

ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SUEÑO

Los trastornos del sueño son algo muy frecuente en la enfermedad de Parkinson, y pueden ser el insomnio, cambios de los ciclos del sueño por lo que se duerme durante el día y por la noche se está despierto, los trastornos de conducta del sueño REM, pesadillas, piernas inquietas, síndrome de apneas obstructivas del sueño, o bien, el exceso de sueño o hipersomnia.

Un sueño nocturno alterado, o un aumento del sueño diurno, pueden tener como consecuencia un empeoramiento de la movilidad del paciente y facilitar el riesgo de caídas.

Las causas de los trastornos del sueño pueden ser: la propia enfermedad de Parkinson en la que pueden estar degeneradas las áreas del cerebro que están encargadas de regular el sueño, la existencia de ansiedad o depresión que alteraran el sueño, o bien, los propios fármacos que se utilizan en el tratamiento de la enfermedad.

INSOMNIO

Los trastornos del sueño, por los cuales los pacientes con Parkinson duermen mal, son muy frecuentes y pueden afectar, con el paso de los años, al 80% de los pacientes.

Existen diferentes tipos de insomnios que son: dificultad para iniciar el sueño, despertar muy temprano, o despertares repetidos a lo largo de la noche. Cada uno de ellos puede tener diferentes orígenes.

MEDIDAS GENERALES PARA EVITAR CON EL INSOMNIO:

- Levantarse siempre a la misma hora (la hora la decide el paciente y la familia), las 8-9 de la mañana puede ser una buena hora. El paciente debe de levantarse aunque esté dormido, o tenga pereza para levantarse. Los primeros días va a ser un sacrificio, pero al cabo de pocos días se recuperará el ritmo normal de sueño.
- No acostarse hasta que no se tenga sueño. Se debe de estar en la cama sin dormir, el menor tiempo posible. Al igual que el levantarse, los primeros días serán un sacrificio pero posteriormente, se verá que ha merecido la pena el esfuerzo. Las 11 o las 12 de la noche puede ser una buena hora para acostarse.
- Evitar dormir durante el día. Todo lo que se duerma durante el día va a ser tiempo que no se va a dormir por la noche. Se puede permitir una pequeña siesta que no debería de pasar de los 20 minutos. El paciente debe de tener muy claro que la cama es solo para dormir.

- Hacer ejercicio todos los días. El cansancio físico ayuda a dormir. Hay que ajustar el ejercicio a la edad y la forma física del paciente. Cuanto mas joven y mejor forma física, el ejercicio será mas intenso. Debe de evitarse hacer ejercicio tarde, es decir, no hacer ejercicio intenso a partir de las 7 de la tarde, pues un ejercicio intenso a última hora del día, puede hacer que se tarde en conciliar el sueño.
- Evitar estimulantes; evitar el te y, sobre todo, el café por las tardes-noches que pueden dificultar el conciliar el sueño. El tabaco también puede servir de estimulante y dificultar coger el sueño.
- El alcohol debe de evitarse también, pues, si bien facilita coger el sueño, tiene el problema de que, por una parte es un sueño poco reparador y, por otra, hace que se despierte el paciente a media noche, y no pueda volver a dormirse.
- Evitar cenas abundantes, las digestión pesadas por la noche puede hacer que se tarde en coger el sueño, o que uno se despierte a mitad de noche. Debe de pasar por lo menos 1 hora desde que se cena hasta que uno se acuesta.
- La temperatura de la habitación debe de ser la correcta, es frecuente que haya exceso de la calor lo que supone que los pacientes se despierten Es preferible una habitación fresca y poner mas ropa en la cama.
- Intentar evitar ruidos y luces en la habitación. Persianas cerradas para que no se despierte al amanecer. Cerrar las ventanas para reducir los ruidos y desconectar los móviles que pueden sonar por las noches.

