

«Buenas prácticas en casos de urgencia»

:: Narcolepsia tipo 1

Sinónimos

Enfermedad de Gélineau

Narcolepsia con cataplejía

Definición

La narcolepsia tipo 1, antes conocida como narcolepsia con cataplejía, es un trastorno neurológico crónico poco frecuente caracterizado por una somnolencia diurna excesiva, y un inicio incontrolable del sueño durante el día (conocidos como ataques de sueño), asociados a una pérdida brusca del tono muscular en relación con emociones, a menudo positivas como la risa (cataplejía), pero también en momentos de llanto o estrés.

A veces se observan otros signos: alucinaciones hipnagógicas (que deben diferenciarse de un proceso psicótico), parálisis del sueño, sueño nocturno perturbado, trastornos de conducta del sueño REM, apneas del sueño, y aumento de peso. Estos pacientes también tienen más incidencia de obesidad, diabetes, ansiedad y depresión.

La edad de aparición de los síntomas varía entre los 10 y los 40 años (es más raro que aparezcan más tarde) y los síntomas persisten durante toda la vida. El tiempo medio transcurrido desde la edad de inicio hasta el diagnóstico es de 10 años.

La enfermedad está causada por la pérdida de neuronas productoras de unos neurotransmisores llamados hipocretinas (u orexinas) en el hipotálamo lateral, lo que provoca una disminución de los niveles de hipocretina-1 en el líquido cefalorraquídeo

La enfermedad es multifactorial: origen autoinmune y antecedentes genéticos (HLA-DQB1*0602).

El diagnóstico se basa en la presencia de síntomas, polisomnografía, pruebas de latencia del sueño y/o niveles bajos de hipocretina-1 en el líquido cefalorraquídeo. Las pruebas iterativas de latencia del sueño diurno muestran una latencia media del sueño < 8 min con al menos 2 inicios de sueño REM (SOREMP).

La presencia de niveles bajos de hipocretina-1 (< 110 pg/mL) en el líquido cefalorraquídeo es el criterio diagnóstico más sensible y específico, pero es una técnica muy poco disponible en España actualmente, por lo que en la mayoría de los centros se realizan la Polisomnografía y el test de latencias.

El diagnóstico es ante todo clínico debido a la presencia de somnolencia diurna excesiva y cataplejía, aunque debe confirmarse mediante pruebas.

En ausencia de cataplejía típica, deben considerarse otras causas de somnolencia, a saber: la privación crónica del sueño, la hipersomnia idiopática o la narcolepsia sin cataplejía, denominada actualmente narcolepsia tipo 2.

Se han descrito casos familiares poco frecuentes (<2%); sin embargo, el modo de herencia sigue sin estar claro.

La narcolepsia repercute en el rendimiento escolar y laboral, aunque la mayoría de los pacientes realiza una vida activa laboral y académica, siendo la mayor restricción la conducción profesional de automóviles.

El curso de la enfermedad suele ser estable, con una mejoría frecuente de la somnolencia y la cataplejía con la edad; sin embargo, es habitual una alteración de la calidad y la cantidad del sueño con la edad.

El [tratamiento](#) es sintomático y crónico, ya que la pérdida de neuronas de hipocretinas es irreversible.

Se basa en psicoestimulantes (modafinilo, metilfenidato, anfetamina), anticatapléjicos (antidepresivos como la venlafaxina o la imipramina), y el oxibato sódico. Pitolisant es un nuevo fármaco aprobado en España con un mecanismo de acción sobre la histamina (por lo que no es un psicoestimulante directo como tal), favoreciendo el control de la somnolencia, y las cataplejías. Solriamfetol también está indicado para la excesiva somnolencia de estos pacientes, pero no está disponible en España.

El tratamiento de primera línea para la somnolencia diurna suele ser el modafinilo, pero también el pitolisant o el oxibato sódico.

Como tratamientos de segunda línea, se emplean metilfenidato y anfetaminas, así como venlafaxina.

