

# ***Los trastornos del sueño***

## **Dormir de más, dormir de menos**

Por **Xesús González Rato**  
Médicu Neurofisiólogo  
Unidá de Sueño  
Serviciu de Neurofisioloxía Clínica  
Hospital Universitariu Central d'Asturies

Nota: esti artículu ye la espublización de la conferencia presentada na UABRA n'agostu de 2016

Los trastornos del sueño son ún de los problemas más frecuentes a los que s'encara la medicina moderna, al empar que de los más probetayamente diagnosticaos. Nos últimos tiempos, sicasí, ta surdiendo una mayor sensibilización por ellos, tanto dende'l coleutivu de la población xeneral (que s'esmolez cada vegada más polos problemas que carez de sueño, y visita más les consultes d'atención primaria), como dende dentro del propiu coleutivu de profesionales médicos (onde, pasu ente pasu, van viéndose grandes avances nel so diagnósticu y tratamientu).

Nel Principáu d'Asturies anguaño namái se dispón (dentro del ámbitu de la medicina pública) d'una Unidá de Sueño de Nivel I (Avanzáu) acreitada pola Sociedá Española de Neurofisiología Clínica, allugada nel Hospital Universitariu Central d'Asturies (HUCA). Trátase d'una unidá integral de diagnósticu y tratamientu de patoloxía del sueño, a la que se pue acceder tanto dende les consultes d'Atención Primaria como dende les d'Atención Especializada.

### CONCEUTOS BÁSICOS

Vamos entamar dende'l conceutu más básicu: ¿qué ye'l *sueñu*? Pa dar una rempuesta cenciella a esta entruiga podemos dir de primeres al Diccionariu de l'Academia de la Llingua Asturiana (DALLA), onde queda definida na so primer aceición como l'«aición y efeutu de dormir». Lo que nos lleva a la definición de *dormir* que, siempre dentro de la mesma fonte (DALLA), queda definida como «tar nun estáu fisiolóxicu onde la consciencia y la movición dexen cuasi de funcionar».

Poru, tamos falando d'un «estáu fisiolóxicu», ello ye, d'un momentu determináu nel que l'organismu humanu tien un nivel de consciencia y de función motora distintos (más baxos) a cuando la persona ta *espierta* o *activa*. Ye un estáu físicu, y por tanto, oxetivable. Hai que lo diferenciar, entós, d'otru vocablu relacionáu que la llingua asturiana tien: el *suañu*. Esti defínese (DALLA) como un «conxuntu d'imáxenes que se

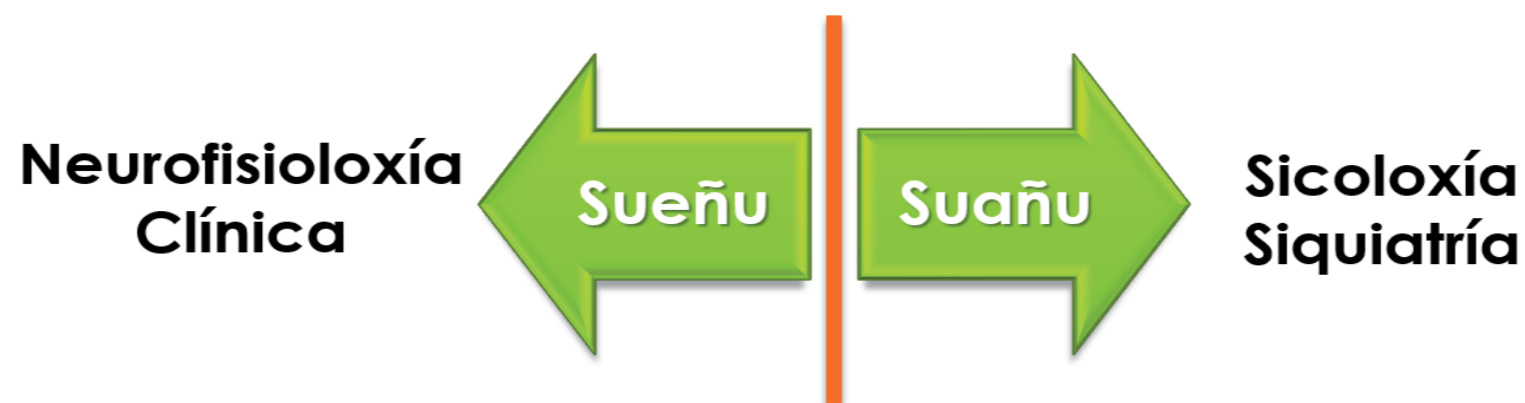
ven cola imaxinación cuando se duerme». Nesti casu vemos que lo que tamos definiendo ye un estáu del maxín, un estáu psicolóxicu, y polo tanto non oxetivable. Dambos conceutos tán relacionaos, sicasí, nel sentíu de que los sueños xeneralmente asoceden mentes el sueño (magar que tamién se pue «suañar espiertu»).

Tenemos, entós, dos maneres d'enfocar los problemas del sueño: cuando falamos de los *sueños*, entendíu como «estáu del maxín», y cuando falamos de *sueñu* propiamente, entendíu como «estáu fisiolóxicu». De los primeros ocúpense les especialidaes de la Siquiatría y la Sicoloxía, y de los segundos ocúpase la especialidá de la Neurofisiología Clínica (Fig. 1). Estos últimos son de los que vamos ocupanos nes llinies vinientes, dexando los primeros pal apasionante campu freudián de la interpretación de los sueños.

### DALGO D'HISTORIA

La conocencia que tenemos güei de la patoloxía de sueño parte de los primeros estudios y descubricimientos que se fixeron dende'l sieglu XIX. En 1877, el británicu Richard Caton fixo los primeros estudios que demostraben l'actividá cerebral n'animales mamíferos. Estos enantáronse depués, yá nel sieglu XX, per parte del alemán Hans Berger que, nel añu 1929, fixo los primeros estudios en seres humanos, descubriendo yá per aquel entós el *ritmu alfa*, l'actividá cerebral que se pue oxetivar en condiciones normales na mente relaxada. Dellos años más tarde, en 1957, l'estaonunidense William C. Dement y el rusu Nathaniel Kleitman, caún pel so llau pero dando a conocer los resultaos al empar, determinaron y describieron los patrones básicos de l'actividá cerebral nel sueño.