El insomnio por dificultad para iniciar el sueño, suele ser debido a problemas de ansiedad y el tratamiento a utilizar es emplear fármacos que inicien el sueño. Hay 2 tipos, unos que son iniciadores del sueño y que tienen una vida media muy corta, de unas 3 horas aproximadamente, esto hace que el paciente se quede dormido, y cuando pasa el efecto a las 3 horas, el paciente queda con un sueño normal, no inducido por el fármaco. Estos fármacos son la zopiclona y el zolpidem. Tienen la ventaja de que cuando el paciente se despierta por la mañana, ya que tiene un tiempo de actuación corto, el efecto ha desaparecido totalmente. Pero tienen el inconveniente de que no es infrecuente que, mientras el fármaco está haciendo efecto, si se despierta el paciente, puede tener un cuadro confusional que puede alarmar mucho a sus familiares.

El otro tipo de fármacos a utilizar son las benzodiacepinas, suelen utilizarse aquellas que tienen una vida media de 6-8 horas para que actúen mientras que el paciente esté dormido, y haya cedido el efecto cuando se despierta. Las mas utilizadas son el lorazepam (Orfidal), Lormetazepam (Noctamid) y Loprazolam (Somnovit).

La melatonina es otro medicamento a utilizar. Este medicamento ayuda a recuperar el ritmo de sueño perdido. Se toma unas 2 horas antes de acostarse y ayuda a dormirse a la hora indicada y a recuperar el llamado ritmo circadiano que hace que duermas por las noches, y estés despierto por la mañana.

Hay algunas infusiones como la tila, la valeriana o la pasiflora que favorecen el sueño. La valeriana favorece, sobre todo, el coger el sueño y la pasiflora su mantenimiento.

Los insomnios por despertares precoces suelen ser secundarios a problemas depresivos, el paciente se duerme pronto, se despierta a mitad de noche, pasa horas por la noche despierto y después, en muchos casos, vuelve a dormirse por la mañana y se levanta muy tarde. En estos casos, hay que obligar al paciente a levantarse siempre a la misma hora, las 9 de la mañana puede ser una buena hora, e intentar que se acueste a una hora razonable, que puede ser las 12 de la noche. Por otra parte, es necesario dar un antidepresivo por las mañanas y, muchas veces se utiliza otro fármaco como la trazadona (Deprax) o la mirtazapina (Rexer) para la noche, o pueden utilizarse las benzodiazepinas mencionadas mas arriba.

Un problema que pueden presentar los enfermos de Parkinson es que se queden con poco efecto antiparkinsoniano por la noche. Esto se debe a que el efecto de la L-dopa (Sinemet y Madopar) tienen poca duración, y al quedarse por la noche sin efecto, el paciente puede tener malestar, torpeza que le impida girarse en la cama o incluso dolores. Todo esto hace que el paciente se despierte y le cueste dormirse. Esta situación hace que haya que hacer variaciones en el tratamiento, para intentar evitar estas situaciones de falta de efecto de los fármacos antiparkinsonianos nocturnos.

Otro problema que presentan los pacientes con Parkinson es que pueden tener nicturia (tener que ir a orinar por la noche) que les hace levantarse varias veces en la noche (se explica en el apartado Parkinson y orina) y que puede suponer un problema para el paciente y para los cuidadores.

HIPERSOMNIA

Se llama hipersomnias a aquellas situaciones que llevan a un exceso de sueño, sobre todo durante el día.

Afecta a la mitad de los enfermos que tienen la enfermedad, y el 10 % pueden tener crisis de sueño intensas, súbitas e irresistibles que pueden conducir a sufrir accidentes.

La hipersomnias, o sueño excesivo diurno, es un problema que puede aparecer en la enfermedad de Parkinson, tanto por la propia enfermedad, como por dormir mal por la noche o como secundario a la toma de medicación dopaminérgica del Parkinson. Los agonistas dopaminérgicos y, en menor medida la L-dopa, pueden producir sueño excesivo e, incluso, crisis agudas de sueño. En las enfermedades avanzadas, y en muchas ocasiones cuando se está iniciando un deterioro cognitivo, pueden aparecer los problemas de exceso de sueño.

