

Capítulo 20.

Algoritmo diagnóstico de los Trastornos del sueño.

Consenso diagnóstico GETSH (en orden alfabético):

Alvaro Antonio Jerez Magaña.
Elena Maricela Majano de Carías.
Gustavo Enrique Cosenza.
Henry Hugo Gálvez Quiñónez.
Javier Contreras Rojas.
Jorge Alberto Martínez Cerrato.
Jorge Alfredo León Aldana.
José Manuel Pérez Córdova.
Juan Carlos Lara Girón.
Juan José Del Cid García.
Luz Eleonora Vega Zeissig.
Oscar Gerardo Ramírez Samayoa.
Reyna M Durón.



alvaro.jerez@humanagt.org

Abreviaturas.

ACPS: Apnea central primaria del sueño | ACRS: Apnea central relacionada con el sueño | ACS: Apnea central del sueño | ACSET: Apnea central del sueño emergente con el tratamiento | ACSRPGA: Apnea central del sueño debida a respiración periódica a gran altitud | AOS: Apnea obstructiva del sueño | DEPR: Depresión | DM2: Diabetes mellitus tipo II | DRER: Despertares relacionados con el esfuerzo respiratorio | EAC: Enfermedad arterial coronaria | ECV: Enfermedad cerebrovascular | ENF: Enfermedad | ERG: Enfermedad por reflujo gastroesofágico | HACI: Hipoventilación alveolar central idiopática | HC: Hormona del crecimiento | HCITDH: Hipoventilación central de inicio tardío con disfunción hipotalámica | HORS: Hipoxemia relacionada con el sueño | HR: Hora | HRS: Horas | HTA: Hipertensión arterial | HX: Historia | HVRS: Hipoventilación relacionada con el sueño | ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva | ICSD-3: Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, Tercera Edición | IAHC: Índice de apnea/hipopnea centrales | IER: Índice de eventos respiratorios | LCR: Líquido cefalorraquídeo | MIN: Minuto/Minutos | MOR: Sueño de movimientos oculares rápidos | NMOR: Sueño sin movimiento ocular rápido | OCST: Test ambulatorio del sueño | PaCO₂: Presión arterial parcial de dióxido de carbono | MPED: Movimientos periódicos de las extremidades durante el despertar | MPES: Movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño | PSMORIS: Período de sueño

MOR al inicio del sueño | PSG: Polisomnografía | RCS: Respiración de Cheynes-Stokes | SEG: Segundo | SDX: Síndrome | SHACC: Síndrome de hipoventilación alveolar central congénita | SHACI: Síndrome de hipoventilación alveolar central idiopática | SHO: Síndrome de hipoventilación por obesidad | SpO₂: Saturación arterial de oxígeno | SPI: Síndrome de piernas inquietas | SSI: Síndrome de sueño insuficiente | TAS: Test ambulatorio de sueño | TBP: Trastorno bipolar | THRS: Trastorno de hipoventilación relacionada con el sueño | TLMS: Test de latencias múltiples del sueño | TRAST: Trastorno | TRCSV: Trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia | VPP: Ventilación a presión positiva | vPSG: video polisomnografía

INTRODUCCIÓN.

El estudio de los trastornos del sueño debería ser materia obligada en los pensum de pregrado de nuestros centros de estudio debido a varias razones:

1. La alta incidencia de los mismos, que los convierte en un verdadero problema sanitario.
2. El impacto de los mismos sobre la salud global de la persona afectada.
3. El impacto sobre el funcionamiento (laboral, familiar, académico y social) de la persona afectada.
4. La predisposición a cometer errores y sufrir accidentes de todo tipo, en las personas afectadas.
5. Los errores terapéuticos que muchas veces perpetúan el problema sin darle una solución adecuada al mismo, o agregan un nuevo problema el cual es la dependencia farmacológica.

El conocimiento actual de las herramientas útiles para el diagnóstico de los trastornos del sueño es de suma importancia, pues nos permite optimizar las pruebas que actualmente tenemos disponibles e indicar los tratamientos óptimos de manera adecuada y oportuna, así como referir a otras especializadas para el mayor beneficio de nuestros pacientes (Secretaría de Salud, 2010)

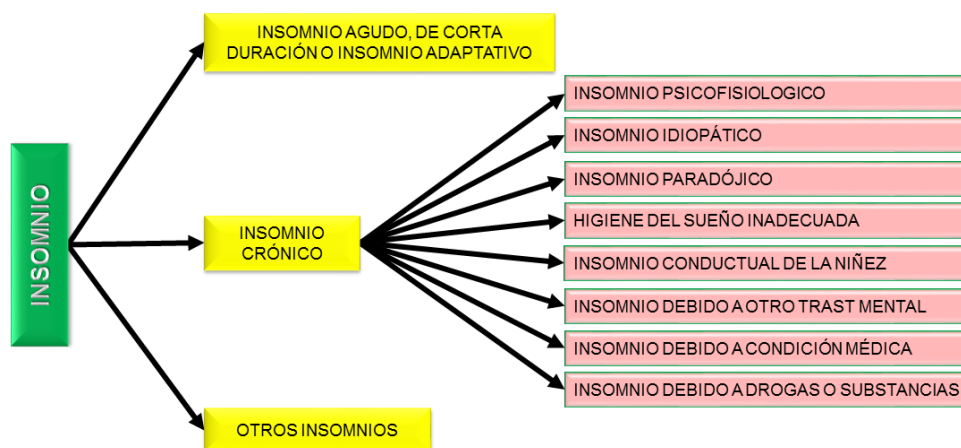
En comparación con la ICSD-3 (AASM, 2014), este capítulo no aporta nada nuevo, la conclusión del Grupo de Estudio de los Trastornos del Sueño de HUMANA (GETSH), fue que no había nada que agregar a la tercera edición de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, por lo que lo que haremos acá es únicamente colocar y ordenar los diferentes criterios para el diagnóstico de cada una de las diferentes entidades nosográficas de una forma lógica que facilite la comprensión del médico no familiarizado con los trastornos del sueño o no especializado en el estudio y tratamiento de los trastornos del sueño.

En no pocas oportunidades nos hemos tomado la libertad de citar literalmente lo enunciado en la ICSD-3, especialmente en las notas, esto se ha hecho con el propósito de clarificar los algoritmos.

CLAVES:

Si la respuesta es afirmativa continua a: 

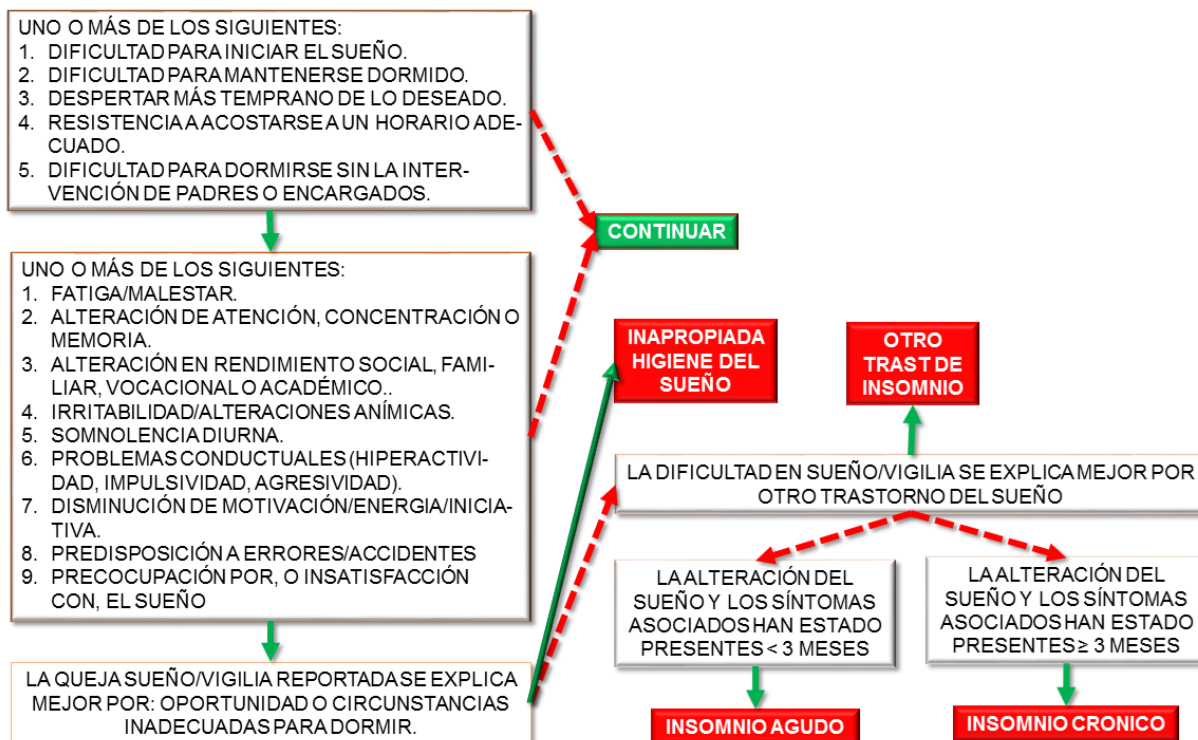
Si la respuesta es negativa continuar a: 