Es necesario un estilo de vida saludable con siestas cortas programadas (se recomiendan siestas de mañana y de tarde), y una rutina de sueño regular.

El estado de mal catapléjico es aquella situación en la que los episodios de cataplejía se repiten de forma continuada durante varias horas o días, y es un motivo de consulta en Urgencias. Los pacientes están despiertos, aunque muestran una debilidad muscular generalizada mantenida, y taquicardia. Ocurre en momentos de emociones intensas, o de retirada o suspensión brusca de sus tratamientos farmacológicos habituales.

Para saber más

- [Consulte la ficha de la enfermedad en Orphanet](#)
- Centros/consultas expertos en el tratamiento de la narcolepsia recogidos en Orphanet: www.orphanet.es

MENÚ	
Ficha de manejo para el SAMU	Ficha para las urgencias hospitalarias
Sinónimos Mecanismos Riesgos específicos en la urgencia Tratamientos habitualmente prescritos a largo plazo Precauciones Particularidades del tratamiento médico prehospitalario Para saber más	Problemáticas en la urgencia Recomendaciones en la urgencia Derivación Precauciones medicamentosas Precauciones anestésicas Medidas preventivas Medidas complementarias durante la hospitalización Donación de órganos y tejidos Contactos de referencia Recursos documentales Anexo

(*): SAMU: Servicio de Asistencia Médica de Urgencias

Ficha de manejo para el SAMU

(Servicio de Asistencia Médica de Urgencias)

Sinónimos

Enfermedad de Gélineau

Narcolepsia con cataplejía

Mecanismos

Enfermedad neurológica caracterizada por crisis de sueño irresistibles y breves, asociadas a una cataplejía (pérdida del tono muscular, generalizada -posible caída- o parcial -caída de la mandíbula, el cuello, los brazos-) que dura de unos segundos a unos minutos, desencadenada por emociones a menudo positivas (sorpresa, risa).

La gravedad de la cataplejía es excepcional, dependiendo del entorno y de las consecuencias de la pérdida repentina del tono muscular.

Riesgos específicos en la urgencia

Traumatismos (caídas en relación con la cataplejía)

Atragantamiento (cataplejía mientras se come)

Ahogamiento (cataplejía en el agua)

Sobredosis o efectos adversos de estimulantes de la vigilia, oxibato sódico o gamma-hidroxibutirato.

Taquicardia sinusal en pacientes con psicoestimulantes (modafinilo, metilfenidato, anfetaminas) y en estados catapléjicos.

Tratamientos habitualmente prescritos a largo plazo

Estimulantes de la vigilia: modafinilo, pitolisant, metilfenidato, anfetaminas y derivados (dexanfetamina, oxibato sódico o gamma-hidroxibutirato [GHB]. Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (venlafaxina, fluoxetina) para la cataplejía.

Precauciones

En la cataplejía, **el paciente no está dormido**, sino despierto, pero transitoriamente paralizado.

Posible confusión diagnóstica con una pérdida de conocimiento, un ataque epiléptico atónico, un AIT...

CUIDADO CON EL ESTADO CATAPLÉJICO: aparece debilidad muscular continua con apariencia de sueños continuada, pero con el paciente despierto, y taquicardias sinusales. **Ocurre en muy pocos pacientes, pero es un motivo de consulta en Urgencias.**

Particularidades del tratamiento médico prehospitalario

Sin particularidades: manejo sintomático, dejar que el paciente recupere la alerta. El episodio de cataplejía dura sólo unos minutos, y el tono muscular se recupera progresivamente.

Si el paciente parece dormido, dejarle dormir 15 minutos y luego despertarlo.

Pueden presentar taquicardia sinusal.

Hay que evitar las benzodiacepinas o hipnóticos o relajantes musculares.

