

Conceptos Esenciales

Tratamiento con Armodafinilo
para la Somnolencia Diurna
Excesiva



Características de la somnolencia diurna excesiva

Es un trastorno caracterizado por el sueño irresistible y la imposibilidad de permanecer despierto en horas del día. Con una prevalencia estimada cercana al 20%, la somnolencia diurna excesiva (SDE) se asocia con consecuencias sumamente deletéreas para los enfermos. La imposibilidad de permanecer despierto en ciertas situaciones, por ejemplo, al conducir vehículos o durante el trabajo, supone riesgos sustanciales para sí y para terceros.



Uso de estimulantes para la somnolencia diurna excesiva

A pesar de la implementación de medidas generales y de mejorar el hábito del sueño, los estimulantes leves, como el modafinilo y el R-enantiómero armodafinilo, representan la primera línea de tratamiento farmacológico para los pacientes con SDE y narcolepsia, el trastorno por cambios en el turno de trabajo y la apnea obstructiva del sueño con somnolencia residual a pesar del tratamiento convencional.



El armodafinilo es de una toma diaria

A diferencia del modafinilo, con vida media de tres a cuatro horas, la vida media del armodafinilo es de 10 a 15 horas. Por lo tanto, el modafinilo se utiliza dos veces por día, mientras que el armodafinilo se indica una única vez por día. Un estudio multicéntrico controlado confirmó la eficacia y seguridad del armodafinilo, administrado en dosis de 150 y 250 mg por día.



Diferentes pruebas e indicadores muestran la mejoría que provee el armodafinilo

El tratamiento con armodafinilo en ambas dosis se asoció con aumento significativo de la latencia promedio del sueño en el *Maintenance of Wakefulness test*, respecto del placebo. También aumentó el porcentaje de enfermos con mejoría, al menos mínima, en la *Clinical Global Impression of Change*; ambas dosis mejoraron sustancialmente la medición subjetiva de fatiga (*Epworth Sleepiness Scale*), el rendimiento cognitivo (*Cognitive Drug Research*) y la fatiga (*Brief Fatigue Inventory*), respecto del placebo.



Inhibición de la recaptación de dopamina

El modafinilo y el armodafinilo no se unen ni inhiben receptores o enzimas de neurotransmisores conocidos. Sin embargo, *in vitro*, ambas drogas se unen al transportador de la dopamina (DAT) e inhiben la recaptación de dopamina, con aumento de la concentración extracelular de la amina.

