

Capítulo 21.

Tratamiento de los Trastornos del sueño en Atención Primaria en la región centroamericana: Consenso terapéutico.

Consenso terapéutico del Grupo Internacional de Estudio de los Trastornos del Sueño (GIETSH).

Miembros que participaron en el consenso (en orden alfabético):

Alvaro Antonio Jerez Magaña.
Elena Maricela Majano de Carías.
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

sueño, medicina interna, neumología, neurocirugía, neurofisiología, neurología del adulto, neurología pediátrica y psiquiatría; profesionales de prestigio a nivel nacional e internacional; con amplia experiencia clínica y en investigación científica.

Estas guías pretenden ser un método sencillo que ayude a la identificación, diagnóstico y tratamiento de estos trastornos, con opciones terapéuticas prácticas que se encuentran disponibles en la región, sin dejar de mencionar aquellas opciones terapéuticas propuestas y disponibles en otras latitudes.

Como se elaboró el consenso.

El trabajo consistió en tres etapas. En la primera parte, los autores de estas guías elaboraron los capítulos que sirven de sustento a las mismas, sentando las bases para una mejor comprensión e identificación de estos trastornos. Esta etapa tuvo una duración de seis meses. Los trabajos fueron remitidos al Coordinador del grupo, para su revisión y luego compartidos entre todos los autores.

En la segunda etapa se precedió a elaborar el consenso diagnóstico, el criterio del grupo con respecto al diagnóstico, fue que desde el punto de vista diagnóstico no había nada que aportar a la tercera edición de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (AASM, 2014), por lo que se acordó tomar los criterios diagnósticos de la ICSD-3 y se elaboró en base a los mismos el algoritmo diagnóstico.

Introducción

Los trastornos del sueño constituyen un verdadero problema de Salud Pública que requiere de un meticuloso diagnóstico para brindar el tratamiento más adecuado.

Por definición, los trastornos del sueño involucran diversas alteraciones que impactan negativamente en el proceso fisiológico del dormir; pueden afectar tanto el proceso de conciliación del sueño (insomnio de inicio), como el proceso de mantenerse dormido (Insomnio de mantenimiento). Incluyen además una serie de patologías relacionadas con el despertar y procesos relacionados con la arquitectura del sueño y con la respiración.

El propósito del consenso terapéutico es proporcionar unas guías de sean de utilidad a los profesionales de la salud de la región centroamericana para el abordaje terapéutico más adecuado de los diferentes trastornos del sueño.

Es un esfuerzo de varios profesionales de disciplinas diferentes: epileptología, medicina del

OBJETIVOS DE LAS GUÍAS:

- Convertirse en un complemento útil para la práctica diaria del clínico (médicos de atención primaria y especialistas).
- Hacer llegar la información compleja de forma sencilla, con el propósito de traducirse en manejos cotidianos de la práctica médica y de utilidad para el manejo.
- Convertirse en un instrumento fundamental de la educación médica continua.

GIETSH (Miembros del Consenso Terapéutico): Jerez Magaña AA, Majano de Carías EM, León Aldana JA, Pérez Córdova JM, Lara Girón JC, Del Cid García JJ, Vega Zeissig LE, Ramírez Samayoa OG, Durón RM.

En la tercera etapa los autores se reunieron durante dos días (14 y 15 de agosto de 2015) en los cuales se procedió de la siguiente manera:

- El autor de cada capítulo dirigió el consenso terapéutico del tema desarrollado por él, los otros expertos hicieron recomendaciones y se discutió hasta lograr el consenso.
- Las propuestas, comentarios y sugerencias fueron recogidos por uno de los profesionales y luego se procedió a elaborar la síntesis de los mismos.

Criterios utilizados.

Los criterios utilizados para la elaboración del consenso terapéutico fueron los criterios SIGN

NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

Nivel 1	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
Nivel 2	Meta-análisis bien ejecutados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos bien ejecutados con poco riesgo de sesgo.
Nivel 3	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
Nivel 4	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de caso/control. Estudios de cohortes o de caso/control con muy bajo riesgo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
Nivel 5	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
Nivel 6	Estudios de cohortes o de casos y controles de alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
Nivel 7	Estudios no analíticos como informes de casos y series de casos.
Nivel 8	Opinión de expertos.