Para saber más

Fichas de urgencias de Orphanet: www.orphanet-urgencias.es

Centros/consultas expertos en el tratamiento de la narcolepsia recogidos en Orphanet: www.orphanet.es

Ficha para las urgencias hospitalarias

Problemáticas en la urgencia

Las principales situaciones de urgencia observadas son:

► Situación de urgencia 1: Cataplejía generalizada

- El episodio dura de unos segundos a unos minutos, pero puede prolongarse o producirse repentinamente durante un estado catapléjico de la enfermedad (las formas graves suelen estar relacionadas con la retirada brusca de anticatapléjicos);
- La cataplejía sólo es grave por el riesgo de lesión secundario a la pérdida brusca de tono: caída traumática, atragantamiento (si la cataplejía se produce mientras se come), ahogamiento (si la cataplejía se produce mientras se nada) y por la vulnerabilidad del paciente;
- La pérdida súbita del tono muscular puede ser parcial, afectando sólo a los músculos faciales. Estos pacientes están alerta, y entienden órdenes aunque no puedan responder.

► Situación de urgencia 2: Efectos adversos del tratamiento a largo plazo: alteración aguda del comportamiento, coma, síncope o dolor torácico agudo en un paciente tratado por narcolepsia.

- Algunos pacientes cuya somnolencia no mejora suficientemente con modafinilo, pitolisant, pueden ser tratados con metilfenidato o, por consejo del centro de referencia, con anfetaminas y derivados (dexanfetamina) [uso compasivo/AAC];
También puede prescribirse oxibato sódico o gamma-hidroxibutirato [GHB] a la hora de acostarse y en mitad de la noche (a una dosis máxima de 9 g/noche).
- Lipotimia, síncope, dolor torácico de esfuerzo, taquicardia en un paciente tratado con algunos de estos productos requiere una llamada de urgencia al 112 para ser valorado por el médico evaluador.
- La combinación con alcohol o la sobredosificación pueden provocar confusión grave, trastornos del comportamiento con amnesia y, a dosis más elevadas, coma.
- El abuso o la retirada brusca de estos fármacos se ha asociado, en algunos casos, con parasomnias, estado de mal catapléjico o estado catapléjico (cataplejía prolongada y repetida), psicosis alucinatorias agudas.
- Algunos pacientes pueden experimentar episodios confusionales con agitación o alteración de la consciencia con oxibato sódico.
- **Las taquicardias sinusales son frecuentes, tanto por el tratamiento con psicoestimulantes, como en los estados catapléjicos.**

Recomendaciones en la urgencia

► Recomendaciones generales

Un episodio de cataplejía generalizada puede confundirse en una urgencia con:

- una pérdida de consciencia;
- un ataque epiléptico atónico;
- un accidente isquémico transitorio (AIT);

Cuidado, el paciente no está dormido, está despierto, pero transitoriamente paralizado;

Asegúrese de que la tetraplejía no se debe a un traumatismo cervical relacionado con una caída;

Compruebe la presencia de [medicación](#): pregunte al cuidador (sobredosificación o abstinencia reciente).

► Situación de urgencia 1: Cataplejía generalizada

1. Medidas diagnósticas en la urgencia

▪ Elementos de diagnóstico clínico

- Caída al suelo bastante gradual seguida de inmovilidad;
- Tetraplejía flácida con abolición transitoria de los reflejos osteotendinosos (ROT);
- Preservación de la respiración y la circulación;
- Sin mordedura de lengua, sin pérdida de orina, sin confusión postcrítica;
- El paciente está consciente, respira normalmente, pero no puede moverse, abrir los ojos o responder a preguntas: está paralizado (excepto el diafragma), sin embargo, reaccionará a la estimulación externa y tendrá una respuesta motora al dolor en particular. El paciente reaccionará a través de un arco reflejo, pero no podrá moverse espontáneamente, no habrá control central mientras dure la cataplejía;
- Al final de la crisis los ROT reaparecen; el paciente es capaz de responder (a veces tartamudeando, por cataplexia parcial del mentón) y de demostrar que estaba consciente durante el episodio;
- El episodio dura de algunos segundos a algunos minutos, pero puede prolongarse o producirse súbitamente durante un estado de mal catapléjico (formas graves o retirada brusca de anticatapléjicos).
- Pueden presentar antes y durante el episodio sensación de malestar general, dolor abdominal, y taquicardia sinusal.

