institucionalización, y la presencia de comorbilidades como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dolor crónico, patologías cardiovasculares, gastrointestinales, endocrinas y neuropsiquiátricas (depresión, ansiedad, abuso de sustancias, alcoholismo, entre otras), así como la ingesta de fármacos: diuréticos, betabloqueantes, antagonistas del calcio (bloqueadores de canales calcio), antipsicóticos, levodopa, anfetaminas, benzodiacepinas de uso prolongado [9].

Insomnio

La ICSD-3 identifica tres tipos distintos de insomnio: trastorno de insomnio crónico, trastorno de insomnio a corto plazo y otros trastornos de insomnio [10].

El trastorno de insomnio crónico requiere precisar si se trata de una alteración en el inicio o mantenimiento del sueño. Para cumplir con los criterios diagnósticos, el paciente debe tener síntomas de al menos tres días por semana durante un período de tres o más meses y tener consecuencias en las actividades diurnas de paciente. Dado que el insomnio es frecuente en muchas afecciones psiquiátricas y médicas, su diagnóstico debe considerarse solo cuando el insomnio es el síntoma predominante y requiera tratamiento [11]. El trastorno de insomnio a corto plazo tiene criterios diagnósticos similares al anterior, pero con una duración menor a 3 meses, su desarrollo se relaciona temporalmente con un factor estresante significativo [12]. Entre otros trastornos de insomnio se encuentran aquellos que no cumplen los criterios para los otros dos tipos de insomnio [10].

Para el diagnóstico del insomnio se debe incluir una entrevista clínica que

consista en una evaluación exhaustiva del comportamiento actual de vigilia-sueño y de la historia del sueño, preguntas sobre trastornos somáticos y mentales, un examen físico, el uso de cuestionarios y diarios del sueño. Se recomienda la polisomnografía cuando exista sospecha clínica de otros trastornos del sueño. En cuanto al tratamiento, se recomienda como primera línea la terapia cognitivo-conductual, que incluye: psicoeducación / higiene del sueño, entrenamiento de relajación, terapia de control de estímulos, terapia de restricción del sueño y terapia cognitiva. Como segunda línea, los principales clases de fármacos utilizados para tratar el insomnio son: benzodiacepinas, agonistas del receptor de benzodiazepinas, antidepressivos, antipsicóticos, antihistamínicos, sustancias fitoterapéuticas y melatonina [13].

Trastornos de respiración relacionados con el sueño

Se agrupan en apnea central del sueño, AOS e hipoventilación relacionada con el sueño.

La apnea central del sueño presenta un patrón repetitivo de interrupciones de la respiración acompañado de una obstrucción no significativa de la vía aérea superior [14]. Provocan trastornos del sueño, hipoxemia y un aumento del tono simpático general. La apnea se define como la interrupción del flujo de aire (al menos una disminución del 90% desde el inicio) que dura más de 10 segundos y ausencia de esfuerzo inspiratorio [15].

Los trastornos AOS se caracteriza por un estado de sueño episódico, es decir, un colapso dependiente de la vía aérea superior, que da lugar a reducciones o cese periódicos de la ventilación, con la consiguiente hipoxia, hipercapnia o despertares del sueño [16].

Esta alteración da como resultado un sueño fragmentado y no restaurativo. La etiología es multifactorial [17]. Dentro de sus síntomas incluyen ronquidos fuertes y disruptivos, apneas presenciadas durante el sueño y somnolencia excesiva durante el día [18].

La hipoventilación relacionada con el sueño es común en las enfermedades neuromusculares y los trastornos esqueléticos debido a los efectos del sueño normal en la ventilación y los desafíos adicionales impuestos por los trastornos subyacentes. La hipoventilación se ve por primera vez durante el sueño MOR antes de progresar para involucrar el sueño y la vigilia NMOR. La presentación clínica es inespecífica y las medidas de la función respiratoria diurna predicen mal la hipoventilación nocturna [19].

Para el estudio de los trastornos de respiración relacionados con el sueño suele emplearse la polisomnografía, sin embargo, tiene limitaciones para fenotipar con precisión las apneas del sueño [14].