NOTA: Los estudios clasificados como "EVIDENCIA CIENTÍFICA DE NIVEL 3 O 6" No deberían utilizarse. En el proceso de elaboración de estas guías por su alta posibilidad de sesgo.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Grado A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como "Evidencia Científica Nivel 1" y directamente aplicable a la población objetivo, o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como "Evidencia Científica Nivel 2" y con gran consistencia entre ellos.
Grado B	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como "Evidencia Científica Nivel 4" directamente aplicable a la población objetivo y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como "Evidencia Científica Nivel 1 ó 2".
Grado C	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como "Evidencia Científica Nivel 5" directamente aplicables a la población objetivo y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como "Evidencia Científica Nivel 4".
Grado D	"Evidencia Científica Nivel 7 u 8"; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como "Evidencia Científica Nivel 5".

Además se utilizaron los siguientes criterios no considerados por SIGN:

CRITERIOS AGREGADOS A SIGN

- Ω Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor: En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica

clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

△ Evidencia extraída de estudios cualitativos relevantes y de calidad.

Generalidades

Antes de intentar tratar a un paciente con trastorno del sueño hay que recordar la máxima de la práctica médica que reza “Si no puedo ayudar, me abstengo de intervenir”.

El diagnóstico de los trastornos del sueño es eminentemente clínico, y se basa en la obtención de una adecuada historia de sueño, así como en el examen médico y psiquiátrico completo.

Durante la evaluación de los pacientes con trastornos del sueño, existe una serie de medidas generales que deben aplicarse cómo mínimo en el estudio de estos pacientes para llegar a un buen diagnóstico, y por ende a un tratamiento óptimo:

1. Obtener una historia apropiada del problema, evitando las preguntas cerradas y los interrogatorios dirigidos, sino entrevistando al paciente con preguntas abiertas, dejando que se explique de la forma más amplia y detallada que sea posible. Es importante la participación de su compañero o compañera de cama, y la información proporcionada por los padres (en el caso de niños y adolescentes), así como la información brindada por el cuidador (en el caso de pacientes ancianos o reclusos en casas de retiro) (Ω).
2. Habrá momentos en que el interrogatorio deberá ser dirigido a aspectos concretos que ayuden a apoyar la sospecha o a la identificación de una patología determinada (Ω).
3. La historia del sueño debe incluir información sobre:
 - a. La queja básica del paciente. Datos relacionados con la higiene del sueño (dieta, ejercicio, actividades realizadas antes de irse a la cama, horarios de sueño/despertar, descripción detallada del ambiente donde se duerme; despertares durante la noche, calidad de sueño, calidad del despertar, desempeño al día siguiente, síntomas físicos, afectivos, etc.); historia de abuso de alcohol o sustancias, detalle de medicamentos utilizados tanto por prescripción médica como auto prescritos o uso de productos naturales (Ω).
 - b. Los registros o log de sueño, de al menos 2 semanas de registro, son una herramienta sumamente útil para el diagnóstico (Ω).
4. Examen físico completo para evaluar el impacto del trastorno en la salud física y recoger información sobre la presencia de comorbilidades médicas (Ω).
5. Examen mental completo para evaluar el impacto del trastorno del sueño sobre la salud mental y obtener información sobre la presencias de comorbilidades psiquiátricas (Ω).
6. Escalas de evaluación:
 - a. Check list de síntomas.
 - b. Test de evaluación psicológica.
 - c. Escalas de evaluación del sueño, como la Escala de Somnolencia de Epworth u otras escalas de sueño.
7. Exámenes de laboratorios de rutina (previo al uso de medicamentos) y exámenes de laboratorio específicos (en caso se hallen indicados para descartar patologías asociadas) (Ω).
8. Exámenes de sueño específicos (Actigrafía, Poligrafía; Polisomnografía, Test de latencias múltiples del sueño; etc...) — Estos exámenes no están indicados de forma rutinaria, deben dejarse a criterio del especialista) (Ω).
9. La presencia de un trastorno del sueño no excluye la posible existencia de patologías comórbidas, por lo cual siempre deben buscarse patologías asociadas (Ω).

Precauciones generales con el uso de hipnóticos.

Antes de prescribir un hipnótico es necesario considerar: la importancia de respetar los horarios de administración y las dosis prescritas, así como cumplir las recomendaciones del médico, la edad del paciente, tratamientos administrados con anterioridad, tolerancia a los fármacos, perfil de interacciones del fármaco seleccionado, uso en embarazo y lactancia y las preferencias y capacidad económica del paciente (Ω).