▪ Evaluación de la gravedad

- Mal catapléjico;
- Investigar la retirada brusca de fármacos [anticatapléjicos](#) (antidepresivos u oxibato sódico).

▪ Exploraciones en la urgencia

- Cuidado, el paciente no está durmiendo, está despierto, pero transitoriamente paralizado;
- Compruebe si hay ventilación espontánea;
- El paciente está consciente, respira con normalidad, pero no puede moverse ni abrir los ojos, y no puede responder a las preguntas: está paralizado. Sin embargo, reacciona a la estimulación externa y tiene una respuesta motora al dolor; reacciona a través de arco reflejo, pero no puede moverse espontáneamente;
- Explorar los ROT, que están abolidos (reaparecen cuando termina la convulsión);
- Levantar las extremidades que están en parálisis flácida, luego vigilar al paciente hasta que pueda hablar;
- Asegurarse de que la tetraplejia no se debe a un traumatismo cervical por caída.

2. Medidas terapéuticas inmediatas

▪ Monitorización

- Monitorización de PA, FC, FR, SpO₂;
- Recuperación, generalmente en pocos minutos.

▪ Medidas sintomáticas

- Espacio tranquilo y aislado;
- Tranquilizar al paciente;
- Despejar las vías respiratorias, posición semisentada si es posible;
- El paciente volverá en sí en unos minutos, como máximo, salvo en caso de estado catapléjico de la enfermedad, en caso de retirada brusca de un tratamiento;

▪ Tratamientos específicos

- Ninguna, salvo reanudar el tratamiento que se acaba de interrumpir bruscamente.
- Evitar relajantes musculares, benzodiazepinas e hipnóticos.
- La taquicardia sinusal suele ser transitoria.
- Las crisis de ansiedad son frecuentes asociadas a suspensión brusca de fármacos, y al estado catapléjico. Cuidado con el uso de benzodiazepinas.

► **Situación de urgencia 2: Efectos adversos del tratamiento a largo plazo: alteración aguda del comportamiento, coma, síncope o dolor torácico agudo en un paciente tratado por narcolepsia.**

Preguntar a los familiares cuidadores sobre una posible sobredosificación, abstinencia reciente o consumo de alcohol.

1. Medidas diagnósticas en la urgencia

▪ Elementos de diagnóstico clínico

- Lipotimia, síncope;
- Dolor torácico - Taquicardia;
- Confusión importante - Trastornos del comportamiento con amnesia;
- Episodios confusionales con agitación o alteración de la consciencia;
- Psicosis alucinatoria aguda;
- Coma;
- En caso de sobredosis con simpaticomiméticos: temblor, agitación, palpitaciones, taquicardia, midriasis.

▪ Evaluación de la gravedad

- Tomar inmediatamente las medidas de urgencia habituales en caso de alteración aguda del comportamiento: consciencia, agitación, delirio, alucinaciones, crisis de ansiedad.

▪ Exploraciones en la urgencia

- ECG: trastornos de la repolarización (isquemia - necrosis): tratamiento inmediato y búsqueda de síndrome de QT largo;
- Ecografía cardiaca, búsqueda de cardiomiopatía o hipertensión arterial pulmonar (HTP) inducida por anfetaminas;
- Determinaciones repetidas de troponina;
- Muestras toxicológicas: oxibato sódico, anfetaminas, alcohol en sangre (mezcla de oxibato sódico + alcohol = mayor riesgo).

2. Medidas terapéuticas inmediatas

▪ Monitorización

- TA, FC, FR, SpO2;
- ECG;
- Curva de temperatura;
- Estado de consciencia.