INSOMNIO

La ICSD-3 (AASM, 2014) define el insomnio como “la dificultad persistente con el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad del mismo, que ocurre a pesar de que existen la oportunidad y circunstancias adecuadas para dormir y resulta en alguna forma de alteración diurna”; además, clasifica el insomnio y sus subtipos en los siguientes grupos:

En esta sección se incluyen los trastornos cuya característica principal es la queja de insomnio. Los aspectos específicos del insomnio se encuentran descritos con profundidad en el capítulo 6 de esta obra, aquí nos limitaremos a reproducir los criterios necesarios para el diagnóstico propuestos por la ICSD-3.



NOTAS DE LA ICSD-3:

La dificultad para conciliar el sueño o mantenerse dormido, así como el despertar más temprano de lo deseado son síntomas que pueden verse en todos los grupos de edad, pero la resistencia a acostarse a un horario adecuado y la dificultad para dormirse sin la intervención de los padres o encargados se observa más frecuentemente en niños y adultos mayores que requieren la supervisión de un cuidador debido a la alteración significativa en su nivel de funcionamiento.

Los pacientes con insomnio agudo pueden quejarse de dificultad en el sueño/vigilia menos de 3 veces por semana en promedio, aún así tienen preocupaciones clínicamente significativas sobre sus síntomas y merecen atención clínica.

Muchas condiciones como el duelo, el dolor agudo u otros estresores agudos se hallan muchas veces asociados a pobre calidad de sueño; cuando tales condiciones son la única causa de dificultad para dormir, el diagnóstico de insomnio por separado podría no ser aplicable.

Algunos pacientes con insomnio crónico pueden mostrar episodios recurrentes de dificultad en el sueño/vigilia las cuales pueden durar varias semanas a lo largo de varios años, sin cumplir los criterios de duración de por lo menos 3 meses para cualquiera de estos episodios de forma aislada, sin embargo estos pacientes deberían ser diagnosticados como insomnio crónico debido a la persistencia de su dificultad intermitente sobre el sueño a lo largo del tiempo.

Algunos pacientes que utilizan hipnóticos de forma regular pueden dormir bien y no cumplir los criterios de insomnio mientras toman dichos medicamentos; sin embargo cuando dejan de tomarlos estos pacientes cumplen los criterios diagnósticos; en estos casos el diagnóstico podría aplicarse a estos pacientes particularmente si manifiestan preocupación por su dificultad para dormir en ausencia de tales medicamentos.

Muchas condiciones comórbidas como los dolores crónicos o el reflujo gastroesofágico pueden dar origen a las quejas de insomnio enumeradas en el diagrama anterior. Cuando estas condiciones son la única causa de la dificultad para dormir, el diagnóstico separado de insomnio podría no aplicarse a ellos; sin embargo, en muchos pacientes, tales condiciones son crónicas y no son la única causa de la dificultad para dormir. Los factores clave que deberían determinar la decisión de aplicar un diagnóstico separado de insomnio incluyen:

- ¿Hace cuánto tiempo la dificultad para dormir surgió como resultado de factores directamente atribuibles a la condición comórbida?
- ¿Existen oportunidades en las cuales las quejas para dormir se presentan en ausencia de estos factores?
- ¿Existen factores cognitivos que perpetúan esta condición (Ej.: expectativas negativas, despertares condicionados, hábitos disruptivos del sueño?, sugiriendo un aspecto autónomo que desencadene el insomnio?

Si existe evidencia de que las quejas del paciente con el sueño/vigilia ameritan un tratamiento por separado entonces el diagnóstico de insomnio crónico debería aplicarse.

SUBTIPOS CLINICOS Y PATOFISIOLOGICOS DEL INSOMNIO CRÓNICO:

Insomnio psicofisiológico: se caracteriza por despertares mayores y asociaciones aprendidas que evitan el sueño y desencadenan insomnio. Estos pacientes muchas veces experimentan dificultad para dormir cuando tratan de hacerlo en su ambiente normal en casa, pero concilian el sueño con facilidad en un ambiente diferente o cuando no están tratando de dormir. Estos pacientes también muestran preocupación excesiva referente al sueño y sufren de niveles elevados de excitación cognitiva y somática, particularmente a la hora de dormir.

Insomnio idiopático: se caracteriza por la queja sostenida de dificultad para dormir con inicio insidioso en la infancia o niñez temprana. Se presume que inicia en esa edad sin una causa discernible y persiste a lo largo del tiempo sin períodos de remisión sostenida. Debido a su inicio temprano, su estabilidad a lo largo del tiempo y el curso a lo largo de la vida, se cree que el trastorno se halla genéticamente determinado o se debe a una aberración congénita en los sistemas que inducen el sueño o el despertar en el cerebro, aunque aún no se han encontrado marcadores genéticos o una patología neural que explique este trastorno.

Insomnio paradójico: se describe como una queja de severa alteración del sueño sin evidencia objetiva que la corrobore. Se presume que estas personas muestran una marcada predisposición a subestimar la cantidad de sueño que obtienen. Aunque muchos de estos pacientes logran cantidades normales de sueño, demostrado por PSG, la

queja de dificultad para dormir se mantiene. Algunos estudios de neuroimágenes o técnicas de análisis espectral de EEG de sueño han sugerido que una alteración en el sistema de excitación del sueño/vigilia podría explicar la desincronización entre las medidas objetivas y convencionales de sueño y los reportes subjetivos.

Higiene del sueño inadecuada: se presume que resulta de la o puede ser sostenido por las actividades cotidianas de la vida que son inconsistentes con el deseo de mantener una buena calidad de sueño y una alerta diurna normal. En el capítulo 19 de esta obra se hace un abordaje más completo de los aspectos que deben ser considerados para evaluar la higiene del sueño.

Insomnio conductual de la niñez: se presumen que resulta de un inadecuado entrenamiento para dormir o falta de imposición de límites por parte de los padres o encargados. Existen varios subtipos:

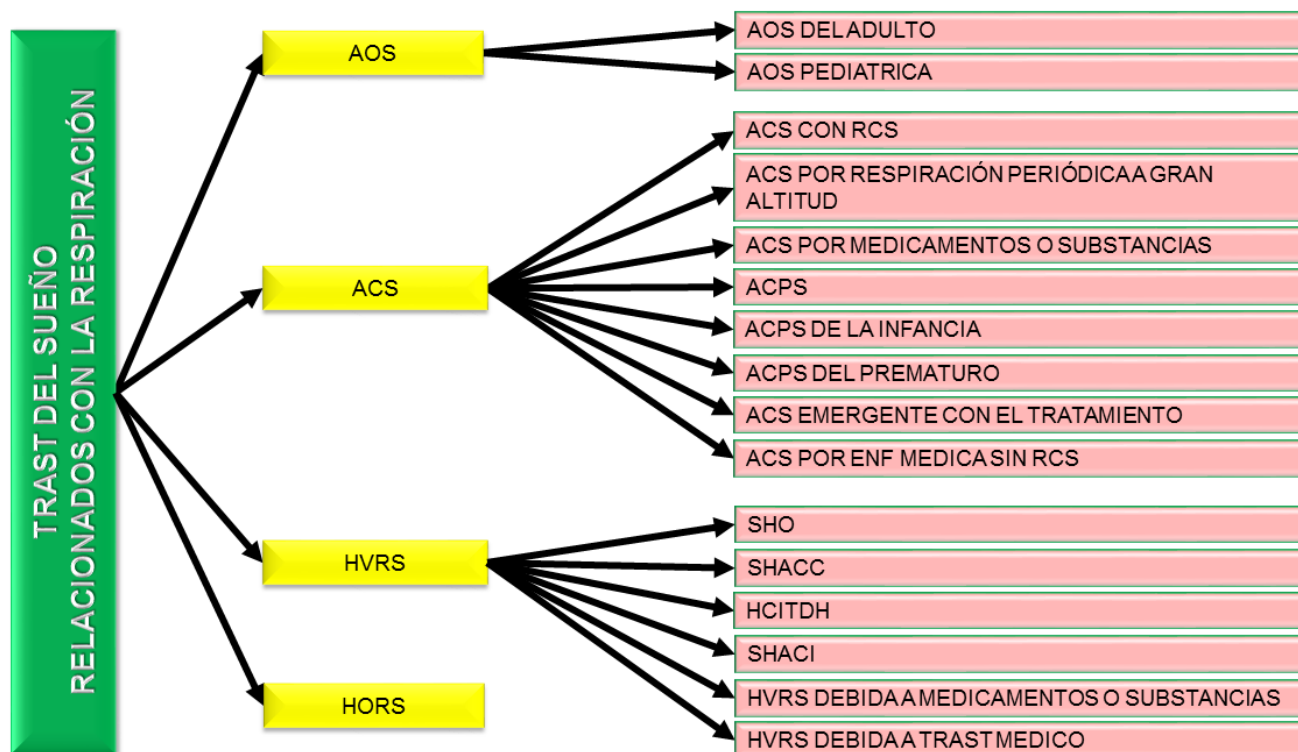
- **Tipo asociación al inicio del sueño:** se caracteriza por la dependencia del niño a estimulaciones específicas, objetos o ambientes para poder iniciar el sueño o volverse a dormir luego de haberse despertado; en ausencia de estas condiciones el inicio del sueño se retrasa significativamente.
- **Tipo límites al ambiente:** se caracteriza por resistencia o estancamiento a la hora de acostarse resultado de una mala imposición de límites de parte del encargado.
- **Tipo mixto:** caracterizado tanto por aspectos de dificultades con el tipo de asociaciones como por resistencia a irse a la cama.