Es importante tener precaución con el uso de hipnóticos en el tratamiento de pacientes con conductas adictivas, por la mayor tolerancia de estos a los mismos y el consecuente incremento en el riesgo de desarrollar dependencia (Ω).

El paciente debe estar consciente de los probables eventos adversos que podrían presentarse con el fármaco, además de la duración de los mismos; así como de la aparición de síntomas de abstinencia y calidad de los mismos en caso de interrupción abrupta (Ω).

Disponibilidad de tratamientos farmacológicos para los trastornos del sueño en la región centroamericana a la fecha (datos obtenidos mediante un cuestionario administrado entre los autores):

TRATAMIENTO/PAIS		GT	HN	SV	NI	CR
ANTI-HISTAMINICOS	CLORFENIRAMINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	DIFENHIDRAMINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	HIDROXICINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
BENZODIACEPINAS	ALPRAZOLAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	CLONAZEPAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	FLUNITRAZEPAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	LOPRAZOLAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	LORAZEPAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	MIDAZOLAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	TRIAZOLAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
DROGAS Z	ESZOPICLONA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	ZOLPIDEM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	ZOPICLONA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ANTIDEPRESIVOS	AMITRIPTILINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	CITALOPRAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	ESCITALOPRAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	MIRTAZAPINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	TRAZODONA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ANTIPSICOTICOS	QUETIAPINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ANTICONVULSIVANTES	GABAPENTINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OTROS	MELATONINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	METILFENIDATO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	MODAFINILO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	PREGABALINA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
DISPOSITIVOS	C-PAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE HIPNOTICOS BENZODIACEPÍNICOS Y NO BENZODIACEPÍNICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO.

- En la prescripción de hipnóticos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y los posibles efectos secundarios, incluyendo los problemas de dependencia y tolerancia asociados a su uso, así como la falta de estudios de eficacia a largo plazo (**Ω**).
- Si es necesario utilizar hipnóticos durante el tratamiento de los trastornos del sueño, se recomienda su uso a corto plazo (no más de 4 semanas) y con la dosis más baja posible (**B**).
- Como hipnóticos de primera elección para el insomnio se pueden elegir tanto los benzodiazepínicos como los no benzodiazepínicos, ya que no se han demostrado diferencias significativas, ni clínicas ni en los efectos adversos, entre los mismos (**B**).
- Se recomienda utilizar el hipnótico más eficiente y con mejor respuesta para el paciente, a no ser que se observen efectos secundarios directamente relacionados con el hipnótico elegido (**B**).
- Si un paciente no responde al tratamiento con un hipnótico, no se recomienda cambiar a otro, salvo efectos secundarios directamente relacionados con un fármaco específico (**B**).
- Para evitar la dependencia a las benzodiazepinas, se recomienda que su uso se restrinja al insomnio agudo, con la dosis más baja posible y durante no más de 2-4 semanas de duración (**B**).
- No es recomendable el uso de hipnóticos a largo plazo; en caso no haya otra opción se recomienda que el paciente esté monitorizado, se haga un diagnóstico adecuado y se establezca una pauta terapéutica específica (**C**).
- En caso de requerirse la utilización de benzodiazepinas durante el embarazo, se debe utilizar la dosis eficaz más baja y la duración de tratamiento más corta posible para evitar el riesgo de defectos congénitos (**B**).
- Las nuevas pautas de administración discontinua con zolpidem, intermitente o a demanda según las necesidades del paciente, apoyado por técnicas de control de estímulos, pueden utilizarse a corto plazo como alternativa a la pauta de administración continua (**B**).

Tratamiento del insomnio EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y UNIDADES DE SALUD PÚBLICA (CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITALES, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD).

El insomnio se define como la dificultad reiterativa para iniciar el sueño, mantenerlo, consolidarlo y la alteración en la calidad del mismo a pesar de contar con el tiempo y oportunidad adecuada, resultando en afectación de la calidad de vida de la persona afectada.

Es un diagnóstico eminentemente clínico, por lo que con una historia clínica meticulosa sobre la calidad y cantidad de sueño del individuo y un adecuado examen físico se puede llegar a un diagnóstico. Los estudios complementarios confirmarán y ayudarán a clasificar el trastorno. El diagnóstico debe iniciar con una historia del sueño completa, historia médica, historia psiquiátrica, historia social y una minuciosa revisión de los medicamentos que el paciente consume.