Posteriormente foron asoleyándose descubrimientos cada vegada más frecuentes, siendo determinantes, ente una carretada d'elles, les de Rechtschaffen y Kales, qu'en 1968 llograron estandarizar y estadificar afechiscamente la estructura del sueño y de les sos fases. Nun foi yá hasta 1990 cuando los trastornos del sueño quedaron clasificaos definitivamente, per aciu de la ICSD («*International Classification of Sleep Disorders*», Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño), documentu que se consensuó poles Academies y Sociedaes del Sueño más relevantes de los cinco continentes, y



DERECHA  
FIGURA 1. La llende ente'l sueño y el suañu

qu'anguaño va ya pela tercer edición revisada, datada nel año 2014.

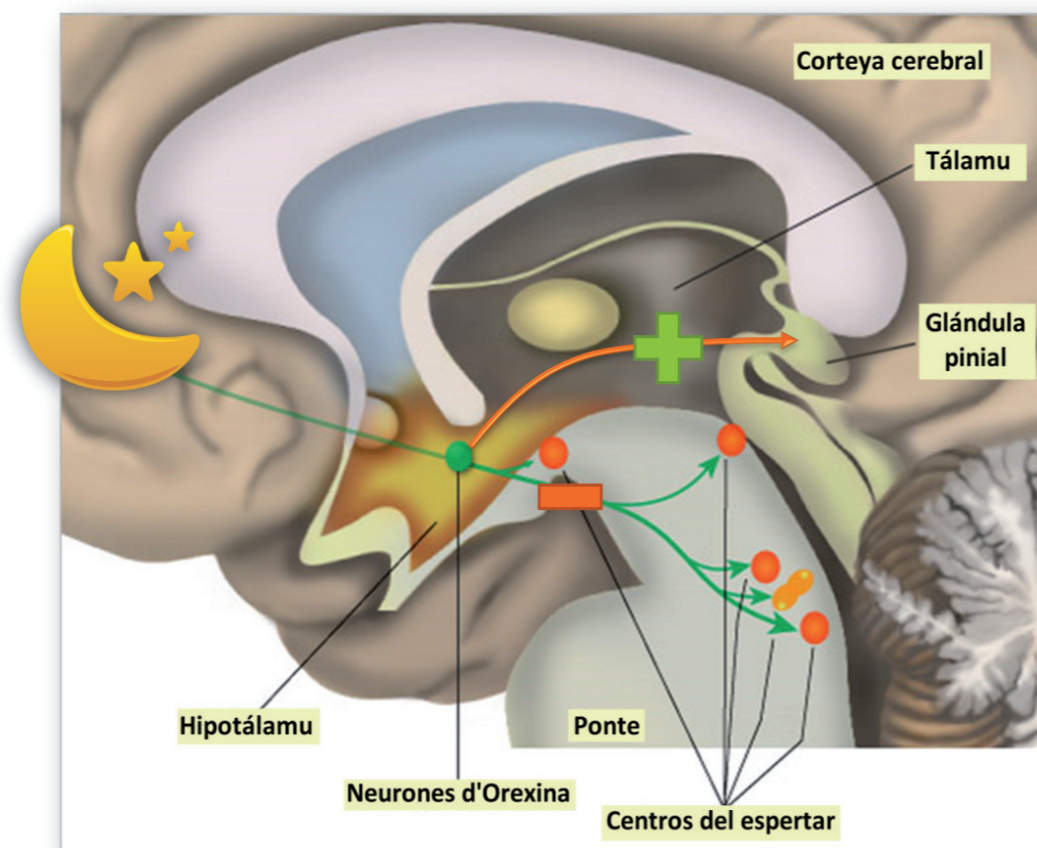
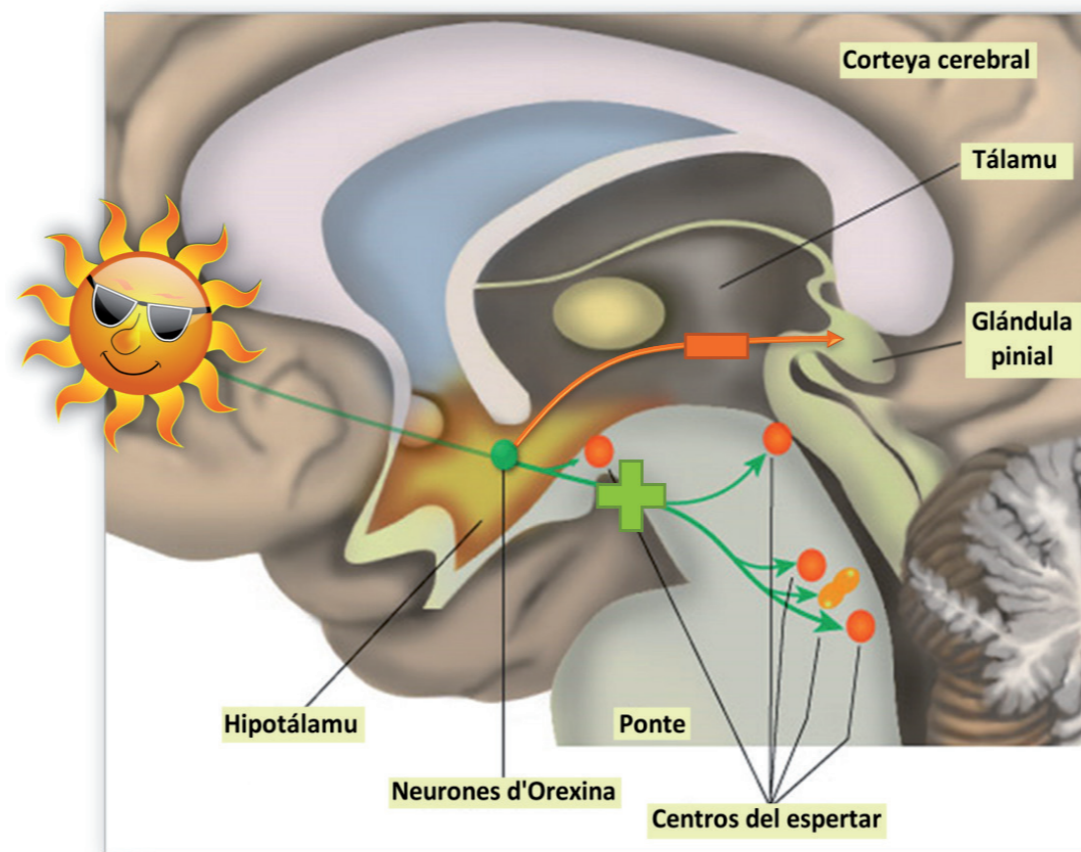
Ya pa rematar, los criterios que mayormente s'usen anguaño pa la estadificación, que partieron de los autores mentaos enantes Rechtschaffen y Kales, corresponden a los definíos pola AASM («American Academy of Sleep Medicine», Academia Americana de Medicina del Sueño), que daten del año 2007.