La terapia con presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés) es el tratamiento de primera línea de los trastornos de respiración relacionados con el sueño. Otras modalidades para el manejo de AOS incluyen dispositivos de avance mandibular, cirugía o terapia de estimulación de las vías respiratorias superiores. La terapia complementaria debe incluir: pérdida de peso en pacientes con sobrepeso, evitar los sedantes y el alcohol antes de dormir y posiblemente la terapia posicional [20].

Trastornos centrales de la hipersomnolencia

Los trastornos centrales de hipersomnolencia son patologías del sueño raras e incapacitantes que incluyen narcolepsia tipo 1 (NT1), narcolepsia tipo 2 (NT2) e hipersomnia idiopática (HI) [21].

La NT1 se caracteriza por somnolencia diurna excesiva y cataplejía, frecuentemente asociada con alucinaciones hipnagógicas y parálisis del sueño, y se define por deficiencia de hipocretina 1/orexina-A de líquido cefalorraquídeo, siendo este último altamente específico y sensible [21].

La HI es un trastorno neurológico crónico, de causa desconocida que se manifiesta como somnolencia patológica durante el día con o sin duraciones prolongadas del sueño [22].

La NT1 suele ser fácil de diagnosticar, porque la cataplejía es un síntoma patognomónico de la enfermedad. Por el contrario, no hay ningún síntoma patognomónico o biomarcador para NT2 ni para la IH. Por lo tanto, los diagnósticos de NT2 y de IH son desafiantes y se basan en los resultados de la historia clínica, la polisomnografía y la prueba de latencia múltiple del sueño [21]. Actualmente, no existe cura para la narcolepsia ni para la HI, pero algunos síntomas se pueden controlar con fármacos estimulantes y anticataplécticos [23].

Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia

Las parasomnias son trastornos episódicos, que afectan con mayor frecuencia a los niños, presentando fenómenos físicos o conductas involuntarias, que incluyen alteraciones motoras relacionadas con emociones, conductas, entre otras [1,24].

Las parasomnias del sueño NMOR, son de etiología desconocida, pero se las ha relacionado con trastornos en la transición del sueño normal. Al día siguiente, suelen olvidarlas. Dentro de los factores que pueden influir, se encuentran: AOS, infecciones, fármacos, estrés, privación de sueño, entre otros. Dentro de este trastorno se incluyen: despertares confusionales, terrores nocturnos y sonambulismo [25,26].

Los despertares confusionales se caracterizan por despertares parciales durante las primeras horas de sueño aunado a desorientación, confusión y menos frecuente a síntomas de activación del sistema nervioso autónomo; se presenta en niños de hasta 5 años. Suele ser muy difícil despertarlos y rechazan el consuelo de los padres, requiere de 5 – 20 minutos para conciliar el sueño [27].

Los terrores nocturnos se resuelven frecuentemente justo antes de la adolescencia, se caracteriza por súbitos despertares

acompañado de miedo, angustia, gritos y síntomas de hiperactividad del simpático. Además, suelen referir que fueron atacados por monstruos, animales, entre otros. No responden a estímulos externos y presentan confusión. En adultos, se sugiere además el tratamiento psiquiátrico mediante psicoterapia y técnicas de relajación [28,29].

El sonambulismo se presenta durante el sueño lento y se caracteriza por la instalación de conductas motoras que llegan hasta la deambulación. Es frecuente y alcanza su pico máximo entre los 4 – 8 años [1,28].

Los trastornos de la transición vigilia-sueño incluyen las parasomnias que aparecen en la etapa de transición de la vigilia al sueño y viceversa. La mayoría aparecen en personas sanas, y salvo en los casos de severidad marcada, pueden ser consideradas como variantes de la normalidad [1].

Los somniloquios son frecuentes en la infancia y consisten en verbalizaciones durante el sueño, pueden precipitarse en condiciones de estrés; suelen durar unos cuantos minutos. Si persisten en la adultez, se debe descartar procesos psicopatológicos [30,31].

Las parasomnias de predominio MOR como las pesadillas, son bastante frecuentes y no se consideran patológicas; la parálisis del sueño y la narcolepsia son infrecuentes y pueden ser consideradas patológicas o se lo puede asociar al trastorno de conducta de sueño MOR [32].