Insomnio debido a otro trastorno mental: Se considera causado por, o secundario a, un trastorno psiquiátrico coexistente. El insomnio es un problema frecuente en pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos afectivos, así como en pacientes psicóticos y algunos trastornos de la personalidad. Entre estos pacientes se presume que el trastorno es debido al trastorno mental.

Insomnio debido a condición médica: se considera causado por, o secundario a, una condición médica coexistente. Existen muchas condiciones médicas que causan insomnio, en particular aquellas que cursan con dolor o malestar, limitación de los movimientos, dificultades en la respiración, etc. En estos casos se presume que el insomnio es debido a la condición médica.

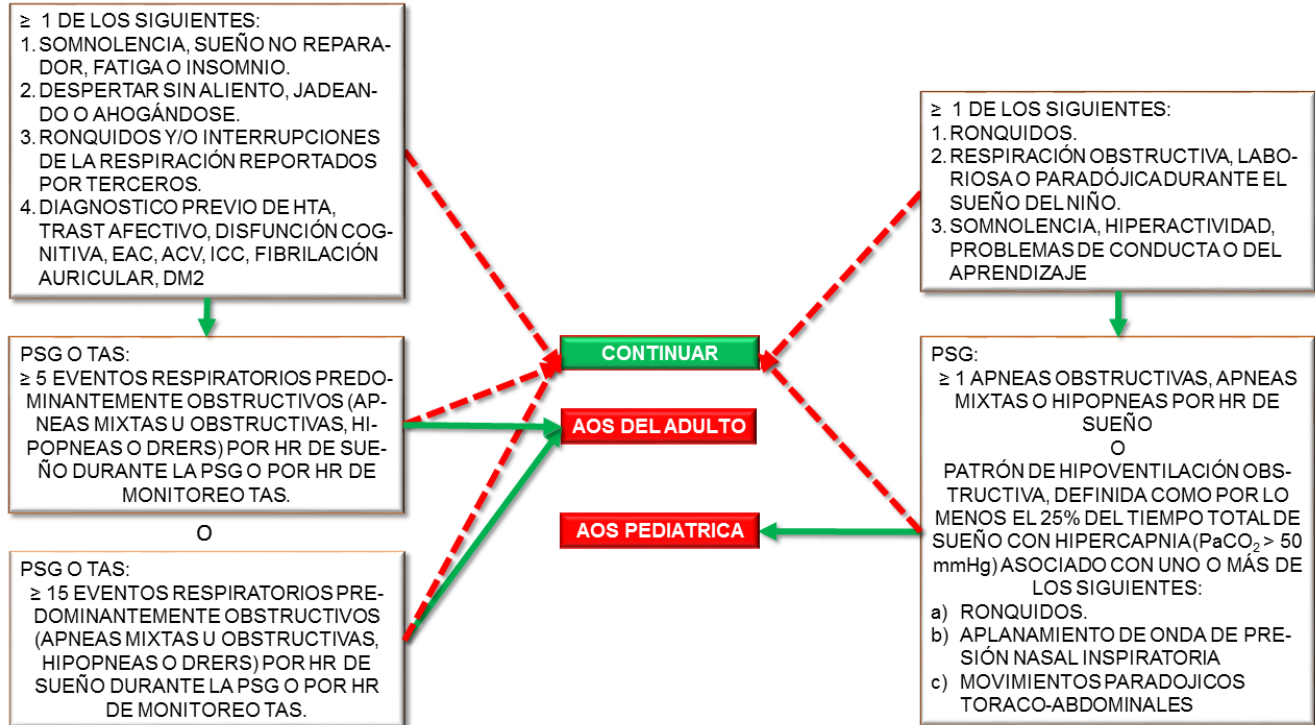
Insomnio debido a drogas o sustancias: se considera causado por o secundario a, el uso o abstinencia de drogas o sustancias. En estos casos el insomnio debe presentarse cuando se consume o se está en abstinencia a estas.

TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON LA RESPIRACION



Estos trastornos se caracterizan por diversas anomalías de la respiración que se presentan durante el sueño. La descripción detallada de los mismos fue realizada en el capítulo 7 de esta obra, aquí nos limitaremos a reproducir los criterios necesarios para el diagnóstico propuestos por la ICSD-3.

Los trastornos del sueño relacionados con la respiración han sido agrupados en: AOS, ACS, HVRS y HORS; sin embargo muchos pacientes pueden cumplir los criterios para más de uno de estos grupos. En particular, muchos pacientes tienen una combinación entre AOS y ACS.



NOTAS DE LA ICSD-3:

Comparado con la PSG, los TAS comúnmente subestiman el número de eventos respiratorios obstructivos por hora debido a que el sueño actual, determinado primordialmente por EEG, muchas veces no es registrado.

El término IER puede ser usado para denotar la frecuencia de eventos basados en el tiempo de monitoreo más que en el tiempo total de sueño.

Los DRER e hipopneas basadas en los despertares no pueden ser medidos usando TAS porque los despertares no pueden ser identificados por los criterios EEG.

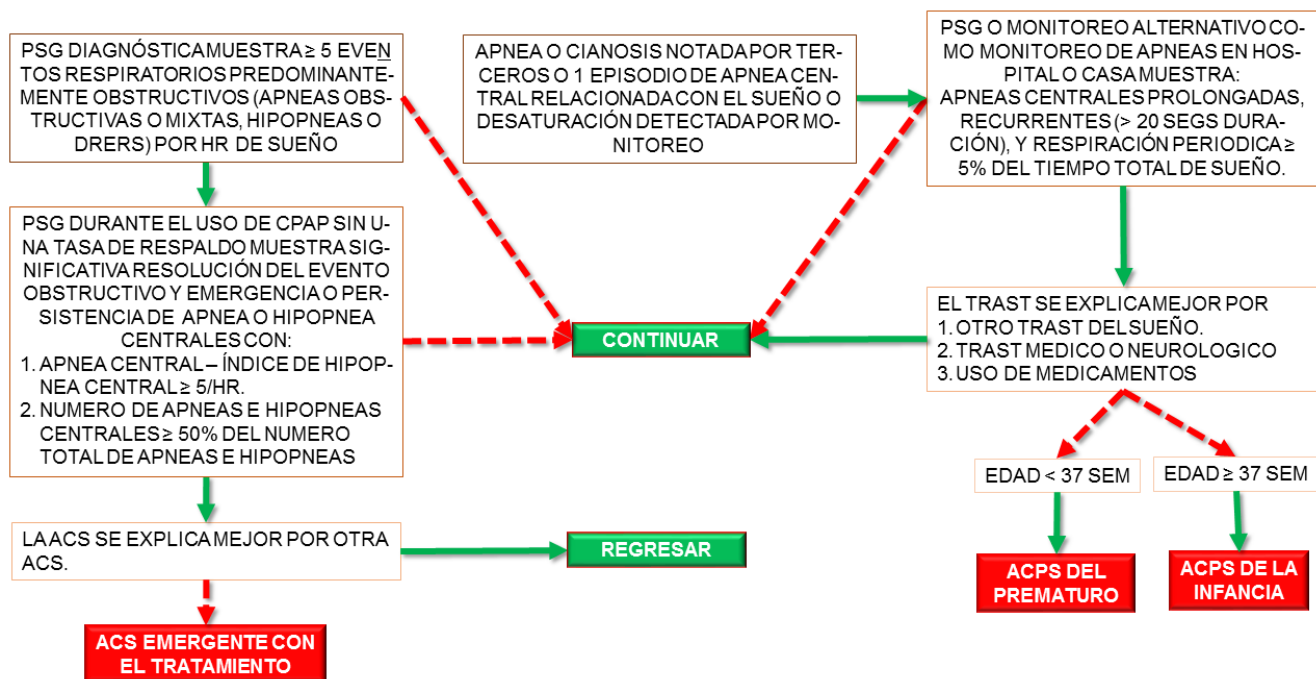
El diagnóstico de ACS con RCS no excluye el diagnóstico de AOS.