Asina, magar que los primeros estudios relacionaos col sueño ya dieron comenciú nel sieglu XIX, podemos ver que nun foi hasta finales del sieglu XX y entamos del XXI cuando la medicina del sueño algamó un nivel de consensu y una esmolición determinantes.

### CÓMO SE PRODUZ EL SUEÑO

La siguiente entruiga, que de xuru dalguna vegada nos fadríamos, pue ser: ¿Ye precisu dormir realmente? Pues la respuesta ye, llóxicamente, que sí. Constitúi una necesidá biolóxica na que se produz un anovamientu de les funciones tanto físiques (cosa qu'asocede nes fases de sueño nomaes *NON-REM*, según vamos ver más alantre) como psicolóxicas (mentes la fase de sueño nomada *REM*), de forma que caltién un equilibriu constante cola vixilia, afitando'l llamáu ciclu vixilia-sueño (o *ciclu circadián*), hasta'l puntu de qu'una mengua total y allargada de sueño pue llegar a producir la muerte.

El ciclu circadián ye d'una importancia vital pal afitamientu de los patrones del sueño y de l'alimentación de los animales en xeneral, pero yelo tamién pa l'actividá de toles exes hormonales, la rexeneración celular y l'actividá cerebral, ente otres bayuroses funciones.



IZQUIERDA  
FIGURES 2 y 3. Fisiopatoloxía del procesu de dormir.  
Efeutu de la lluz y de la escuridá del mediu ambiente

El «reloj interno» que marca ciclu talu ye una parte pequeña del hipotálamo medial del cerebro denominada *nucleu supraquiasmáticu*. Esta zona ta modulada al traviés de factores esternos al organismu, como la lluz del ambiente. Na retina del güeyu hai unes célules especializaes, les *célules ganglionares*, que tienen un pigmentu denomináu *melanopsina*. L'activación d'esti pigmentu per aciu de la lluz nestes célules ganglionares produz una señal que viaxa hasta'l nucleu supraquiasmáticu, que libera *orexina*, otra hormona del procesu. Esta tien una doble función: per un llau activa los *centros del despertar* (llamaos asina por faer xusto eso, activar l'estáu d'alerta del organismu), y per otra parte torga o inactiva la *glándula pineal*. Esta glándula ye la mayor productora d'otra hormona, la *melatonina*, que ye promotora del sueño. A resultes, la presencia de lluz nel ambiente activa los centros del despertar ya inactiva la producción de melatonina na glándula pineal, polo que l'organismu abócase a un estáu de vixilia, d'alerta, d'actividá (Fig. 2).

Pela otra banda, cuando nun hai lluz nel ambiente, ocurre exautamente lo contrario: les célules ganglionares de la retina nun estimulen la lliberación de melanopsina, polo qu'esto nun llega a activar los neurones d'orexina del nucleu supraquiasmáticu y, poro, nun s'estimulen los centros del despertar y nun se torga l'aición de la glándula pineal, que polo tanto produz melatonina ya induz el sueño (Fig. 3).

### QUÉ ESTRUCTURA TIEN EL SUEÑO

Después de ver el mecanismo de cómo quedamos dormidos, y preciso ver cuál es la cadencia del sueño, cómo se organiza. Contrariamente a lo que se puede pensar, el tiempo que pasamos durmiendo no tiene una estructura lineal, sino cíclica; vamos pasando por distintas fases, profundando hasta llegar al sueño REM, y volvemos a aligerar el sueño y a pasar otra vuelta por todas las fases. Este número de ciclos no es fijo, sino que cambia con la edad: a más edad, menos ciclos, de manera que pasamos desde los 8 o 10 ciclos de un niño a los 2 o 3 de un anciano.