En relación a los trastornos de conducta de sueño MOR, presentan somniloquía, incremento de movimientos e hipertonia muscular durante el sueño MOR, reflejando conductas anormales como moverse en la cama o patalear, y puede llegar a la agresividad. Suele durar unos pocos minutos, se presenta primordialmente entre la quinta y sexta década de vida, con predominio en hombres, en el 60% de los casos se desconoce la etiología, aunque también se lo ha relacionado a patologías

neurológicas, y al consumo de fármacos [30].

El correcto diagnóstico de los trastornos del ritmo circadiano del vigilia-sueño es importante para mejorar la calidad de vida del paciente y proponerle un tratamiento adecuado. El diagnóstico se basa en un diario de sueño junto con una monitorización de la actividad del sueño (actigrafía) para evaluar los patrones de vigilia-sueño en múltiples ciclos [33]. En cuanto al manejo, las siguientes medidas han demostrado mejorar la función vigilia-sueño: cumplir con un horario de sueño fijo, luz diurna brillante y melatonina nocturna [34].

Parálisis del sueño

Se define por periodos de tiempo caracterizados por la pérdida de capacidad para realizar movimientos voluntarios durante la fase hipnagógica, o al despertar, sin afectación de los músculos respiratorios y oculares, ni de la sensibilidad; durante pocos minutos. Dentro de los factores precipitantes se incluyen hábitos irregulares de sueño, jet-lag, estrés o situaciones de cansancio y menos frecuente las patologías psiquiátricas [30].

Su diagnóstico suele ser clínico y requiere de cierto grado de frecuencia, así como la presencia de angustia clínica y / o interferencia, para ello es importante realizar una entrevista completa. Suele resolverse por sí sola, aunque en ocasiones en aquellos casos graves los agentes más utilizados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. El tratamiento farmacológico debe limitarse para aquellos casos justificados en términos de dinero o posibles efectos secundarios [30,35].

Otras parasomnias

Se debe reconocer que existen otras parasomnias que no cumplen criterios de diagnóstico para las ya mencionadas, por no presentar un patrón definido de presentación, entre ellas: ronquido simple o ronquido

esencial, bruxismo mandibular, enuresis, distonía paroxística nocturna, los cuadros de hiperhidrosis nocturna, alucinaciones hipnagógicas terroríficas y el laringoespasma nocturno [29,30]. El bruxismo se reconoce como el roce y deterioro de las piezas dentales durante el sueño, llegando a afectar hasta el 3 - 8% de la población, en ocasiones puede estar provocado por fármacos, su tratamiento es instrumental, a través de férulas bucales [36]. La enuresis se distingue por la emisión de orina durante el sueño en personas mayores de 5 años, debido a que el control del esfínter nocturno debe alcanzarse a esta edad, por lo cual se debe descartar la existencia de alguna causa orgánica o psíquica [37]. Mientras que, el laringoespasma nocturno consiste en el colapso de la glotis durante la fase lenta de sueño principalmente, en consecuencia, induce apnea, despertar brusco y sensación de angustia, durando desde varios segundos hasta pocos minutos, y suele acompañarse de desaturación de oxígeno, cianosis, taquicardia y cortejo vegetativo. En los casos idiopáticos el tratamiento de elección es la carbamazepina [30].

Trastornos del movimiento relacionados con el sueño

Los trastornos que cursan con movimientos anormales suelen estar acompañados con fatiga y somnolencias relacionadas a sueño no reparador [38,39]. Entre ellos se encuentra el síndrome de piernas inquietas (SPI), que se define por una necesidad de mover los miembros inferiores, que comienza en la transición vigilia-sueño, consecuentemente, dificulta la conciliación del sueño. Su diagnóstico es clínico. El tratamiento no farmacológico incluye resistencia de la parte inferior del cuerpo, ejercicio y dispositivos de contraestimulación vibratoria. En los casos en los que los síntomas son lo suficientemente graves como para justificar la prescripción farmacológica, los agonistas de la dopamina y los ligandos de los canales de calcio se consideran generalmente tratamientos de primera línea [40].