Los pacientes con insomnio usualmente se quejan de su capacidad para conciliar el sueño, la dificultad de mantener el sueño, o despertarse muy temprano. También pueden referir sueño variable, como ser, una serie de noches de sueño pobre en calidad y cantidad, seguido de una noche de sueño reparador. Es importante hacer un correcto interrogatorio acerca de cómo el insomnio afecta las actividades diarias del individuo. El paciente puede referir: fatiga o adinamia, pobre atención y/o concentración, disfunción social, alteraciones en el estado de ánimo y carácter, motivación y energía disminuida, un aumento en la incidencia de errores y accidentes, problemas conductuales como hiperactividad o agresividad y una preocupación excesiva por su problema de insomnio.

Las intervenciones conductuales para el insomnio deben incluir al menos terapia de control de estímulos y/o restricción de tiempo en la cama. Otras intervenciones incluidas en terapia cognitivo-conductual que pueden recomendarse son la relajación y respiración, la intención paradójica y bio-feedback; y en el insomnio crónico la reestructuración cognitiva (**B**).

Como técnicas psicológicas de primera elección en atención primaria, para reducir la sintomatología del insomnio se recomiendan: técnicas de relajación, de control de estímulos y de restricción del tiempo en cama (**Ω**).

GIETSH (Miembros del Consenso Terapéutico): Jerez Magaña AA, Majano de Carías EM, León Aldana JA, Pérez Córdova JM, Lara Girón JC, Del Cid García JJ, Vega Zeissig LE, Ramírez Samayoa OG, Durón RM.

Como técnicas psicológicas de segunda elección en atención primaria, para reducir la sintomatología del insomnio se recomiendan: técnicas de intención paradójica y de reestructuración cognitiva (Ω).

Las intervenciones psicológicas en atención primaria deben realizarse por profesionales calificados y tener unas características comunes de aplicabilidad: ser estructuradas, sencillas y fáciles de aplicar, breves, con tiempos pausados, objetivos concretos y con efectividad descrita (Ω).

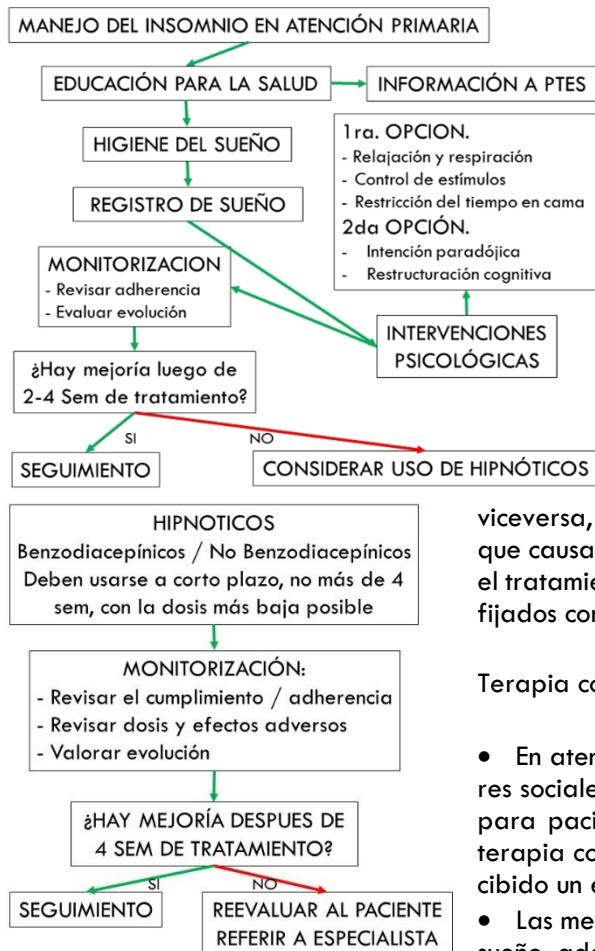
INSOMNIO AGUDO, DE CORTA DURACIÓN o insomnio adaptativo.

Recomendaciones para el manejo del insomnio agudo.

RECOMENDACIONES DE PRIMERA ELECCIÓN:

Higiene del sueño (Δ).

Medidas generales a considerar en el tratamiento del insomnio primario (Adaptado de: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria,



En el tratamiento del insomnio agudo las medidas de higiene del sueño se recomiendan como coadyuvantes de otras intervenciones terapéuticas psicológicas y farmacológicas (A).