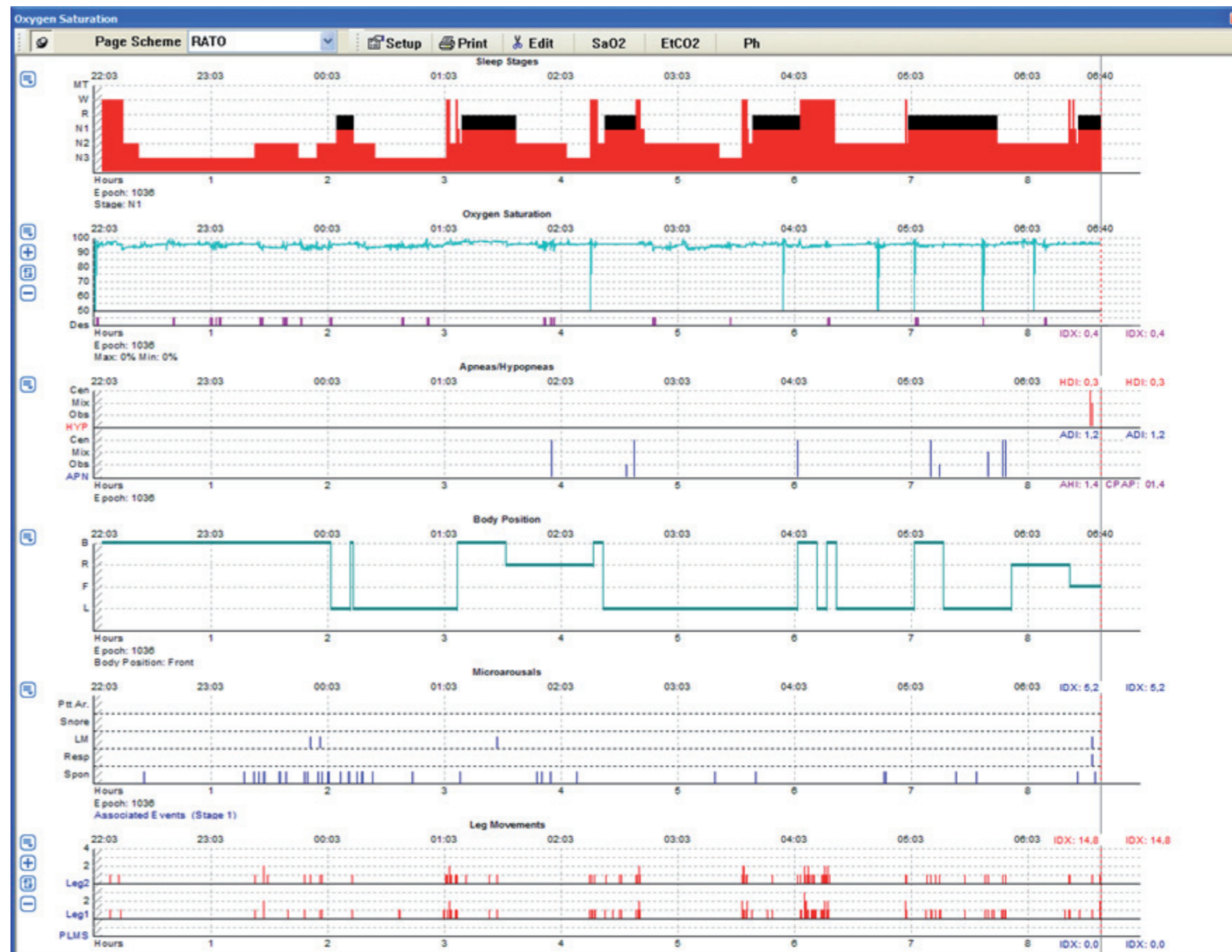
Dentro de cada ciclo, la actividad cerebral pasa por dos partes bien diferenciadas: el sueño NREM o non-REM (de las siglas inglesas de «Rapid Eye Movements», movimientos oculares rápidos), y el sueño REM. El sueño NREM, por su parte, se divide en tres fases, denominadas N1, N2 y N3.

- Sueño NREM: Esta es la parte del sueño donde se produce el anovamiento físico de las funciones del organismo. Tiene tres subfases bien diferenciadas entre ellas:
  - N1: Fase de adormecimiento. Es el momento en el que estamos dormilientos, cuando entramos en el sueño.
  - N2: Fase ligera del sueño. Es un estado más profundo, pero no profundo.
  - N3: Fase profunda del sueño. Es cuando se producen los terrores nocturnos.

- Sueño REM: Esta es la fase en la que desarrollamos los sueños y cuando se producen los reflejos.

Cada una de ellas tiene unas características morfológicas específicas que nos hacen posible distinguir unas de otras, de modo que cuando se revisa la información del estudio (este es el momento en el que se llama *estadificar* el sueño), se representa la bajada y subida de niveles en un gráfico denominado *hipnograma* (Fig. 4). Cada paso de la «escalera» que se va formando constituye una fase más de profundamiento en el sueño, hasta llegar a la fase REM (representada en el hipnograma de la ilustración como una línea gruesa horizontal en color negro), cerrando un ciclo completo de sueño. Después vuelve a iniciarse otro ciclo, que vuelve a dar fin con otra fase REM, y así sucesivamente hasta la hora de despertar.

Todos estos datos referentes a las fases del sueño se recopilan en el estudio nocturno que se hace al paciente, y que recibe el nombre de *polisomnografía*. En ella, además de la estadificación del sueño, también se monitorizan otras variables y parámetros como la posición corporal, la frecuencia cardíaca, los movimientos oculares (que son una ayuda para la identificación de las fases REM, por el hecho de que, como decíamos antes, es cuando se producen los movimientos rápidos de los ojos), el tono muscular del cuello,