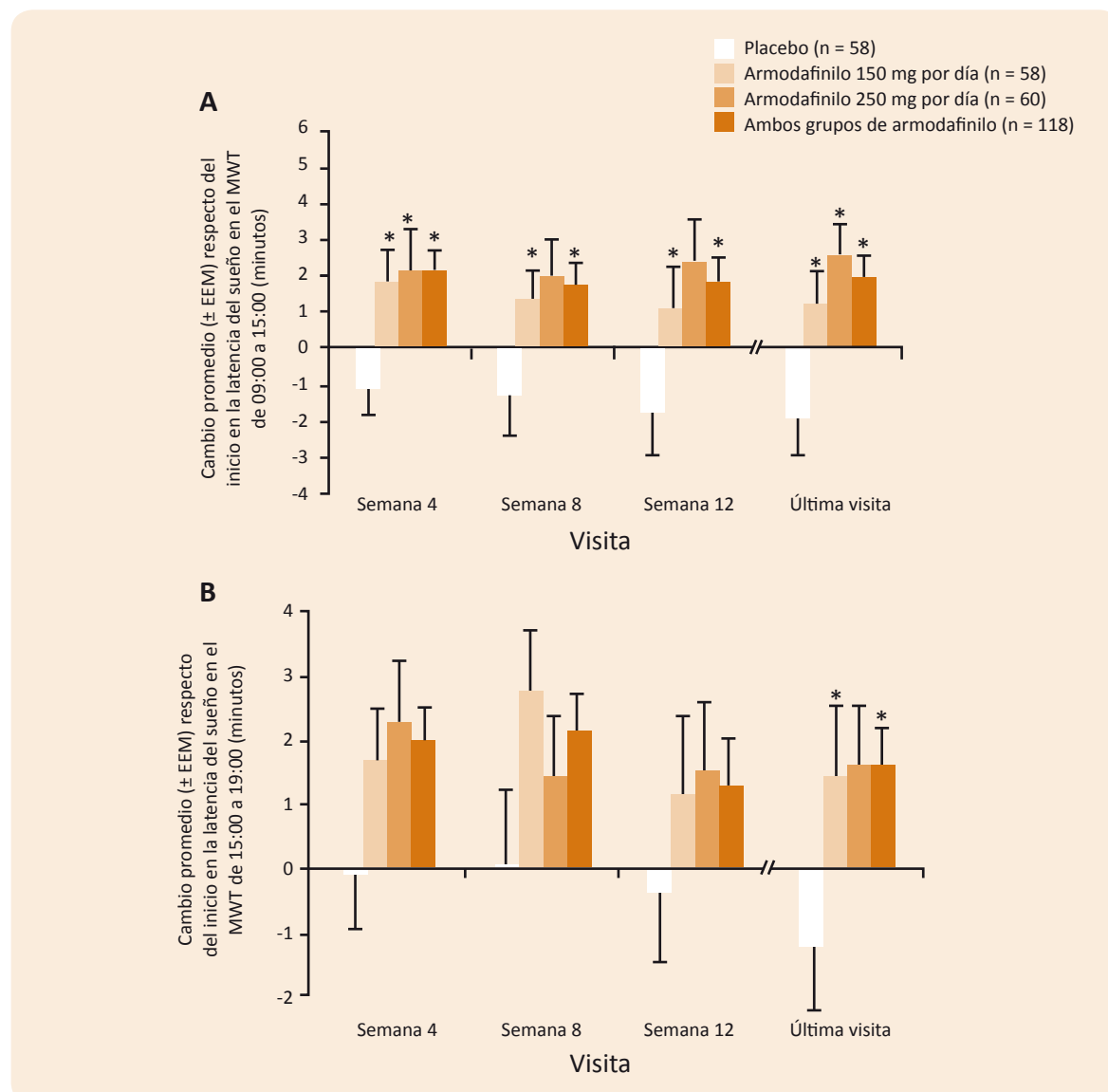


Los estimulantes utilizados para tratar la SDE son bien tolerados

Tanto el modafinilo como el armodafinilo se consideran de clase IV, es decir drogas con bajo riesgo de abuso y dependencia. Estos fármacos se toleran muy bien y los efectos adversos más frecuentes, que por lo general son leves, son: las cefaleas, las náuseas, la sequedad de boca, entre otros.

La latencia del sueño inferior a ocho minutos en el *Multiple Sleep Latency Test* (MSLT) se considera un criterio diagnóstico de la SDE asociada con narcolepsia y otras hipersomnias; el *Maintenance of Wakefulness Test* (MWT), aunque no es un criterio diagnóstico, es una prueba muy sensible para conocer la eficacia del tratamiento.

El armodafinilo se considera una de las opciones farmacológicas de primera línea para el tratamiento de la SDE, como consecuencia de la tolerabilidad y el perfil favorable de seguridad.



Cambio promedio (\pm error estándar de la media [EEM]) en la latencia del sueño en el MWT respecto de los valores basales, con armodafinilo. **A** Latencia del sueño en el MWT de 09:00 a 15:00. **B** Latencia del sueño en el MWT al final del día (15:00 a 19:00). $p < 0.05$ respecto de placebo.

Referencias

Takenoshita S, Nishino S. Pharmacological Managements of Excessive Daytime Sleepiness. *Sleep Med Clin* 12(3):461-478, 2017.
 Harsh JR, Hayduk R, Rosenberg R, et al. The efficacy and safety of armodafinil as treatment for adults with excessive sleepiness associates with narcolepsy. *Curr Med Res Opin* 22(4):761-774, 2006.