Para conseguir mayor “eficiencia” del sueño se recomienda una terapia combinada que incluya además de la higiene del sueño, alguna de las siguientes técnicas: Control de estímulos, relajación o restricción de tiempo en cama (A).

Educación en salud para el insomnio (Δ)

Debe analizarse con el paciente sus ideas, preocupaciones y expectativas en relación a sus quejas de sueño, para poder informar y además corregir sus ideas erróneas al respecto (Δ)

La educación para la salud en el insomnio debe basarse en: la estructura del sueño, influencia de la edad, número de horas necesarias y variaciones individuales, prevalencia del insomnio, el sueño como reflejo del funcionamiento diurno y viceversa, la importancia del condicionamiento y de los procesos mentales que causan la aparición de un círculo vicioso, el lugar de la medicación en el tratamiento, el efecto de ciertas sustancias y la aclaración de objetivos fijados con el tratamiento para ajustarlos a las expectativas (D).

Terapia cognitiva-conductual (Ω).

En atención primaria, los médicos de familia, enfermería y trabajadores sociales pueden realizar abordajes tanto individuales como grupales, para pacientes con insomnio, con técnicas basadas en los principios de terapia conductual y terapia cognitiva-conductual siempre que hayan recibido un entrenamiento adecuado (B).

Las metas del tratamiento deben ser mejorar la calidad y cantidad de sueño; además de corregir los efectos negativos del insomnio sobre el funcionamiento diurno (Ω).

Tratamiento farmacológico (Ver las Recomendaciones sobre el tratamiento con hipnóticos benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos para el tratamiento del insomnio).

Los hipnóticos deben tomarse en cama cuando ya se está listo para dormir. Los hipnóticos no deben combinarse con alcohol. En ancianos las dosis deben reducirse a la mitad. Están contraindicados cuando se sospecha apnea de sueño y/o daño hepático (Ω).

- Hipnóticos benzodiazepínicos: (Las benzodiazepinas no deberían utilizarse sin tomar en cuenta, desde el inicio, las medidas no farmacológicas de higiene del sueño, técnicas de relajación y cognitivo-conductuales que han demostrado mayor eficiencia. En este caso, se recomienda trabajar el tratamiento con un psicólogo especializado en sueño) **(B)**.
- Triazolam 0.25 mg por no más de 2-4 semanas (**Ω**), sin embargo, en los países de la región donde no se halla disponible el Triazolam, puede utilizarse Lorazepam 1-2 mg en HS o Bromazepam (**Ω**).
- Hipnóticos no benzodiazepínicos:
 - Zolpidem 10 mg **(B)**.

RECOMENDACIONES DE SEGUNDA ELECCIÓN

Hipnóticos benzodiazepínicos

- Clonacepam 0.5 mg e incluso Alprazolam 0.5 mg (Siempre por un período no mayor de 2-4 semanas) (**Ω**).
- Hipnóticos no benzodiazepínicos:
 - Eszopiclona 3 mg **(B)**.

RECOMENDACIONES DE TERCERA ELECCIÓN

- Melatonina 3 A 10 mg HS (**Ω**)

OTRAS OPCIONES TERAPEUTICAS

- **ANTIDEPRESIVOS:** El uso de antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina, Trazodona) o antidepresivos histaminérgicos (Mirtazapina), aunque es una práctica frecuente no se recomienda por los efectos de los antidepresivos sobre la conducción eléctrica del corazón, otros eventos adversos potenciales, etc... Además la evidencia disponible no es suficiente para garantizar su seguridad y eficacia en el tratamiento del insomnio. De ser necesario utilizar un antidepresivo se recomienda referirlo al especialista (**Ω**).
- **MELATONINA:** Aunque no hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de melatonina en el tratamiento del insomnio, hasta que ensayos de calidad metodológica demuestren su eficacia **(B)**; el consenso de este grupo es que podría recomendarse su uso. Por otra parte, No hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de melatonina para la interrupción del uso prolongado de benzodiazepinas **(B)**.
- **ACUPUNTURA:** No hay estudios con suficiente calidad metodológica para recomendar la acupuntura en el tratamiento del insomnio primario **(B)**.
- **HIERBAS MEDICINALES:** No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de valeriana, ni la combinación de ésta con lúpulo para el tratamiento del insomnio **(B)**. Se recomienda a los profesionales que pregunten a los pacientes por cualquier producto herbolario que estén tomando o hayan tomado **(B)**.
- **AUTOAYUDA PARA EL INSOMNIO:** En los Puestos y Centros de Salud se recomienda la aplicación de biblioterapia basada en principios de terapia cognitiva conductual, mediante manuales de autoayuda y guiada por los profesionales **(B)**.