#### ARRIBA

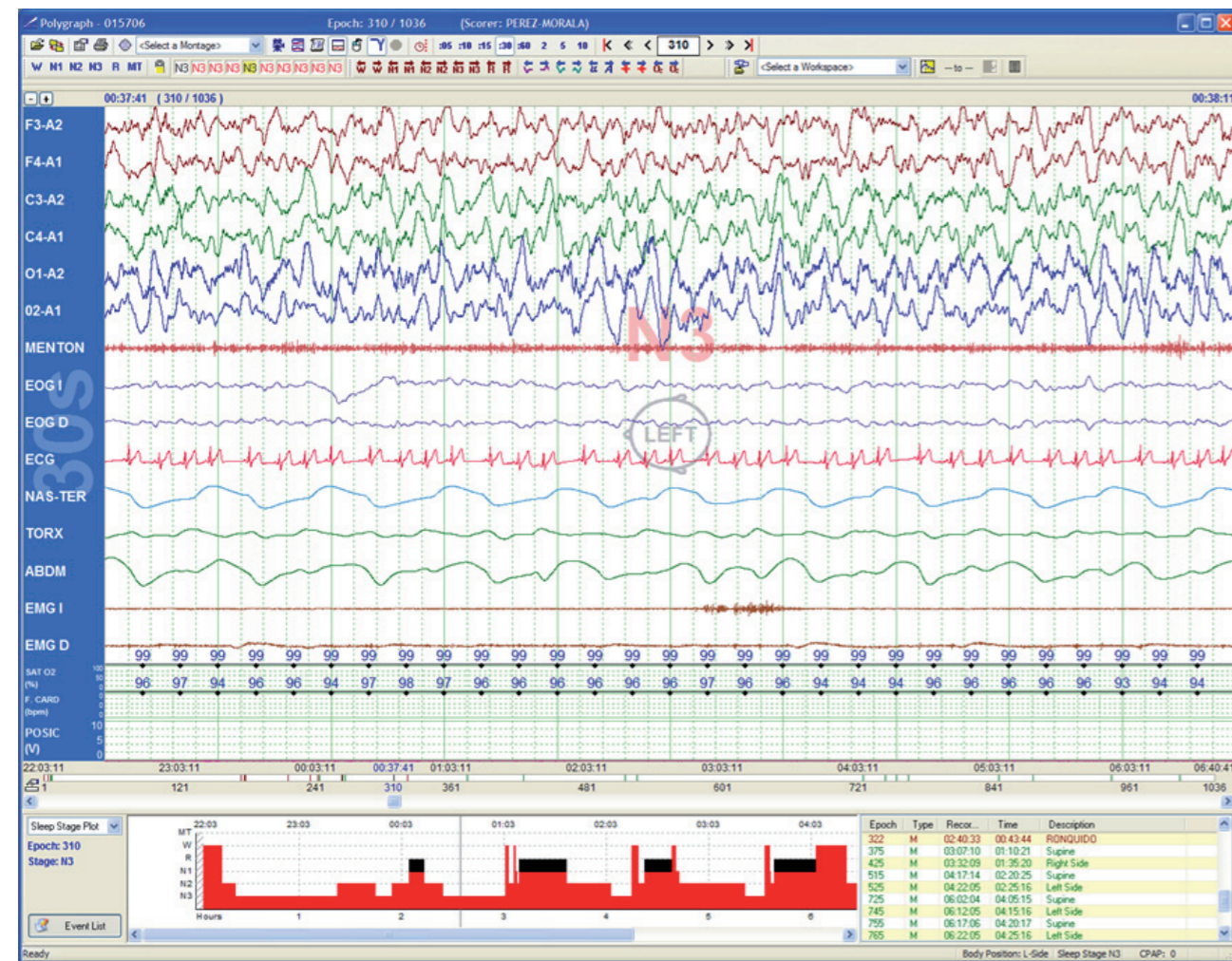
FIGURA 4. Representación gráfica de un estudio polisomnográfico de una noche completa. Por orden de arriba abajo: hipnograma, saturación de oxígeno del sangre, eventos respiratorios, posición corporal, microarousals y movimientos de extremidades

la señal electrocardiográfica, el movimiento de respiración del tórax y l'abdome, el fluxu d'aire deteúta tanto en ñariz como en boca, la osixenación del sangre y los movimientos de les pierres, ente otros cosas. Toos estos datos vémoslos

en tiempo real mentes se rexistra, y puen revísase a *posteriori* según seya preciso. Na figura 5 pue vese una instantánea de cómo vemos na pantalla del ordenador toa esa información.

**ABAXO**

**FIGURA 5.** Visión del estúdiu polisomnográfico en tiempo real. Per orde d'arriba abaxo: actividá cerebral (F3-A2, F4-A1, C3-A2, C4-A1, O1-A2 y O2-A1), tonu muscular de los músculos del cazu (MENTON), movimientos oculares (EOG I y EOG D), electrocardiograma (ECG), fluxu d'aire nasal y bucal (NAS-TER), movimientos respiratorios de tórax y abdome (TORX y ABDM), movimientos d'estremidaes (EMG I y EMG D), saturación d'osíxenu del sangre (SAT O2) y frecuencia cardiaca (F.CARD) y posición corporal (POSIC)



**CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO**

Vistos los aspectos básicos del sueño y después de dar delles pincelae de la so estructura, pasamos agora a ver cómo se clasificuen los sos trastornos. Magar qu'esiste una tercer edición más nueva del año 2014, tovía nun ta muí xeneralizáu'l so usu, polo que vamos seguir la cadarma de la ICSD na so segunda edición de 2005, que ye la usada davezu en les más de les Unidaes de Sueño. Atendiendo al orixe de l'alteración, los trastornos del sueño queden dixebrados en tres grandes grupos:

- **Disomnies:** Son les alteraciones del propiu sueño.
- **Parasomnies:** Son trastornos qu'asoceden mentes el sueño, y que lu alteren secundariamente.
- **Trastornos del sueño asociaos a otras enfermedaes:** Son alteraciones del propiu sueño pero orixinaes por otras patoloxíes ayenes al mesmu.

**1. DISOMNIES**

Esti grupu ta dixebráu, a la so vez, n'otros tres subgrupos, según la causa de l'alteración seya interna o esterna a la persona:

- **Trastornos intrínsecos del sueño:** la causa que los orixina ta dientro del propiu organismu.
- **Trastornos estrínsecos del sueño:** la causa ye esterna al organismu (mediu ambiente o axentes esternos).
- **Trastornos del ritmu circadián del sueño:** Tamién los ocasionen causes esternes al organismu, pero nesti casu, arriendes d'alterar la cantidá o calidá del sueño, resiéntese tamién el propiu ritmu circadián, ye dicir, l'equilibriu ente'l sueño y la vixilia.

Disomnias
Trestornos intrínsecos del sueño
Insomniu sicofisiolóxicu
Perceición inadecuada del sueño
Insomniu idiopáticu
Narcolepsia
Hipersomnia recurrente
Hipersomnia idiopática
Hipersomnia postraumática
Síndrome d'apnees obstructives del sueño
Síndrome d'apnees centrales del sueño
Síndrome d'hipoventilación alveolar central
Trestornu de movimientu periódicu d'estremidaes
Síndrome de piernes bulliciegues

ARRIBA

TABLA 1. Trestornos intrínsecos del sueño

**a. Trestornos intrínsecos del sueño**

Recordemos que son alteraciones propias del sueño originadas por algún problema dentro del propio organismo. A este grupo pertenecen las patologías más frecuentes que podemos encontrar en una consulta de sueño. La lista completa puede consultarse en la tabla 1; aquí vamos a describir las más importantes, agrupándolas para tener una visión general de ellas.

**Insomnios**

El insomnio es, quizás, la patología más frecuente dentro de los trastornos del sueño. Puede darse en hasta el 50% de la población en algún momento de la vida. Distínguese en tres tipos de insomnio:

- *Insomniu d'aniciu:* Es la dificultad para conciliar el sueño al principio de la noche.
- *Insomniu de caltenimientu:* Es la dificultad para dormir después, «d'un tirón», produciéndose despertares nocturnos.
- *Espertar precoz:* Es la incapacidad para seguir durmiendo hasta la mañana, despertando antes de tiempo.