Si el número total de apneas o hipopneas centrales no es > 50% del número total de apneas e hipopneas la RCS puede ser considerada como un hallazgo de la PSG.

Para el diagnóstico de ACS debida a trastorno médico sin RCS en infantes y niños pequeños, los síntomas son de apoyo pero no son requeridos para el diagnóstico.

En la ACS debida a trastorno médico sin RCS, la HVRS no es requerida pero podría estar presente, si el paciente cumple criterios para ambos, pueden hacerse ambos diagnósticos. En algunos pacientes, otras anomalías de la respiración como respiración atáxica podría ser prominente. El diagnóstico de ACS debida a trastorno médico sin RCS no excluye el diagnóstico de AOS.

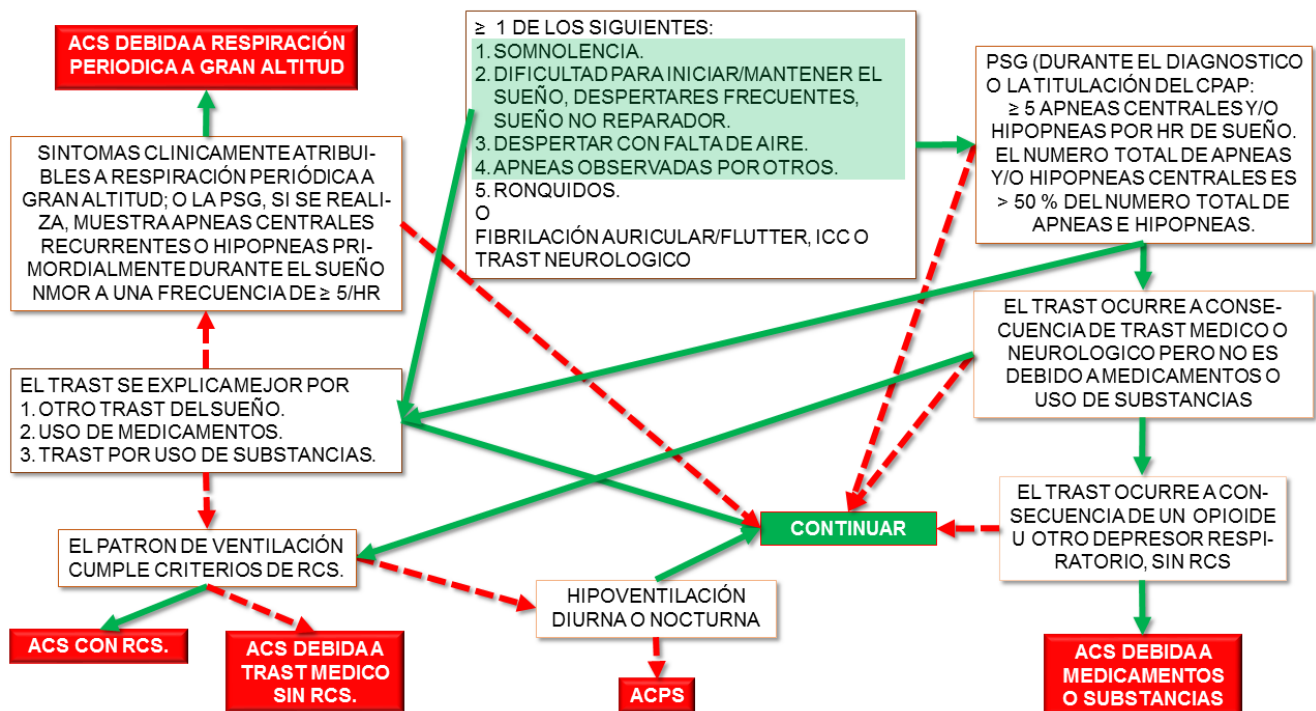
La respiración periódica es una respuesta común a la altitud, se requieren de los síntomas asociados para hacer el diagnóstico del trastorno. El ascenso a gran altitud incluye típicamente ascensos a un mínimo de 2,500 mts, aunque algunos individuos pueden presentar este trastorno a altitudes tan bajas como 1,500 mts. El diagnóstico de ACS debida a respiración periódica a gran altitud no excluye el diagnóstico de AOS.



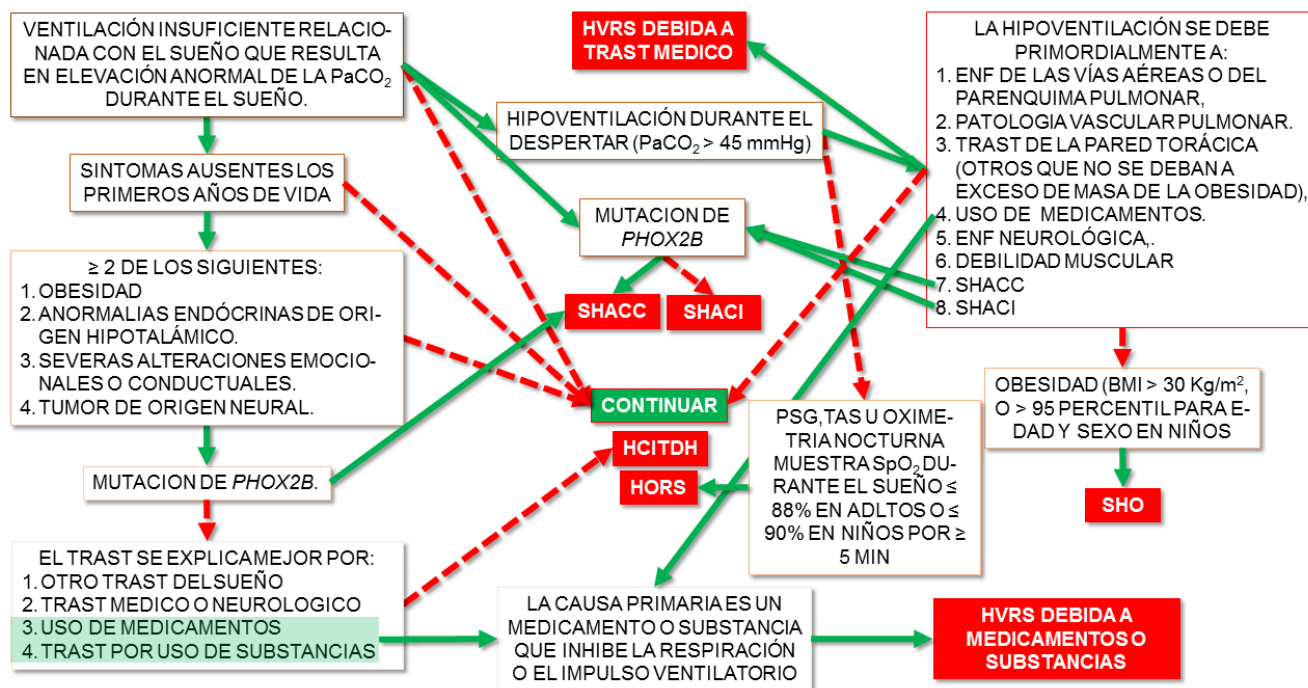
En la ACS debida a medicamentos o sustancias, puede observarse respiración atáxica (variaciones irregulares en el tiempo del ciclo respiratorio y el volumen tidal). Además puede presentarse hipoventilación diurna y/o nocturna, pero esta no es requerida para el diagnóstico. Si se presenta HVRS puede hacerse el diagnóstico tanto de HVRS debida a medicamentos o sustancias como de ACS debida a medicamentos o sustancias. El diagnóstico de ACS debida a medicamentos o sustancias no excluye el diagnóstico de AOS.