insomnio crónico

La presencia de insomnio crónico implica un proceso que ha ido estableciéndose sobre factores que contribuyen a su perpetuación y por lo tanto un proceso con una morbilidad más compleja cuyo manejo en atención primaria resulta complicado, por lo que luego de su identificación se recomienda la referencia a un especialista (**Ω**).

HIGIENE DEL SUEÑO INADECUADA

El tratamiento de este trastorno del sueño debe ir enfocado a aplicar las medidas de higiene del sueño adecuadas (**Ω**).

INSOMNIO CONDUCTUAL DE LA NIÑEZ

El diagnóstico del insomnio conductual de la niñez se basa en la obtención de una historia clínica adecuada con información proporcionada por la familia por medio de diarios o agendas de sueño (**Ω**).

GIETSH (Miembros del Consenso Terapéutico): Jerez Magaña AA, Majano de Carías EM, León Aldana JA, Pérez Córdova JM, Lara Girón JC, Del Cid García JJ, Vega Zeissig LE, Ramírez Samayoa OG, Durón RM.

En el tratamiento, como primera elección se recomienda la educación a los padres en las medidas adecuadas de higiene del sueño, así como en la educación a padres e hijos sobre la importancia del sueño y de la adecuada higiene del mismo (Ω).

La terapia cognitiva-conductual también es una medida terapéutica de primera elección (Ω).

El tratamiento farmacológico del insomnio en niños debe realizarse sobre la base de un adecuado diagnóstico, en pacientes seleccionados y de acuerdo al criterio del especialista. A pesar del tratamiento farmacológico, no se debe prescindir de las medidas no farmacológicas (psicoeducación, terapia cognitiva-conductual) (Ω).

INSOMNIO DEBIDO A OTRO TRASTORNO MENTAL

Insomnio asociado a depresión:

Esta es una condición muy difícil de tratar debido a que el uso de hipnóticos y antidepresivos puede ser un ejercicio bastante problemático. Por un lado los hipnóticos a largo plazo pueden producir más depresión, en el corto plazo algunos pueden precipitar ideación suicida; los antidepresivos en cambio utilizados en dosis no apropiadas no son efectivos para la depresión y en dosis adecuadas (si no se ha hecho una buena diferenciación entre depresión unipolar y bipolar) podrían tener un efecto deletéreo sobre el paciente y precipitar un episodio de manía. En vista de lo anterior se recomienda que estos casos sean referidos a un especialista (Ω).

Insomnio asociado a dolor crónico:

Aunque se han utilizado diversas moléculas en el tratamiento del dolor crónico asociado a insomnio, el uso combinado de hipnóticos, anticonvulsivantes y antidepresivos resulta una práctica bastante compleja por los posibles eventos adversos, riesgos cardiovasculares propios de estas combinaciones y el uso tan complejo de los mismos (protocolos de seguridad, etc...), por tal razón estos casos deberían referirse al especialista (Ω).

INSOMNIO DEBIDO A DROGAS O SUBSTANCIAS.

El insomnio debido a drogas o sustancias ofrece complejidades particulares porque los pacientes con problemas adictivos tienden con frecuencia a desarrollar dependencia a los hipnóticos con mucha facilidad. Por ello estos pacientes deben referirse al especialista para recibir el tratamiento apropiado (Ω).

Tratamiento de los trastornos del sueño relacionados con la respiración EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y UNIDADES DE SALUD PÚBLICA (CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITALES, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD).

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Convencionalmente las apneas se definen como el cese del flujo aéreo durante más de 10 segundos. Si el flujo disminuye sólo entre el 10 y 50% del valor basal y se asocia a una reacción de micro despertar o a caída de la saturación de oxígeno, se denomina hipopnea.

PREGUNTAS SATELITE EN SINDROME DE APNEA E HIPOPNEA DEL SUEÑO:

1. ¿Ronca intensamente?
2. ¿Tiene sueño inquieto?
3. ¿Padece de nicturia?
4. ¿Experimenta sensación de ahogo por las noches?
5. ¿Ha experimentado impotencia sexual?
6. ¿Presenta cefalea al despertarse?
7. ¿Moja la almohada con saliva?