**L'insomniu ye la patoloxía del sueño más frecuente, y puede darse hasta en el 50% de la población en algún momento de la vida, sea d'aniciu, caltenimientu o d'espertar enantes de tiempu**

Las causas que lo producen son diversas: puede ser por mor de otras enfermedades médicas no relacionadas con el sueño, por enfermedades mentales o psíquicas, o bien por causas desconocidas (en este caso llamámoslo *insomniu primariu o idiopáticu*).

El tratamiento tiene un abanico amplio: abarca desde medidas de higiene del sueño (siguir unas normas sencillas y concretas para mejorar la calidad del sueño), pasando por la terapia conductual (este trabajo lo lleva a cabo el psicólogo), hasta llegar al caso de que se requiera el tratamiento con fármacos (que puede darse desde la administración de melatonina exógena hasta los benzodiazepínicos).

**Narcolepsia**

Es una patología poco frecuente (alrededor del 0,5% de la población) que consiste en un sueño excesivo por el día, hasta el punto de quedarse dormido haciendo cosas, o dormirse de pies o comiendo. Pueden asociarse otros síntomas como:

- *Cataplexa:* es la pérdida del tono de los músculos, generalmente ante alguna emoción incontrolada del paciente (sea buena o mala; por casualidad, es típico que suceda cuando el paciente ríe), que le hace caer al suelo. Nunca se pierde la consciencia, cosa que sí sucede en el síncope o desmayo.
- *Allucinaciones:* tanto visuales como auditivas, sobre manera al principio del sueño (*hipnagóxicas*) y a lo largo del sueño (*hipnoplóxicas*).

- *Parálisis del despertar:* sensación de estar consciente pero no ser capaz de moverse, hablar ni levantarse de la cama.

La causa de todos estos síntomas es una alteración del sueño REM, que aparece en mayor cantidad, más rápido (sin pasar primero por otras fases de sueño no-REM) y en momentos en que el paciente está despierto. No solo la fisiopatología intervienen mecanismos relacionados con la orexina.

El tratamiento siempre ha de ser farmacológico. Puede ayudar la programación de 4 o 5 «micro-pigazos» de unos diez minutos a lo largo del día, con los que el paciente se somnoliente y puede seguir afrontando el día con mayor o menor normalidad.

**Hipersomnias**

Consisten también en un sueño excesivo por el día, pero presentando un sueño nocturno normal, a diferencia de la narcolepsia, en la que el sueño tiene una duración normal (lo que se altera es la duración del sueño REM, pero no la duración). Antes de poner esta etiqueta a los pacientes, hay que descartar otras causas que produzcan sueño diurno, ya que, como bien sabemos por experiencia propia, cualquier causa que conlleve dormir mal la noche anterior va a producir un exceso de sueño al día siguiente.

El tratamiento tiene que ser el de la causa que la produce, si se llega a saber. Si no, pueden usarse fármacos estimulantes del grupo de las anfetaminas o del modafinil.

### Síndrome d'apnees obstructives del sueño

Aproximao, un 4% de la población carez d'esti problema. Consiste nuna obstrucción de les vías aérees superiores, que fai que nun se suelte abundu dióxidu de carbonu (CO<sub>2</sub>), xenerando un escesu d'ello (*hipercapnia*). Esta situación actúa de señal nel hipotálamu del cerebru, y provoca un espertar per aciu los mecanismos descritos anteriormente.

Les causes más frecuentes d'ello son les alteraciones anatómiques conxénites, la toma de relaxantes musculares o d'alcohol (que faen que se produza un zarru de la vía aérea por perder tonu los músculos de la so parede), y sobre manera la gordura.

Al presentar tantos espertares nochernegos, al día siguiente'l paciente tien sueño de más. Tamién s'asocia a alteraciones cardiovasculares y a trastornos psicológicos, con baxu rendimientu llaboral o escolar.

El tratamientu consiste na correición de la causa que lo ocasiona (ciruxía de l'alteración anatómica, control de la toma de relaxantes o alcohol, y control del pesu), pero hai munches vegaes que tien que se poner un dispositivu denomáu CPAP (del inglés *Continuous Positive Airway Pressure*, presión positiva continua de les vías aérees), qu'introduz aire nel árbol respiratoriu per aciu d'una mázcara qu'anubre la boca y la ñariz, pa torgar que s'obstruyan les vías aérees.

### Síndrome de piernes bulliciegues

Tamién denomáu de recién como enfermedá de Willis-Ekbom. Afeuta aproximao al 8% de la población. Consiste nun formigüeu xeneralmente nes piernes, que provoca la necesidá incontrlable de tener que les mover pa qu'allivie la sensación desagradable. Suel ocurrir al chucase o al comiendu d'echar un pigazu.

A consecuencia d'esto retrátese l'aniciu del sueño, xenerando insomniu, polo qu'al otru día produz sueño de más.

El tratamientu ye farmacolóxicu, con relaxantes musculares de la mena de les benzodicepines o bien usando agonistes de la dopamina como la rotigotina, que tien una forma d'alministración en parches. Ha dici-se qu'esta enfermedá delles vegaes ta asociada a un déficit de fierro, polo que nestos casos pue resolverse reponiendo les reserves de fierro del organismu.

### b. Trastornos estrínsecos del sueño

Son les alteraciones del sueño causaes por un axente esternu al organismu. La llista completa queda espeyada na tabla 2. Dientro d'elles, cabe resaltar como más frecuentes los malos vezos de sueño (**hixene inadecuada del sueño**), l'altitú (**insomniu d'altitú**), la falta d'adaptación a un llugar estrañu nel que se ta dormiendo (**trastornu del sueño por falta d'adaptación**), la falta obligada de sueño (**trastornu del sueño por hora llendada**) o los trastornos por dependencia de fármacos o tóxicos (**hipnóticos, estimulantes, alcohol o sustancias toxiques**).

La solución a toes estes alteraciones, cuando ye dable, ye correxir la causa o situación que produz la modificación del sueño.