▪ Medidas sintomáticas

- Interrumpir el tratamiento sospechoso;
- En caso necesario, medidas de reanimación habituales;
- Según la causa del síncope/dolor torácico (trastornos del ritmo, angina/infarto): medidas habituales;
- Agitación, alteración del comportamiento: medidas habituales, sedación si es necesario.

▪ Tratamientos específicos

- Ninguno.

Derivación

► Traslado desde el domicilio hasta el servicio de urgencias

▪ ¿Dónde trasladar?

- La regulación prehospitalaria (Urgencias 112) es a veces necesaria y permite orientar el destino hospitalario en función de la gravedad y/o de la patología descompensada (unidad de cuidados intensivos, unidad de reanimación, unidad de cuidados intensivos de cardiología, unidad de cuidados intensivos de neurología, servicio de urgencias);
- En el servicio de urgencias del centro de referencia de enfermedades raras o centro de experiencia mediante ingreso directo previo acuerdo entre facultativos;
- Para las urgencias potencialmente mortales, es posible la derivación al hospital local cuando éste disponga de un servicio de reanimación y de las competencias e instalaciones técnicas necesarias;
- Ponerse en contacto con un médico experto del centro regional de referencia o competencia que conozca estas estructuras puede ayudar en la regulación.

▪ ¿Cómo trasladar?

- En ambulancia no medicalizada o en ambulancia de Soporte Vital Avanzado (SVA o UCI Móvil) según la gravedad;
- La decisión sobre la elección del transporte (terrestre o helicóptero) la toma el regulador en función de la ubicación del paciente (accesibilidad, distancia a los distintos hospitales) y de la gravedad del paciente.

▪ ¿Cuándo trasladar?

- Inmediatamente en caso de riesgo vital o emergencia funcional.

► Derivación desde las urgencias hospitalarias

▪ ¿Dónde trasladar?

- Medicina, cirugía, cuidados continuos o cuidados intensivos en función de la afección;

En caso de trastornos del comportamiento: consejo del centro de referencia, tras la desaparición de los síntomas agudos;

Tenga en cuenta que el efecto estimulante de una sobredosis de psicoestimulantes suele ir seguido de depresión, letargo y agotamiento;

▪ ¿Cómo trasladar?

- En ambulancia no medicalizada o en ambulancia de Soporte Vital Avanzado (SVA o UCI Móvil) en función de la gravedad;
- Dentro de la estructura hospitalaria: traslado simple, paramédico o médico.

▪ ¿Cuándo trasladar?

- Una vez estabilizada la situación clínica;
- El paciente no debe ser dado de alta de un centro de urgencias sin al menos una consulta telefónica con un médico experto en esta enfermedad rara o con el experto que sigue habitualmente al paciente.

Precauciones medicamentosas (posibles interacciones, contraindicaciones, precauciones de empleo...)

- La combinación de tratamientos para la narcolepsia (especialmente el oxibato sódico) con alcohol puede causar confusión importante, alteraciones del comportamiento con amnesia y, a dosis más altas, coma.

Precauciones anestésicas

- Modafinilo: estimulante, inductor enzimático, semivida: 13 h;
- Metilfenidato: simpaticomimético, anfetamínico, semivida: 6-8 h;
- Pitolisant: semivida: 10 h;
- Oxibato sódico o GHB: semivida: 2 h;
- Antidepresivos (para tratar la cataplejía).

Medidas preventivas

Medidas de higiene del sueño (horarios regulares de sueño, evitar situaciones de privación del sueño, siestas cortas, etc.);

Preguntar al paciente cómo deberá proceder si se queda dormido.

Medidas complementarias durante la hospitalización

Tranquilizar al paciente;

En casos graves: dejar al paciente tumbado;

Si es posible, evitar despertar a la persona durante 15-20 minutos si parece estar durmiendo;

Evitar todo aquello que reactive las emociones: luz brillante, ambiente ruidoso, si el paciente tiene cataplejía;

No hacer que el paciente se levante demasiado deprisa (gran fatiga tras la cataplejía);

Ayudar, en la medida de lo posible, al paciente a dominar la emoción en el origen de la crisis.