Los micro despertares inducen disrupción y alteración de la arquitectura del sueño, lo que explica los síntomas diurnos de los pacientes.

PRESENTACION CLINICA.

Los síntomas obstructivos respiratorios, que incluyen ronquidos, jadeos, ahogos y episodios de apneas presenciadas (Patil *et al*, 2007), constituyen comúnmente las razones para que los pacientes sean sometidos a estudios para diagnosticar el síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Los síntomas y signos clásicos, incluyen signos de obstrucción de vías aéreas superiores durante el sueño, insomnio y somnolencia diurna en presencia de obesidad; no obstante un amplio espectro de síntomas pueden ser reportados, los cuales se desarrollan durante años y progresan en asociación con el incremento de peso, la edad o la

transición a la menopausia (Patil *et al*, 2007; Arcos, 2012). Un historial de sueño y examen físico son esenciales para identificar individuos a riesgo, debido a que alrededor de un 90% de casos en hombres y 98% en mujeres pueden ser subdiagnosticados por muchos años.

Entre los síntomas más relevantes se incluyen:

Síntomas diurnos: Hipersomnia diurna o fatiga, Dificultades en la concentración y memoria a corto plazo, Depresión, Cefaleas matutinas 1 a 2 horas después de despertar, Fluctuaciones en el estado de ánimo, Irritabilidad, Disminución de la libido, Mal rendimiento laboral o escolar.

Síntomas nocturnos: Despertares nocturnos con o sin ansiedad, desorientación y torpeza mental; Insomnio, Nicturia, Respiración obstructiva, Ronquidos ruidosos, Ahogo/jadeo, Apneas presenciadas, Movimientos bruscos, Boca seca y necesidad de ingestión de líquidos, Posturas inusuales al dormir (niños), Enuresis (niños).

Condiciones con riesgo incrementado: Estado menopáusico, Historia familiar de síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño, Hipertensión, Apoplejía, Diabetes mellitus, Consumo de alcohol, Hipertensión pulmonar.

Signos clínicos: Obesidad de la parte superior del cuerpo, Espacio aéreo laríngeo ocupado, Retrognatia, Espacio cricomenoniano reducido, Macroglosia, Estrechamiento periamigdalino lateral, Edema de extremidades inferiores, Hiperplasia de amígdalas, Puntaje de Mallampati alto

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

1. Obesidad.
 2. Enfermedades cráneo-faciales específicas (Síndrome de Pierre-Robin).
 3. Mandíbula o Maxilar poco desarrollados o en posición anormal.
 4. Hipertrofia adeno-amigdalina.
 5. Patología nasal (desviación septal, rinitis alérgica).
 6. Endocrinopatías (hipotiroidismo, acromegalia).
 7. Síndrome de Ovario Poliquístico.
 8. Post menopausia.
 9. Síndrome de Down y otros padecimientos congénitos
- Ref.: Contreras, 2009; Carrillo Alduenda *et al*, 2010.

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, DEL ADULTO-

El diagnóstico de las apneas obstructivas del sueño se basa en la historia clínica, Examen Clínico; la Escala de Somnolencia de Epworth (un score menor de 8); dos o más síntomas de las preguntas satélites; Escala de Mallampati, y video-polisomnografía con oximetría, o bien poligrafía respiratoria si no puede utilizarse la polisomnografía (Ω).

Medidas generales: Cambios en el estilo de vida, disminución de peso, consulta a nutriólogo, terapia posicional, medidas de higiene de sueño (Ω).

Cuando referir: En el momento en que se sospeche de acuerdo a escala de somnolencia de Epworth y Escala de Mallampati (Ω).

Las opciones terapéuticas incluyen la ventilación mecánica no asistida (la cual debe ser elegida por el especialista) (Ω); Cirugía de la vía aérea superior (Ω) y dispositivo de avance mandibular (Ω).

En los usuarios de C-PAP deben considerarse las siguientes precauciones: Usar humidificador para prevenir el sangrado nasal por resequead, también puede presentarse dermatitis de contacto. En pacientes alérgicos debe utilizarse Espray nasal previo a la colocación del dispositivo (Ω).

Debe tenerse precaución con el uso de oxígeno por los efectos deletéreos, monitorizar con oximetría de pulso (gases arteriales si es necesario) (Ω).