En la ACPS en niños, los síntomas pueden no ser evidentes.

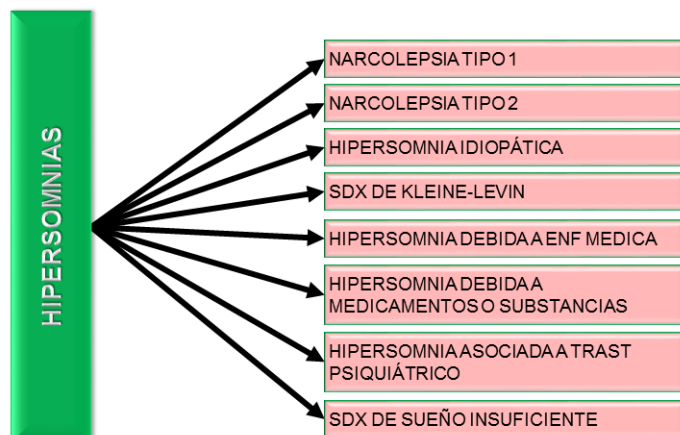
El diagnóstico de ACS emergente con el tratamiento no excluye el diagnóstico de AOS.



Si en los pacientes con SHO se presenta AOS pueden hacerse ambos diagnósticos.



HIPERSOMNIAS



Las personas que padecen de hipersomnias están predispuestas a sufrir seria disminución del rendimiento en diversas áreas del funcionamiento, así como a sufrir accidentes domésticos, laborales y vehiculares que podrían ser una seria amenaza para su vida.

La ICSD-3 define la somnolencia diurna como “la incapacidad de mantenerse despierto y alerta durante el mayor episodio de vigilia del día, resultando en períodos de irreprimible necesidad de sueño o lapsos no intencionales en los que se queda dormido. La somnolencia puede variar en la severidad y es más frecuente que ocurra en situaciones aburridas, sedentarias y monótonas que requieren de poca

participación activa.

Los aspectos generales de las hipersomnias se describen de forma detallada en el capítulo 8: “Hipersomnias de origen central”.

Algunos pacientes son conscientes del incremento de la somnolencia antes de caer dormidos, mientras otros caen dormidos con pocos o ningún síntoma prodrómico (ataques de sueño).

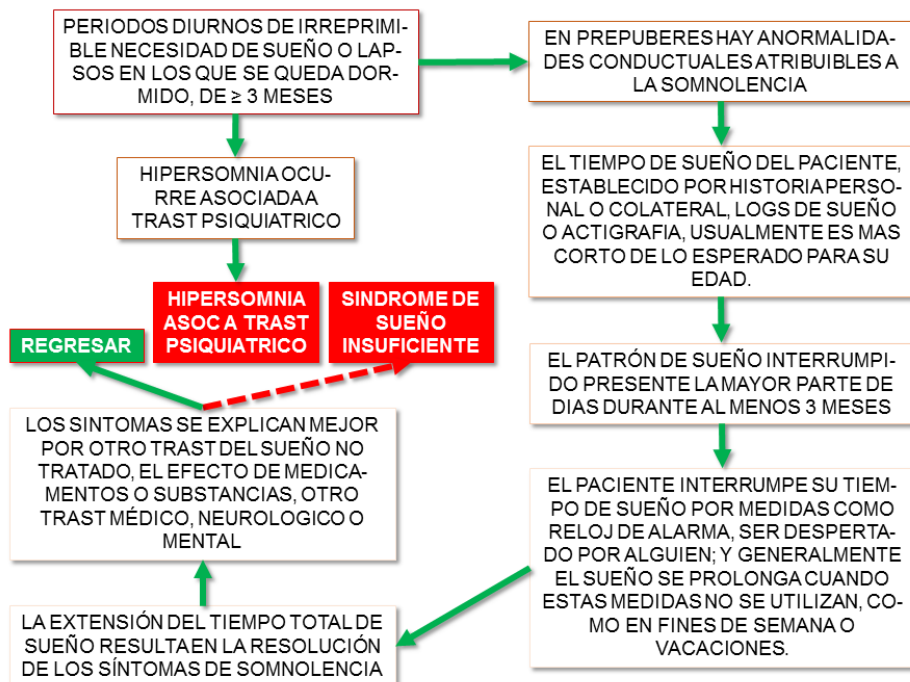
La severidad de la somnolencia diurna puede ser cuantificada subjetivamente utilizando escalas de severidad como la “Escala de Somnolencia de Epworth”, y de forma objetiva utilizando el TLMS. Estas medidas no siempre se correlacionan la una con la otra y deben utilizarse aplicando el juicio clínico apropiado.

En niños pequeños, la narcolepsia puede presentarse muchas veces como sueño nocturno excesivo o como la continuación de una siesta previamente discontinuada.



Si se sospecha fuertemente el diagnóstico de narcolepsia tipo 1, pero no se cumple el criterio de catapleja en el TLMS, una posible estrategia es repetir el TLMS. En los casos de Narcolepsia tipo 2, si más tarde estos pacientes desarrollan catapleja, el trastorno debe reclasificarse como narcolepsia tipo 1.

Si los niveles de hipocretina 1 en LCR son cuantificados más tarde y se encuentra en ≤ 110 pg/mL o $< \frac{1}{3}$ del valor promedio obtenido en sujetos normales, el trastorno debe reclasificarse como narcolepsia tipo 1.



La inercia de sueño severa y prolongada, conocida como borra- chera de sueño (definida por la dificultad prolongada para despertar con regresos repeti- dos al sueño, irritabilidad, con- ductas automáticas y confusión; y/o siestas prolongadas (> 1 hr) no reparadora brindan apoyo adicional al cuadro clínico de la hipersomnía idiopática. Una alta eficiencia de sueño ($\geq 90\%$) en la PSG previa al TLMS es otro hallazgo que apoya el diagnóstico.

El tiempo total de sueño en 24 hrs requerido para el diagnós- tico de hipersomnía idiopática puede necesitar ser adaptado a los cambios normales en el tiempo de sueño asociado a los diversos estadios del desarrollo

en niños y adolescentes, así como a las variaciones interculturales en todos los grupos de edad.

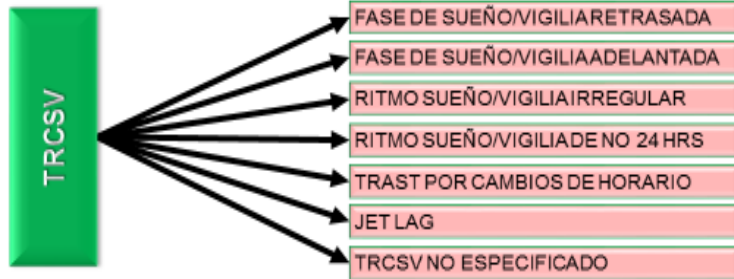
Ocasionalmente, paciente que cumplen otros criterios pueden tener un TLMS con una latencia de sueño promedio > 8 min y un tiempo total de sueño en 24 hrs < 660 min. El juicio clínico debe utilizarse para decidir si estos pacientes deben considerarse como hipersomnia idiopática, o no.

En el subtipo de hipersomnia residual después del tratamiento de la AOS el promedio de latencia de sueño en el TLMS puede ser > 8 min.

En pacientes con trastornos médicos o neurológicos severos en quienes no es posible o deseable hacer estudios de sueño, el diagnóstico de hipersomnia debida a trastorno médico debe hacerse en base a los criterios clínicos.

En el síndrome de sueño insuficiente, si existen dudas acerca de la veracidad de la historia personal o los logs de sueño, debe realizarse actigrafía, preferiblemente por al menos 2 semanas.

TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO SUEÑO/VIGILIA



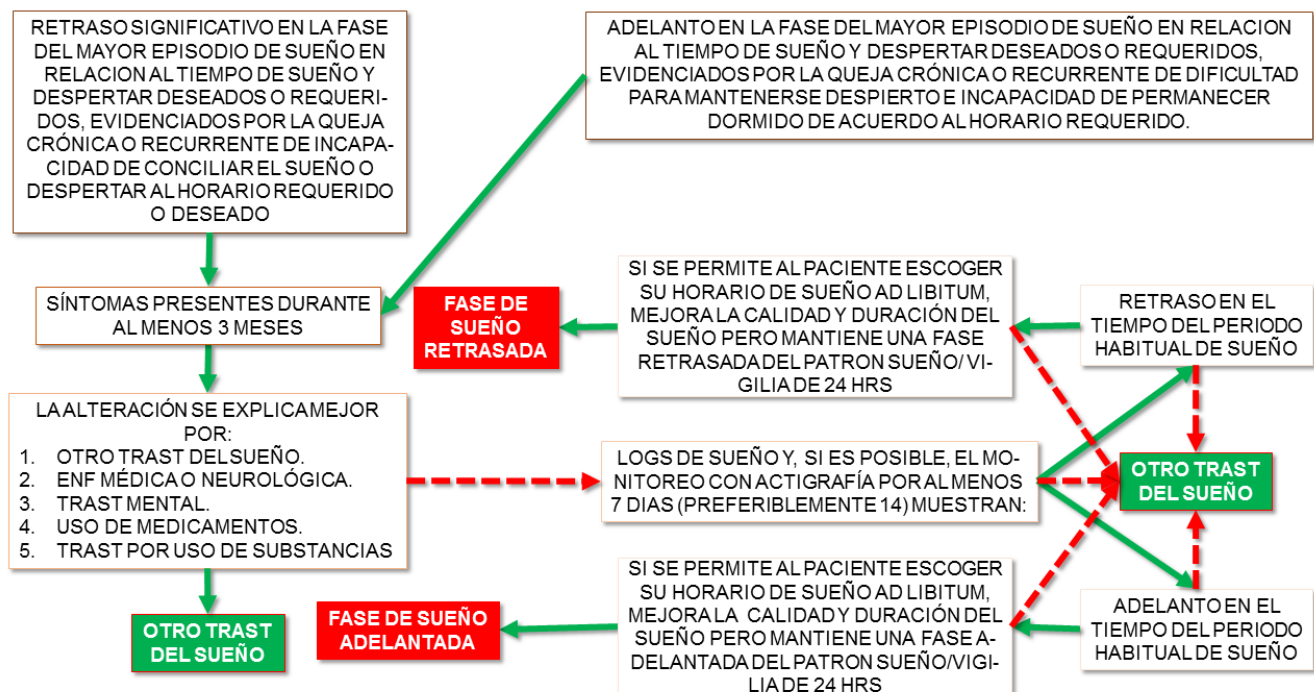
Los TRCSV fueron abordados de forma más detallada en el capítulo 9, de esta obra, aquí solo retomaremos los aspectos claves que son necesarios para el adecuado diagnóstico de las diferentes entidades nosológicas.

La mayoría de TRCSV surgen cuando existe un desajuste substancial entre el ritmo interno y el tiempo requerido por las actividades escolares, laborales o sociales del paciente.

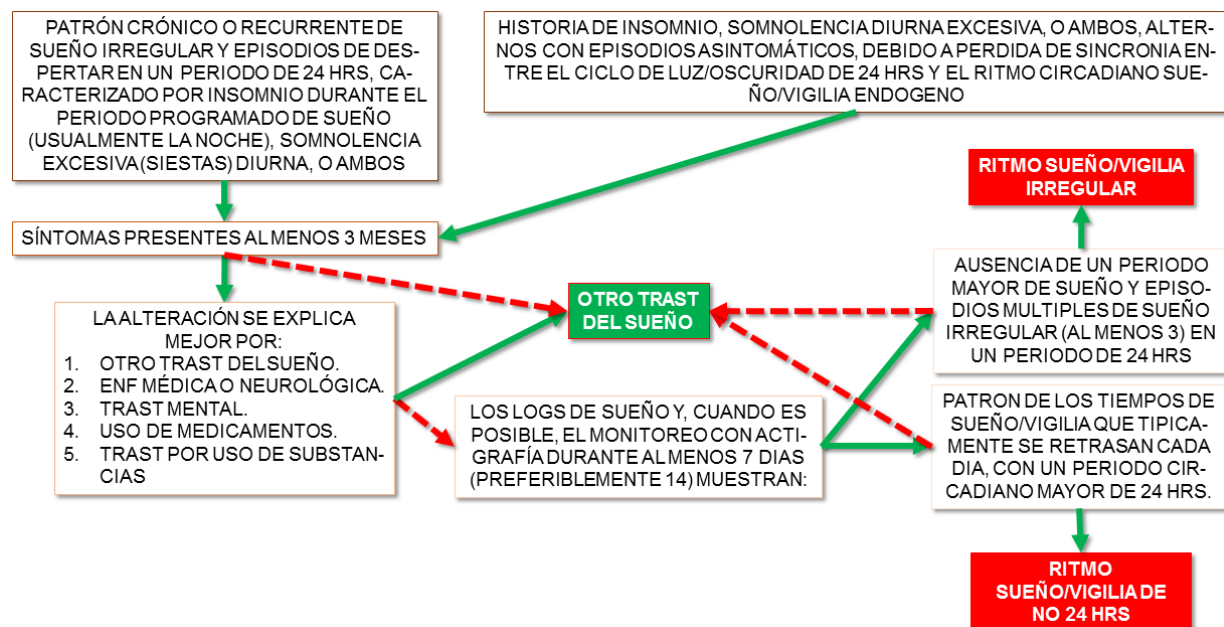
La ICSD-3 define los TRCSV por el siguiente criterio: El trastorno es causado por alteraciones en el sistema que mantiene el tiempo circadiano, sus mecanismos de sincronización, o el desajuste entre el ritmo circadiano endógeno y el ambiente externo.

Los síntomas más frecuentes reportados en los TRCSV son la dificultad para iniciar el sueño o mantenerse dormido, así como somnolencia diurna y los instrumentos más útiles para evaluar estos trastornos son la historia de sueño del paciente, los logs de sueño y la actigrafía. Estos últimos deben basarse sobre un registro preferentemente de 14 días incluyendo días laborales y no laborales.

Los cuestionarios estandarizados de cronotipo son herramientas útiles para evaluar el cronotipo matutino o vespertino. En los individuos con fase de sueño retrasada, el cronotipo predominante es de tipo vespertino; mientras que

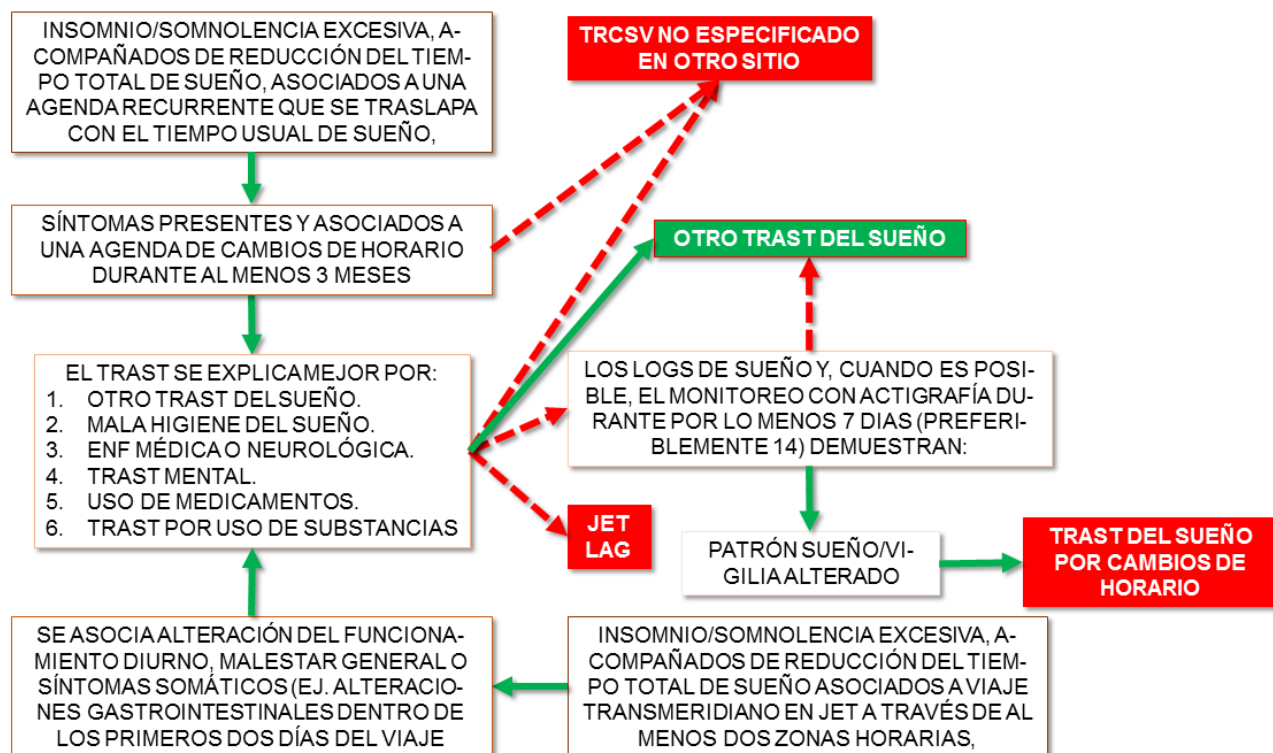


en los individuos con fase de sueño adelantada el cronotipo es matutino. Esta herramienta también puede ser de utilidad para determinar cuando una preferencia circadiana vespertina contribuye a la iniciación de las dificultades para dormir entre aquellos que no cumplen todos los criterios para este trastorno.