El tratamiento de la hipersomnias consiste en primer lugar, en evitar situaciones de riesgo como es conducir vehículos. Debe de intentarse mejorar el sueño nocturno, bien con medicamentos antidepresivos, o bien, medicamentos que induzcan el sueño. En ocasiones, se duerme mal porque durante la noche, el paciente se queda con mal control

de los síntomas del Parkinson y, en ese caso, debe de ponerse medicación para que los síntomas parkinsonianos sean menos intensos mientras duerme. Hay que ver si la hipersomnia puede ser secundaria a alguno de los medicamentos que está tomando el paciente para el Parkinson, y en ese caso, si es posible, cambiarlo o modificarlo. Por último, hay algunos medicamentos que pueden mantener al paciente mas despierto durante el día como son el modafinilo y el metilfenidato, y que en algunas ocasiones es necesario utilizarlos.

TRASTORNO DE CONDUCTA DEL SUEÑO REM (TCSREM)

El sueño tiene 4 estadios según la profundidad del mismo, pero además, tiene una fase llamada REM (en castellano seria MOR como iniciales de movimientos oculares rápidos). Durante la fase REM, además de moverse los ojos involuntariamente, es la fase en la que tenemos sueños. Durante esta fase, en el individuo normal, el cuerpo se queda paralizado y gracias a ello no gesticulamos los sueños con lo que nos evitamos lesiones. Los pacientes con enfermedad de Parkinson no experimentan esta parálisis de la fase REM y como consecuencia, el paciente habla, grita, y si está soñando que se está peleando puede llegar a dar golpes. Son frecuentes los golpes a la pareja con la que comparte la cama, y esto ha dado en mas de una ocasión, lugar a conflictos matrimoniales. Por otra parte, los gritos hacen que la pareja se despierte, y que duerma mal como consecuencia de este problema.

Los TCSREM (tal y como se explica en el apartado Parkinson premotor) pueden aparecer varios años antes de iniciarse los trastornos motores de la enfermedad de Parkinson.

El tratamiento de elección en este problema es el Clonazepam (Rivotril), las dosis suelen variar ente 0,5 y 2 mg. Las dosis mas utilizadas son 0,75-1 mg. Esta medicación se da de noche y suele ir muy bien, además, es un somnifero con lo que el paciente insomne va a dormir con mayor facilidad. Tiene el problema de que su efecto, en algunos pacientes, dura mas de 8 horas, y entonces hace que los pacientes se despierten por la mañana aun bajo el efecto de este medicamento, y tener somnolencia por la mañana. Otra opción a utilizar es la melatonina que tiene menos efectos secundarios pero es menos eficaz.

Algunos fármacos pueden inducir a empeorar los TCSREM como son los antidepresivos, los inhibidores de la acetilcolinesterasa utilizados en el tratamiento del deterioro cognitivo, los beta-bloqueantes, el tramadol o el litio.

PESADILLAS

Las pesadillas vividas muy intensamente, son mas frecuentes en los pacientes con enfermedad de Parkinson, y pueden hacer que se despierten por la noche sobresaltados.

En ocasiones, se tratan de una forma previa a la aparición de los trastornos de conducta del sueño REM. Suelen mejorar con el mismo tratamiento que los TCSREM, es decir, el clonazepam o la melatonina.

PIERNAS INQUIETAS

Es un problema que consiste en sensación de dolor o malestar, que afecta fundamentalmente a las piernas, y que excepcionalmente puede afectar a los brazos. Ocurre inicialmente cuando el paciente se acuesta en la cama, antes de dormirse, pero posteriormente puede aparecer en cualquier momento del día en el que el paciente esté en reposo. Lo característico de este problema es que el malestar obliga al paciente a levantarse de la cama y pasear, esto hace que el malestar de las piernas desaparezca, pero cuando el paciente vuelve al reposo, el malestar vuelve a aparecer al cabo de 5-10 minutos. Esto hace que el paciente tenga dificultad para coger el sueño.

La clínica de las piernas inquietas suele desaparecer, ella sola, a las 4 o las 5 de la mañana, y entonces el paciente puede dormir con normalidad.

El síndrome de piernas inquietas está en relación con la enfermedad de Parkinson y los tratamientos utilizados en el Parkinson, son los mismos que los que se usan en las piernas inquietas.

JM ASENSI