Las asociaciones de pacientes pueden proporcionar soporte a los pacientes y a sus familiares orientando a evitar el aislamiento, ofreciéndoles escucha atenta y apoyo moral. Además, permiten crear vínculos entre pacientes que favorecen el intercambio de experiencias y pueden incidir en la mejora de los circuitos asistenciales: información sobre la enfermedad, acceso a la red sanitaria (centro de experiencia, centros de referencia, red sanitaria de enfermedades raras) y a los servicios sociales, fundamentalmente después del alta hospitalaria. Los vínculos entre el psicólogo o el trabajador social y la asociación pueden ser útiles para la vuelta a casa y/o para obtener posibles ayudas.

Ofrecer apoyo psicológico y educación terapéutica a los pacientes y sus cuidadores después de la hospitalización.

Donación de órganos y tejidos

De acuerdo con el estado actual del conocimiento, la donación de determinados órganos y tejidos es posible en función de la valoración de cada caso (evaluación individual, clínica y paraclínica del donante, los órganos y los tratamientos seguidos).

Para una respuesta adaptada e individualizada, se deberá contactar con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT):

Organización Nacional de Trasplantes

C/ Sinesio Delgado 6-8, Pabellón 3

28029 Madrid

- Teléfono: 917 278 699

- Fax: 912 104 006

- Correo electrónico a: ont@sanidad.gob.es

- Web ONT: <http://www.ont.es/>

De manera general y en base al conocimiento actual:

► Riesgo de transmisión de la enfermedad

Sin riesgo de transmisión de la enfermedad por donación de órganos y tejidos.

► **Riesgo específico ligado a la enfermedad o al tratamiento**

Riesgos específicos asociados al tratamiento: miocardiopatía o hipertensión arterial pulmonar inducida por el tratamiento con anfetaminas;

Aumento del riesgo de hipertensión arterial pulmonar asociado a un déficit del sistema hipocretinérgico;

Comorbilidades frecuentes: obesidad, diabetes y dislipemia.

► **Donación de órganos**

Todos los órganos, incluido el corazón, son trasplantables en función de su evaluación;

Por lo tanto, la decisión de trasplante se basa en la estimación del equipo del riesgo en el que incurre el receptor en relación con el beneficio esperado del trasplante (beneficios/riesgos).

► **Donación de tejidos**

En principio, no hay contraindicaciones para la extracción de tejido, sujeta a una evaluación individual: son posibles las donaciones de tejido (córnea, vasos, válvulas, piel, hueso, etc.)

Contactos de referencia

Centros/consultas expertos en el tratamiento de la narcolepsia recogidos en Orphanet:
www.orphanet.es

Recursos documentales

- *Pèrez-Carbonell L, Mignot E, Leschziner G and Dauvilliers Y. Understanding and approaching excessive daytime sleepiness, Lancet 2022; 400: 1033-1046*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36115367/>
- *Dauvilliers Y, Arnulf I, Mignot E. Narcolepsy with cataplexy. Lancet. 2007;369:499-511*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17292770/>
- *Dauvilliers Y, et al. Cataplexy-clinical aspects, pathophysiology and management strategy. Nat Rev Neurol. 2014;10:386-95*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24890646/>
- *Bassetti CLA, Adamantidis A, Burdakov D, Han F, Gay S, Kallweit U, Khatami R, Koning F, Korum BR, Lammers GJ, Liblau RS, Luppi PH, Mayer G, Pollmächer T, Sakurai T, Sallusto F, Scammell TE, Tafti M, Dauvilliers Y. Narcolepsy – clinical spectrum, aetiopathophysiology, diagnosis and treatment. Nat Rev Neurol. 2019 Sep;15(9):519-539*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31324898/>
- *Korum BR, Knudsen S, Ollila HM, Pizza F, Jennum PJ, Dauvilliers Y, Overeem S. Narcolepsy. Nat Rev Dis Primers. 2017 ;3:16100.*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28179647/>
- PNDS: Narcolepsie de type 1 et 2. www.has-sante.fr
- *Abenza Abildúa MJ, Suárez Gisbert E, Lores-Gutiérrez V, Algarra-Lucas C, Gómez-Aceña A, Navacerrada-Barrero FJ, González-Martín L, Pérez-Villena A, Pérez-López C. Anxiety and depression in patients with narcolepsy J Sleep Res. 2022 Dec 23;e13812.*
DOI: [10.1111/jsr.13812](https://doi.org/10.1111/jsr.13812)