Por otro lado, los movimientos periódicos de las piernas, se definen por sucesos repetidos de movimientos toscos, rápidos e involuntarios de los miembros inferiores, que ocurren frecuentemente en la primera y segunda fase del sueño; cuya prevalencia se relaciona directamente con el incremento de la edad, afectando al 34% de los individuos mayores de 60 años; sin embargo, sólo demandan tratamiento los pacientes sintomáticos [38]. Suele diagnosticarse mediante polisomnografía [40].

Los calambres nocturnos, se describen como la sensación dolorosa en músculos del miembro inferior, durante el sueño, provocan despertares y pueden durar desde segundos hasta más de treinta minutos [30].

Cuando los calambres también son importantes durante la vigilia, son más difusos y afectan a otros músculos, se debe sospechar la posibilidad de un trastorno neuromuscular subyacente, por lo que se debe considerar un examen neuromuscular completo e investigaciones como estudios de conducción nerviosa, creatina quinasa sérica y electromiografía [40]. Actualmente no se ha definido un tratamiento óptimo para los calambres, se ha considerado la quinina, ya que reduce el número e intensidad de calambres, sin embargo, se ha asociado a riesgo de arritmias cardíacas y eventos hematológicos. El agua tónica, que contiene una cantidad menor de quinina se ha recomendado históricamente, pero su eficacia y seguridad para este propósito, no ha sido bien estudiada [40].

Finalmente, los movimientos rítmicos durante el sueño son movimientos corporales rítmicos, estereotipados, no epilépticos y de gran amplitud pueden ocurrir poco antes del inicio del sueño y persistir en el sueño; se presenta fundamentalmente a los 9 meses de edad y desaparecen a los 5 años, por lo cual no suelen necesitar tratamiento. La polisomnografía confirma el diagnóstico. En casos persistentes, se ha informado un tratamiento exitoso con clonazepam [40].

CONCLUSIONES

Se ha sintetizado los principales trastornos del sueño para la consulta médica, basado en la clasificación de ICSD-3, permitiendo conocer su clínica, diagnóstico y tratamiento general. Es así que, varios trastornos del sueño se pueden diagnosticar clínicamente mediante una minuciosa anamnesis como el insomnio, la NT1 y parálisis de sueño, y en otros casos apoyados por exámenes complementarios como la polisomnografía, en el caso de AOS o los trastornos de movimiento relacionados con el sueño. A su vez, el tratamiento depende del compromiso del bienestar físico y mental del paciente, su rendimiento cotidiano y su asociación con otras comorbilidades, para lo cual se puede iniciar con la modificación de los factores ambientales, hábitos e higiene del sueño, mientras que el empleo de psicofármacos se limita a casos graves o justificados.

Por ende, es importante que el profesional de salud, pueda diagnosticar correctamente el trastorno de sueño que afecta a su paciente, puesto que permitirá brindar un abordaje y tratamiento adecuado, lo cual mejorará sustancialmente la calidad de vida de estos pacientes. Se incentiva a continuar buscando

las posibles etiologías de aquellos trastornos considerados fundamentalmente idiopáticos y con ello, alternativas de tratamiento que ofrezcan mayor eficacia al momento de aplicarlos.

CONFLICTOS DE INTERÉS

El grupo de autores declaran, no tener conflicto alguno de interés.

LIMITACIONES DE RESPONSABILIDAD

Los autores declaramos que todos los puntos de vista expresados en el presente documento son de nuestra entera responsabilidad y no de la institución en la que laboramos.

FUENTES DE APOYO

La financiación del presente documento proviene de los mismos autores.