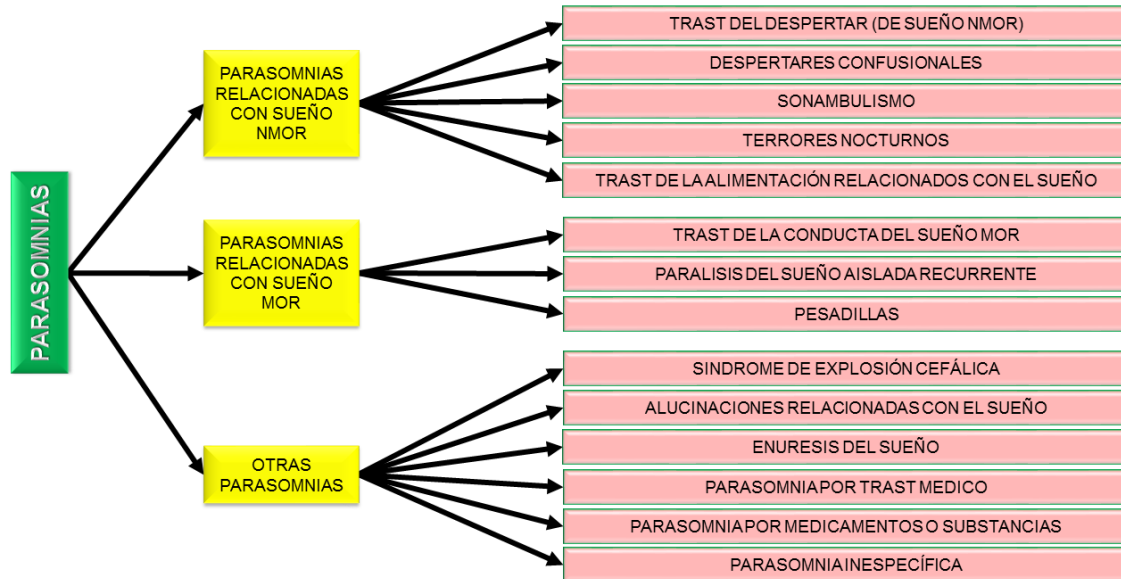
La demostración de retraso en el tiempo de otros ritmos circadianos, como la melatonina (medida por el inicio de la melatonina en luz tenue, o la 6-sulfatometoximelatonina urinaria medida en un período de 24 hrs) es deseable para confirmar el diagnóstico de fase del sueño retrasada.

La demostración del avance (típicamente > 2 hrs) en el tiempo de otros ciclos circadianos como el inicio de melatonina en luz tenue o la cuantificación de 6-sulfatometoximelatonina en orina es deseable para confirmar el diagnóstico de fase de sueño adelantada.



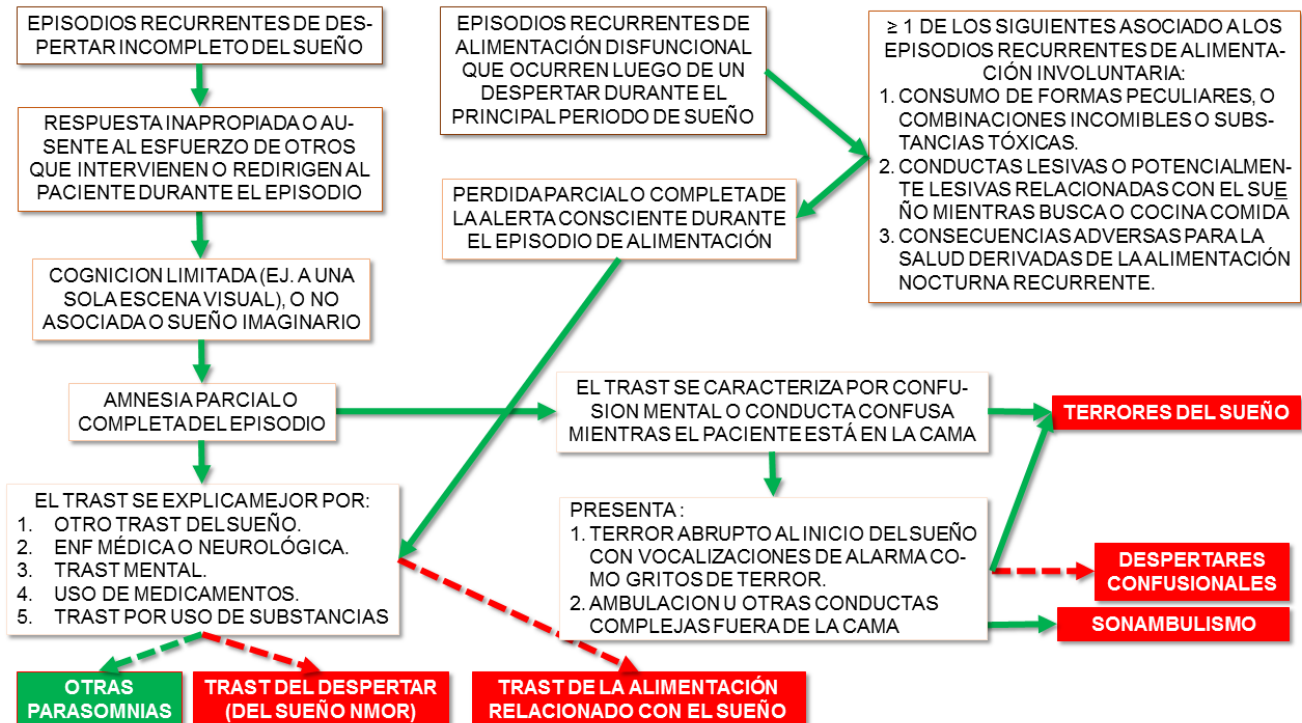
Los pacientes con trastornos del ritmo sueño/vigilia de no 24 hrs, pueden presentarse con un retraso progresivo del patrón sueño/vigilia, insomnio intermitente y somnolencia excesiva. Los síntomas individuales dependerán de cuándo un individuo trata de dormir en relación con el ritmo circadiano de predisposición al sueño/vigilia. La magnitud del retraso diario dependerá del período circadiano endógeno y puede oscilar entre < 30 min y > 1 hr. Los episodios sintomáticos comienzan típicamente con un incremento gradual en la latencia del sueño y retraso en el inicio del sueño.

PARASOMNIAS:



Son eventos físicos indeseables o experiencias que ocurren al inicio del sueño, durante el sueño o al despertar. Las parasomnias pueden ocurrir durante el sueño NMOR, durante el sueño MOR o en las transiciones hacia y desde el sueño.