Este documento es una traducción de las recomendaciones elaboradas por:

Prof Yves DAUVILLIERS

Centre national de référence des narcolepsies et hypersomnies rares

Unité des Troubles du sommeil et de l'éveil

Service de Neurologie - CHU de Montpellier - Hôpital Gui de Chauliac

80 avenue Augustin Fliche - 34295 - Montpellier cedex 5

Mail*: y-dauvilliers@chu-montpellier.fr

Las recomendaciones de 2013 han sido editadas igualmente por el Prof. Yves Dauvilliers

En colaboración con:

- **La Société française de médecine d'urgence (SFMU)**
- **Dr. Gilles Bagou:** anestésista-reanimador de urgencias - SAMU-SMUR de Lyon - Hôpital Edouard-Herriot - 69437 Lyon Cedex 03
- **Dr. Anthony Chauvin:** Commission des Référentiels de la SFMU (CREF) - jefe de servicio adjunto - Service d'Accueil des Urgences/SMUR, CHU Lariboisière, Université de Paris
- **Dr. Xavier Dubucs:** Commission des Référentiels de la SFMU (CREF) - médico de urgencias, jefe clínico de los hospitales, CHU Toulouse, Université Toulouse III-Paul Sabatier
- **Dr. Christophe Leroy:** médico de urgencias - Service de gestion des crises sanitaires - Département qualité gestion des risques - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- **L'Agence de biomédecine (ABM)**
- **Prof. François Kerbault, Dra. Francine Meckert, Myriam Pastural:** direction opérationnelle du prélèvement et de la greffe de l'ABM
- **L'association de patients: Association française de Narcolepsie Cataplexie et d'Hypersomnies rares**

<https://www.anc-narcolepsie.com/>

CHU Gui de Chauliac - Service de l'Exploration Fonctionnelle des Maladies du Sommeil

34295 Montpellier Cedex 5

Email: secretariat@anc-narcolepsie.com

* Este experto acepta ser contactado por correo electrónico.

Orphanet no se hace responsable si no se puede contactar al experto a través del correo electrónico indicado.

Fecha de redacción de la versión francesa: junio de 2013

Fecha de revisión de la versión francesa: 23/11/22

Algunos de los procedimientos mencionados, en particular los tratamientos con medicamentos, pueden no estar validados en el país donde usted ejerce.

Traducción al castellano:

- **Dr. Alfredo Rosado Bartolomé.** Medicina Familiar y Comunitaria. Comité Científico Orphanet-España.

Validación de la traducción:

- **Dra. María José Abenza Abildúa.** Sección de Neurología. Centro de Medicina del Sueño. Hospital Universitario Infanta Sofía. Fundación para la Investigación Biomédica H. Infanta Sofía - H. Henares.

Fecha de publicación de la traducción y adaptación al castellano: noviembre de 2023

“Toda representación o reproducción integral o parcial realizada sin el consentimiento del autor o de sus sucesores o cesionarios es ilegal. Lo mismo se aplica a la traducción, adaptación o transformación, arreglo o reproducción por cualquier arte o procedimiento”, según el código de propiedad intelectual, artículo L-122-4.

Anexo

Información adicional sobre medicamentos prescritos a largo plazo

Oxibato sódico – Gamma-hidroxibutirato [GHB]

Modafinilo

Metilfenidato

Pitolisant

**En este anexo se recogen únicamente tratamientos de uso en España.
Revisados por el experto en mayo de 2023.*