Referencias bibliográficas

- Carrillo P, Barajas K, Sánchez I, Rangel M. Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? 2018 [citado 13 de julio de 2020];61(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006
- Acquavella J, Mehra R, Bron M, Suomi JM-H, Hess GP. Prevalence of narcolepsy and other sleep disorders and frequency of diagnostic tests from 2013-2016 in insured patients actively seeking care. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 15 de agosto de 2020 [citado 15 de noviembre de 2020];16(8):1255-63. Disponible en: <http://jcs.m.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.8482>
- Yu BYM, Yeung WF, Lam JCS, Yuen SCS, Lam SC, Chung VCH, et al. Prevalence of sleep disturbances during COVID-19 outbreak in an urban Chinese population: a cross-sectional study. *Sleep Med* [Internet]. 1 de octubre de 2020 [citado 26 de diciembre de 2020];74:18-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34811111/>
- Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Rev Neuropsiquiatr*. 6 de abril de 2018;81(1):20.
- Álvarez DA, Berrozpe EC, Castellino LG, González LA, Lucero CB, Maggi SC, et al. Insomnia: Diagnosis and treatment update. *Neurol Argentina*. 1 de julio de 2016;8(3):201-9.
- Álvarez D, Berrozpec E, González L, Lucero C. Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurol Argentina* [Internet]. 2016 [citado 13 de julio de 2020];20. Disponible en: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.03.003>
- Julia Santín M. Sueño y epilepsia. *Rev Médica Clínica Las Condes*. mayo de 2015;24(3):480-5.
- DelBrutto OH, Mera O, Zambrano M, Castillo PR. Trastornos de sueño en residentes de Atahualpa. *Rev Ecuat Neurol*. 2017;32:272.
- Medina-Chávez JH, Fuentes-Alexandro SA, Gil-Palafox IB, Adame-Galván L, Solís-Lam F, Yveth Sánchez-Herrera L, et al. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014;52(1):108-27.
- Judd B, Sateia Mdm. Classification of sleep disorders [Internet]. UpToDate. 2020 [citado 12 de julio de 2020]. Disponible en: [http://uptodate.searchbox.science/contents/classification-of-sleep-disorders?search=Classification of](http://uptodate.searchbox.science/contents/classification-of-sleep-disorders?search=Classification%20of)