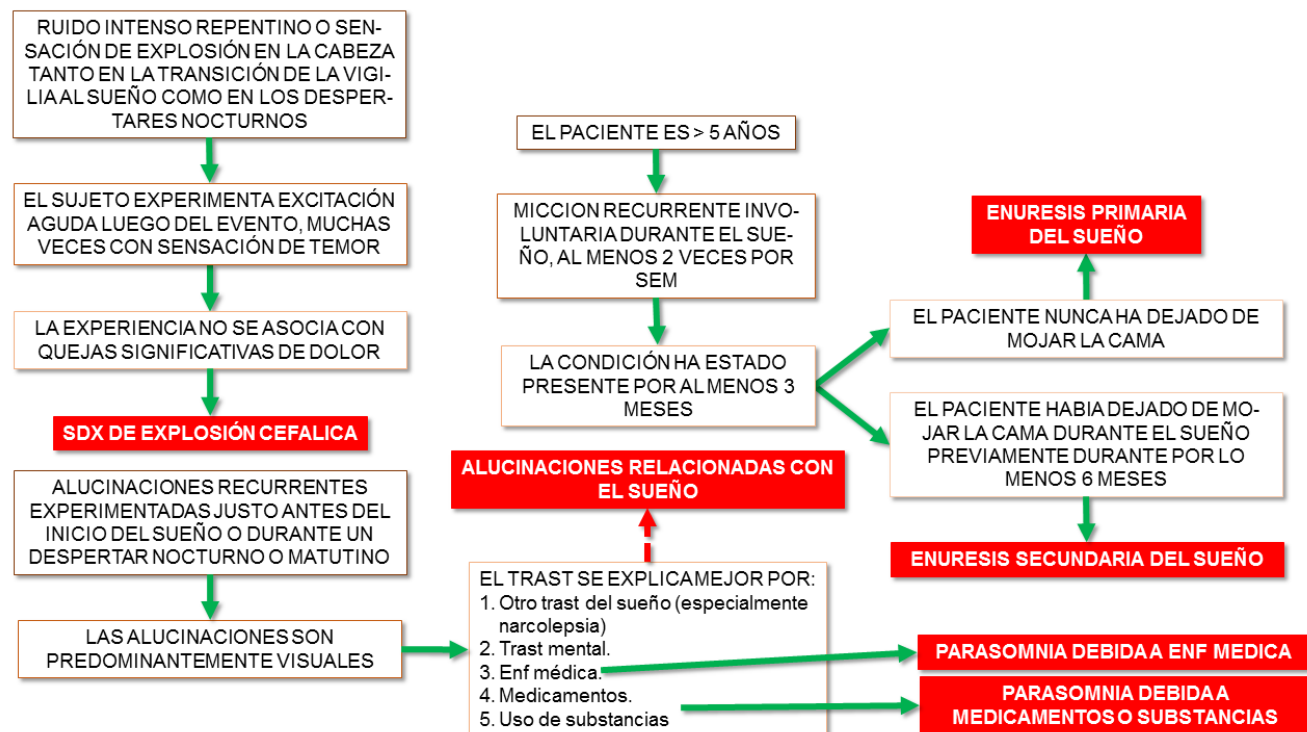
Las parasomnias abarcan movimientos complejos relacionados con el sueño, conductas, emociones, percepciones, sueños y actividad del sistema nervioso autónomo. Las parasomnias son trastornos clínicos debido a las lesiones resultantes, alteración del sueño, efectos adversos sobre la salud y efectos psicosociales indeseados. Las consecuencias clínicas de las parasomnias pueden afectar al paciente, a su compañero de cama o a ambos.





Los trastornos del despertar (del sueño MOR) ocurren usualmente durante el primer tercio del episodio mayor de sueño. El individuo puede parecer confuso y desorientado por varios minutos o más tiempo después del episodio.

En los despertares confusionales normalmente hay una falta de excitación autonómica como midriasis, taquicardia, taquipnea y diaforesis durante un episodio



En los trastornos de conducta del sueño MOR, el criterio de “episodios repetidos de vocalizaciones y/o conductas motoras complejas relacionadas con el sueño” debe completarse con la observación de episodios repetitivos durante una sola noche de vPSG. Las conductas o vocalizaciones observadas muchas veces se correlacionan simultáneamente con lo que ocurre durante el sueño, llevando al reporte frecuente de “actuar los sueños”. Al despertar, el individuo se encuentra típicamente despierto, alerta, coherente y orientado. En ocasión, puede haber pacientes con una historia clínica típica de trastorno de la conducta del sueño MOR con comportamientos de sueño actuados, que también exhiben comportamientos típicos de trastornos de la conducta del sueño MOR durante vPSG, pero no demuestran suficiente MOR sin atonía, en base a los datos basados en la evidencia actual, para satisfacer los criterios de PSG para el diagnóstico de trastornos de la conducta del sueño MOR. En estos pacientes el trastorno de la conducta del sueño MOR debe hacerse de forma provisional, basado en el juicio clínico.

El trastorno de pesadillas en niños es más probable que ocurra en los que han sido expuestos a severos estresores psicosociales.

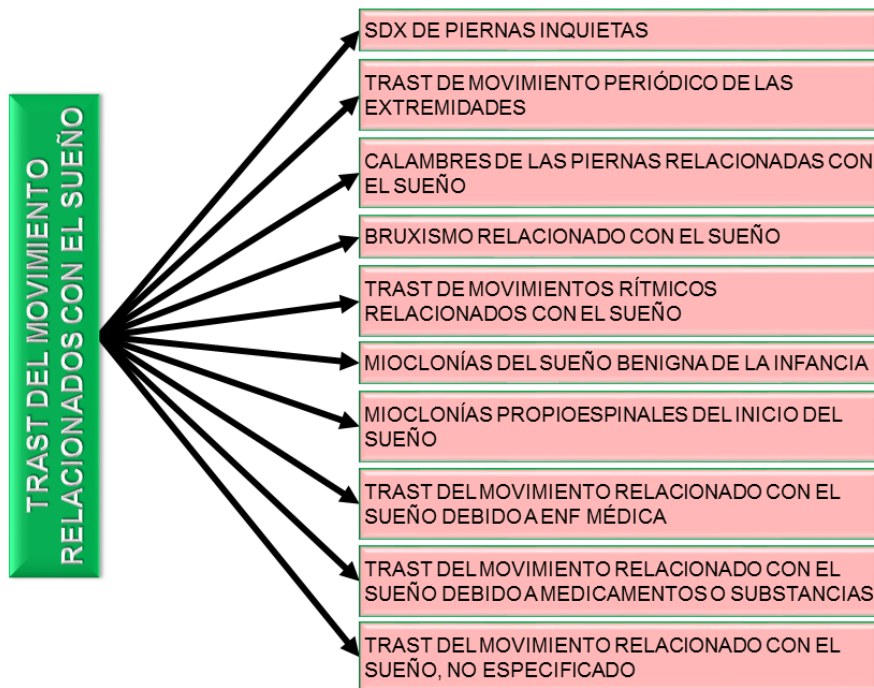
TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO RELACIONADOS CON EL SUEÑO

Los trastornos del movimiento relacionados con el sueño se caracteriza principalmente por movimientos relativamente simples, usualmente estereotipados que interrumpen el sueño o su inicio.

Las alteraciones del sueño nocturno, o las quejas de somnolencia diurna, o fatiga son un pre-requisito para el diagnóstico de trastornos del movimiento relacionados con el sueño.

Los movimientos corporales que interrumpen el sueño también se pueden ver en otros trastornos del sueño (Ej.: parasomnias como el sonambulismo, los terrores del sueño y los trastornos de la conducta del sueño MOR. Sin embargo estos trastornos difieren en que las parasomnias involucran conductas complejas durante el período de sueño, mientras, mientras los trastornos del movimiento relacionados con el sueño son movimientos simples estereotipados.

En el síndrome de piernas inquietas, algunas veces la urgencia de mover las piernas se presenta sin sensaciones incómodas, y en otras oportunidades pueden involucrarse, además de las piernas, los brazos y otras partes del cuerpo.



El índice de MPES debe ser interpretado en el contexto de un paciente con quejas relacionadas con el sueño. En adultos se ha encontrado un índice de MPES > 5 en estudios que no excluyen los despertares relacionados con eventos respiratorios (usando monitoreo respiratorio sensitivo) y otras causas de MPES. Los datos sugieren un traslape parcial en los valores del índice de MPES entre individuos sintomáticos y asintomáticos, enfatizando la importancia del contexto clínico sobre un valor de corte absoluto.

Si el MPES se presenta sin alteración clínica del sueño o disfunción diurna, se le considera un hallazgo de la PSG, pero no llena criterios para el diagnóstico de MPED.

La presencia de insomnio o hipersomnia con MPES no es suficiente para establecer el diagnóstico de MPED, los estudios han demostrado que en la mayoría de tales casos la causa del insomnio o hipersomnia es otra. Para establecer el diagnóstico de MPED es esencial definir una relación causa-efecto razonable entre el insomnio o hipersomnia y los MPES, esto requiere que otras probables causas de trastornos del sueño sean descartadas.

Aunque para el diagnóstico de bruxismo no se requiere de PSG, es ideal registrar la actividad de los músculos maseteros con señal de audio y video para incrementar la confiabilidad del diagnóstico.