### c. Trastornos del ritmu circadián del sueño

Nesti grupu ye onde s'atopen les patoloxíes qu'alteren el ritmu vixilia-sueño regular que tien l'organismu en condiciones normales. Les dos entidaes más frecuentes son el **síndrome del cambéu de zona horaria** (el famosu *jet-lag* de la llingua inglesa) y el **trastornu del sueño por trabayu a turnos**. El restu de les patoloxíes d'esti grupu pue consultase na tabla 3.

## Disomnies

### Trestornos estrínsecos del sueño

Hixene inadecuada del sueño  
 Trestornu ambiental del sueño  
 Insomniu d'altitú  
 Trestornu del sueño por falta d'adautación  
 Síndrome de sueño insuficiente  
 Trestornu del sueño por hora llendada  
 Trestornu d'asociación nel entamu'l sueño  
 Insominiu por alerxa alimentaria  
 Síndrome d'inxesta nocherniega de comida/bebida  
 Trestornu del sueño por dependencia d'hipnóticos  
 Trestornu del sueño por dependencia d'estimulantes  
 Trestornu del sueño por dependencia d'alcohol  
 Trestornu del sueño por sustancias tóxicas

#### ARRIBA

TABLA 2. Trastornos estrínsecos del sueño

#### ABAXO

TABLA 3. Trastornos del ritmu circadián del sueño

## Disomnies

### Trestornos del ritmu circadián del sueño

Síndrome del cambéu de zona horaria  
 Trestornu del sueño por trabayu a turnos  
 Patrón irregular sueño-vixilia  
 Síndrome de retrasu de fase del sueño  
 Síndrome d'adelantu de fase del sueño  
 Trestornu por ciclu sueño-vixilia distintu de 24 hores

Estas alteraciones trestroquen la regularidad y ritmicidad diarias que presenta el sueño, necesitando de los días para adaptarse a las nuevas condiciones. Ha dicho que esta ritmicidad diaria no dura exactamente un día; es algo superior a las 24 horas en especies animales diurnas como nosotros. Es «cuasi diaria», como indica el propio nombre «circadiano», del latín *circa dies* ('al rodio de un día').

## 2. PARASOMNIES

Son los trastornos que asoceden con el sueño y que lo modifican en mayor o menor medida; no son alteraciones propiamente del sueño, sino que asoceden concomitantes a él. Dentro de este grupo distinguen cuatro apartados, que vamos a ir describiendo uno por uno.

### a. Trastornos del despertar

Son entidades que asoceden dentro de la fase profunda de sueño no-REM (fase N3), duran poco y el paciente no se acuerda de ello al día siguiente. Hay tres alteraciones descritas:

- **Despertar confusional:** Generalmente sucede en niños, es esa clase de despertares matutinos que nos ocurren que el niño se despierta llorando y no sabe quién lo consuela.
- **Sonambulismo:** Todos sabemos lo que es, ya que es algo que a veces nos pasa a los más de nosotros. Consiste en la realización de actividades motoras por la noche, que pueden ser sencillas (acciones automáticas simples) o complejas (el acto de salir de casa y montar en coche, por ejemplo). Normalmente el paciente termina en la cama solo, o puede ser ayudado por otra persona. Y no, no pasa nada ni es malo si despertamos al paciente, lo único que

asocede es que simplemente no va a recordar nada de lo que estaba haciendo.

- **Terror nocturno:** Son despertares bruscos en los que la persona está normalmente confundida y desorientada, puede pegar un grito y suele acompañarse de una reacción del sistema simpático (sudoración, palidez, hiperventilación, etc.).

### b. Trastornos de la transición sueño-vigilia

Cuando vamos a quedarnos dormidos, esa transición de la vigilia al sueño, pueden asociarse con alteraciones que si son ocasionales y pasan de cuando en cuando no pueden considerarse patológicas porque a veces lo tenemos experimentado. Pero si se dan muy frecuentemente o intensamente, también alteran el sueño y constituyen una entidad patológica. Estos trastornos son los siguientes:

- **Mioclón del sueño:** Pequeñas sacudidas, generalmente de las piernas, que suelen asociarse en las primeras fases del sueño, al inicio.
- **Somniloquios:** Hablar cuando se está dormido. Pueden ir acompañados por propios sueños o alucinaciones, o no.
- **Convulsiones nocturnas de las piernas:** Son situaciones que pueden alterarse en gran medida durante el descanso por la noche. Una situación en la que se ve con más frecuencia es en el tercer trimestre del embarazo.
- **Trastorno de movimientos rítmicos:** No es muy frecuente, sobre todo en niños. Consiste en mover rítmicamente el cuerpo o de la cabeza, neto de si tuviera añándose, batiendo de un lado al otro o dando cabezazos en la almohada.

## Parasomnias

### Otras parasomnias

Bruxismo nocturno  
 Enuresis nocturna  
 Síndrome de aspiración relacionada con el sueño  
 Distonía paroxística nocturna  
 Síndrome de muerte súbita nocturna inesperada  
 Ronquido primario  
 Apnea del sueño infantil  
 Síndrome de hipoventilación central congénita  
 Síndrome de muerte súbita infantil  
 Mioclonía del sueño neonatal benigno

## ARRIBA

TABLA 4. Otras parasomnias

### c. Parasomnias asociadas con el sueño REM

En esta fase del sueño pueden darse otras cuantas parasomnias. Es el caso de las **alucinaciones del sueño** (ya descrito más arriba cuando se habló de la narcolepsia) y de las **erecciones nocturnas**, entre otras.

Normalmente, en el sueño REM se pierde el tono de los músculos; es la fase de mayor relajación, y es donde asoceden los sueños. Cuando no se pierde ese tono muscular, hablamos de **trastorno de la conducta en el sueño REM**. En esta alteración, el paciente presenta abundante actividad motora, que se corresponde con los sueños que está teniendo al estar dormido. Si se le despierta en ese momento, va a estar confundido y no va a acordarse de nada. Es una patología aparatosa, que puede acabar con lesiones tanto del propio paciente (por darse contra los muebles del cuarto de dormir) como de la pareja que pueda tener al lado.