- sleep disorders&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4
11. Chung KF, Yeung WF, Ho FYY, Yung KP, Yu YM, Kwok CW. Cross-cultural and comparative epidemiology of insomnia: The Diagnostic and Statistical Manual (DSM), International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med* [Internet]. 1 de abril de 2015 [citado 12 de julio de 2020];16(4):477–82. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945715000350>
 12. Thorpy M. International classification of sleep disorders. En: *Sleep Disorders Medicine* [Internet]. 4.a ed. New York: Springer New York; 2017 [citado 12 de julio de 2020]. p. 475–84. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-14939-6578-6_27
 13. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groseelj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* [Internet]. 1 de diciembre de 2017 [citado 24 de diciembre de 2020];26(6):675–700. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.12594>
 14. Dharia SM, Unruh ML, Brown LK. Central Sleep Apnea in Kidney Disease. *Semin Nephrol* [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 12 de julio de 2020];35(4):335–46. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027092951500087X>
 15. Correa D, Farney RJ, Chung F, Prasad A, Lam D, Wong J. Chronic Opioid Use and Central Sleep Apnea. *Anesth Analg* [Internet]. 25 de junio de 2015 [citado 12 de julio de 2020];120(6):1273–85. Disponible en: <http://journals.lww.com/00005539-201506000-00017>
 16. Veasey SC, Rosen IM. Obstructive Sleep Apnea in Adults. *N Engl J Med*. 11 de abril de 2019;380(15):1442–9.
 17. Spicuzza L, Caruso D, Maria G. Obstructive sleep apnoea syndrome and its management. *Ther Adv Chronic Dis* [Internet]. 2015 [citado 12 de julio de 2020];6(5):273–85. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4549693/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29083619)
 18. Slowik JM, Collen JF. Obstructive Sleep Apnea. En: *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing; 2020 [citado 12 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29083619>
 19. McNicholas WT, Hansson D, Schiza S, Grote L. Sleep in chronic respiratory disease: COPD and hypoventilation disorders. *Eur Respir Rev* [Internet]. 30 de septiembre de 2019 [citado 12 de julio de 2020];28(153). Disponible en: <https://doi.org/10.1183/16000617.0064-2019>
 20. Burman D. Sleep Disorders: Sleep-Related Breathing Disorder. *FP Essent*. septiembre de 2017;46(4):11–21.
 21. Lopez R, Doukkali A, Barateau L, Evangelista E, Chenini S, Jausse L, et al. Test-Retest Reliability of the Multiple Sleep Latency Test in Central Disorders of Hypersomnolence. *Sleep* [Internet]. 1 de diciembre de 2017 [citado 24 de diciembre de 2020];40(12). Disponible en: <http://academic.oup.com/sleep/article/doi/10.1093/sleep/zsx164/4584523>
 22. Trotti L. Idiopathic Hypersomnia. *Sleep Med Clin* [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 13 de julio de 2020];12(3):331–44. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5558858/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29959394/)
 23. Bassetti CLA, Adamantidis A, Burdakov D, Han F, Gay S, Kallweit U, et al. Narcolepsy—clinical spectrum, aetiopathophysiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 24 de diciembre de 2020];15(9):519–39. Disponible en: <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/172740/>
 24. Guerra M. TRASTORNOS DEL SUEÑO. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2018.
 25. D’Hyver C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Rev la Fac Med UNAM*. 30 de enero de 2018;61(1):33–45.
 26. Attarian H. Parasomnias in adults [Internet]. *BMJ*. [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/573>
 27. Castelnovo A, Lopez R, Proserpio P, Nobili L, Dauvilliers Y. NREM sleep parasomnias as disorders of sleep-state dissociation. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 29 de junio de 2018 [citado 17 de noviembre de 2020];14(8):1–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29959394/>
 28. Soto V, Sans O. Parasomnias. *Epilepsia nocturna y trastornos del movimiento* [Internet]. *Pediatría integral*. 2018 [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-12/parasomnias-epilepsia-nocturna-y-trastornos-del-movimiento/>
 29. Ntafouli M, Galbiati A, Gazea M, Bassetti CLA, Bargiotas P. Update on nonpharmacological interventions in parasomnias [Internet]. Vol. 132, *Postgraduate Medicine*. Taylor and Francis Inc.; 2020 [citado 17 de noviembre de 2020]. p. 72–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31760836/>
 30. Iriarte J, Urrestarazu E, Alegre M, Viteri C, Artieda J, Iriarte J. Parasomnias: episodios anormales durante el sueño. *Rev Med Univ Navarra*. 2005;49:46–52.
 31. Rodrigues A, Neves D, Maury I, Sargento D, Pereira A. A Classic Neurocysticercosis Case with an Unusual Complication. *Eur J case reports Intern Med*. 2018;5(1):000762.
 32. Rodriguez CL, Foldvary-Schaefer N. Clinical neurophysiology of NREM parasomnias. En: *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier B.V.; 2019 [citado 17 de noviembre de 2020]. p. 397–410. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31307616/>
 33. Luca G, Van Den Broecke S. Circadian rhythm sleep disorders: Clinical picture, diagnosis and treatment. *Rev Med Suisse* [Internet]. 17 de junio de 2020 [citado 24 de diciembre de 2020];16(698):1237–42. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/32558452>
 34. Kim JH, Duffy JF. Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders in Older Adults. *Sleep Med Clin* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 24 de diciembre de 2020];13(1):39–50. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1556407X17301054>
 35. Sharpless BA. A clinician’s guide to recurrent isolated sleep paralysis. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 19 de julio de 2016 [citado 31 de diciembre de 2020];12:1761–7. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4958367/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26900000/)
 36. Canclini M, Canzani M, Luna Michael, Royol María, Rusiñol María, Vega Mariana, et al. Parasomnias: puesta a punto. *An la Fac Med Univ la República Uruguay* [Internet]. 2018 [citado 17 de noviembre de 2020];5. Disponible en: <http://anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/352>
 37. Torres A. Parasomnias: alteraciones del sueño frecuentes en el niño con síndrome de apnea obstructiva del sueño. *Medisur* [Internet]. 2010 [citado 17 de noviembre de 2020];8(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000600007&lng=es
 38. Perez-Larraya G, Toledo J, Urrestarazu EJ. Clasificación de los trastornos del sueño. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2007 [citado 17 de noviembre de 2020];30(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000200003&script=sci_abstract
 39. Maski K, Owens JA. Insomnia, parasomnias, and narcolepsy in children: clinical features, diagnosis, and management. *Lancet Neurol* [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 17 de noviembre de 2020];15(11):1170–81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27647645/>
 40. Trotti LM. Restless Legs Syndrome and Sleep-Related Movement Disorders. *Contin (Minneapolis Minn)* [Internet]. 1 de agosto de 2017 [citado 24 de diciembre de 2020];23(4):1005–16. Disponible en: <http://journals.lww.com/00132979-201708000-00009>