### d. Otras parasomnias

Equivalen dentro de las parasomnias descritas hasta la fecha que no pueden asociarse a ninguno de los otros tres subgrupos. Son una rama de patologías que ya son mucho menos frecuentes, pero que también pueden producir grandes alteraciones del sueño. Hay que destacar entre ellas, por ejemplo, el **bruxismo nocturno** (el famoso rascar de los dientes), la **enuresis nocturna** (mojar la cama) o el **ronquido primario** (recordemos que en medicina «primario» es lo que no se sabe de dónde proviene; es un ronquido que no está asociado a la obstrucción de las vías aéreas, y que por tanto no puede incluirse en el síndrome de apneas obstructivas del sueño). La lista completa de este apartado puede consultarse en la tabla 4.



### 3. TRASTORNOS DEL SUEÑO ASOCIADOS A OTRAS ENFERMEDADES

Yá pa dar fin, después de falar de les disomnias y de les parasomnias, tenemos el tercer grupu de trastornos del sueño, onde s'atopen alteraciones del sueño que tán asociaes a enfermedaes sobre manera mentales y neurolóxicas, pero tamién d'otros oríxenes.

- *Enfermedades mentales:* les enfermedaes d'esti grupu que puen xenerar alteraciones del sueño son les **sicosis**, los **trastornos del humor**, l'**ansiedá**, el **trastorno de pánicu** y l'**alcoholismu**.
- *Enfermedades neurológicas:* tán descrites como alteradores del sueño la **demencia**, la **enfermedá de Parkinson**, los **trastornos degenerativos cerebrales**, la **epilepsia**, les **cefalees** y l'**insomniu familiar fatal**.
- *Otras enfermedades:* pa rematar, hai otres enfermedaes non neurológicas que tamién afeuten al sueño, como por casu la **enfermedá pulmonar obstructiva crónica**, l'**asma**, la **isquemia cardiaca nocheñiega**, el **refluxu gastroesofáxico**, la **úrcula péptica**, la **fibromialxa** y hasta infeiciones parasitarias como la **tripanosomiasis** (la llamada «enfermedá del sueño»).

### DECÁLOGU PA DORMIR BIEN

Como vimos (y namái lo fiximos tocando per enriba les coses), el númberu de patoloxíes que tres-toquen el sueño ye bayurosu. Hai delles que nun se puen evitar (bien por ser xenétiquas, bien por dase en situaciones que nun se puen modificar, como por casu'l trastornu del sueño por trabayu a turnos), pero otres munches sí puen beneficiase d'una serie de recomendaciones clave que constitúin la base de la correuta hixene del sueño. Ye'l decálogu pa dormir bien. Siguiendo estes pautes, vamos controlar les variables del entornu pa que'l nuesu sueño seya propiciu pa tener una bona calidá.

1. Llevar un horariu lo más regular posible pa chucase y llevarse.
2. Evitar les sustancias escitantes como la cafeína (café), teína (té) y teobromina (chocolate) nes hores previes a chucase.
3. Evitar fumar cerca de la hora de chucase.
4. Evitar l'alcohol nes últimes hores de la tarde.
5. Facer una cena non abondosa (el sueño y la fartura llévense mal), pero tampoco dir pa la cama con fame, yá que chucase col estómagu vaciu tamién produz malestar.
6. Evitar l'exerciciu brengosu nes últimes hores de la tarde. Atención al vezu de dir al ximnasiu o salir a correr más acullá de les 8 o les 9 de la nueche.
7. Controlar les condiciones del cuartu de dormir: lluz mínimo, evitar rúos, temperatura agradable (nin pasar fríu nin morrer de calor; una bona temperatura puen ser los 21-22°C), etc.
8. Escaecer tolos problemes del día, dexalo too pa otu día. A la cama viense a dormir, non a rumiar los problemes.
9. Pue ayudar un llibru (y si ye aburríu, meyor). Evitar l'usu d'aparatos electrónicos con pantalla retroiluminada (teléfonu móvil, tabletes, portátiles, televisión, ...), yá que la lluz qu'emiten ta na llonxítu d'onda del azul, que ta demostra que mengua la producción de melatonina endóxeno, y por tanto produz una mayor dificultá pa dormir. Sí que se puen usar dispositivos de tinta electrónicu (*e-books*), que nun emiten lluz, sinón que lo reflexen (lo mesmo qu'un llibru de papel).
10. Controlar que nun heba inseutos nel cuartu de dormir. El runfíu de los sos esnalíos pue ser un orixe d'insomniu insospechadamente frecuente.

---

## Referencias bibliográficas

- ALLEN, R. P., PICCHIETTI, D. L., GARCIA-BORREGUERO, D. *et al.* (2014).- Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria—history, rationale, description, and significance. *Sleep Med.* 15: 860–873.
- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE (2005).- *International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual*, 2<sup>nd</sup> edn. American Academy of Sleep Medicine, Westchester, IL.
- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE (2014).- *International classification of Sleep Disorders*, 3<sup>rd</sup> edn. American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL.
- BERRY, R. B., BROOKS, R., GAMALDO, C. E., HARDING, S. M., MARCUS, C. L. & B. V. VAUGHN (2012).- *The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications*, version 2.0. American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL.
- MONTPLAISIR, J., GAGNON, J. F., FANTINI, M. L. *ET AL.* (2010).- Polysomnographic diagnosis of idiopathic REM sleep behavior disorder. *Mov. Disord.* 25: 2044–2051.
- RAHMAN, S. A., KAYUMOV, L., TCHMOUTINA, E. A. & C.M. SHAPIRO (2009).- Clinical efficacy of dim light melatonin onset testing in diagnosing delayed sleep phase syndrome. *Sleep Med.* 10(5): 549–555.
- SCHENCK, C.H., BOEVE, B.F., M.W. MAHOWALD (2013).- Delayed emergence of a parkinsonian disorder or dementia in 81% of older men initially diagnosed with idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder: a 16-year update on a previously reported series. *Sleep Med.* 14: 744–748.
- VERNET, C. & I. ARNULF (2009).- Idiopathic hypersomnia with and without long sleep time: a controlled series of 75 patients. *Sleep* 32(6): 753–759.
-