ESCALA DE MALLAMPATI:

- Clase I: total visibilidad de las amígdalas, úvula y paladar blando
- Clase II: visibilidad del paladar duro y blando, porción superior de las amígdalas y úvula
- Clase III: son visibles el paladar duro y blando y la base de la úvula
- Clase IV: sólo es visible el paladar duro

GIETSH (Miembros del Consenso Terapéutico): Jerez Magaña AA, Majano de Carías EM, León Aldana JA, Pérez Córdova JM, Lara Girón JC, Del Cid García JJ, Vega Zeissig LE, Ramírez Samayoa OG, Durón RM.

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, PEDIÁTRICA

Esta es una alteración del sueño sumamente compleja que debe ser tratada por el especialista (Ω).

El diagnóstico se sospecha mediante la obtención de una historia clínica adecuada y completa, con información proporcionada por los padres y cuidadores y una adecuada evaluación de la Escala de Mallampati (Ver capítulo 7) (Ω).

Ante la sospecha clínica se recomienda referir al paciente al especialista (Ω).

APNEA CENTRAL DEL SUEÑO

En términos generales, las apneas centrales del sueño deberían ser tratadas por el especialista (Ω).

HIPOVENTILACIÓN RELACIONADA CON EL SUEÑO.

Los casos de hipo ventilación relacionada con el sueño deben ser referidos al especialista para que sean manejados por este (Ω).

HIPOXEMIA RELACIONADA CON EL SUEÑO.

La hipoxemia relacionada con el sueño debe ser referida a un especialista para su diagnóstico y manejo (Ω).

Tratamiento de las hipersomnia de origen central EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y UNIDADES DE SALUD PÚBLICA (CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITALES, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD)

En términos generales, el tratamiento de las hipersomnias de origen central implican la participación de varios especialistas y la formación de equipos multidisciplinario, por lo que estos pacientes deberían ser referidos a un especialista para su tratamiento (Ω).

NARCOLEPSIA TIPO 1

El cuadro clínico inicia en la segunda o tercera década de la vida aunque hay casos reportados de inicio en la infancia y senectud. El paciente suele debutar con marcada hipersomnia manifestada por ataques de sueño incontables (o muy difíciles de controlar), lo cuales suceden en momentos y lugares inapropiados, causando desde situaciones laborales embarazosas con ridiculización del paciente, problemas laborales, accidentes que pueden ser fatales (en particular durante la conducción de vehículos u operar maquinaria) y muchas otras situaciones intermedias, como perder la parada apropiada cuando usan el transporte público, asistir regularmente retrasado a citas. Característicamente, una breve siesta (de 30 minutos) es altamente efectiva para recuperar la funcionalidad.

En 70 a 80% de los pacientes puede presentarse cataplejía que consiste en pérdida súbita del tono muscular sin pérdida de conocimiento (Thorpy, 2006); esta puede ser generalizada en todo el cuerpo, con caída y posible golpe, o localizada a ciertos grupos musculares del cuello o cara, en particular la quijada y la boca, con dificultad para articular; generalmente los ataques son precipitados por un estímulo emocional intenso, una carcajada, enojo, la emoción de un evento deportivo, susto, alegría, sorpresa, un chiste o broma, hasta episodios de excitación sexual; y durante entre varios segundos hasta 2 a 3 minutos.

Como primera línea de tratamiento se recomienda el uso de Modafinilo 200 a 400 mg durante el día (Ω).

- Es importante considerar que el Modafinilo es efectivo para reducir la hipersomnia diurna, pero no mejora la cataplejía y tampoco cura la narcolepsia (Ω).
- El Modafinilo no debería considerarse en pacientes con cardiopatías, hepatopatías, hipertensión arterial, nefropatía o trastorno bipolar (Ω).
- También es importante tener en mente el amplio margen de interacciones farmacológicas del Modafinilo, entre las que destacan:

Amitriptilina	Citalopram	Fenitoina	Ketoconazol	Selegilina
Amoxapina	Clomipramina	Fenobarbital	Nortriptilina	Sertralina
Anticoncepcionales orales	Diacepam	Fluoxetina	Paroxetina	Triazolam
Carbamacepina	Doxepina	Fluvocamina	Propanolol	Trimipramina
Ciclosporina	Escitalopram	Imipramina	Protriptilina	Warfarina
	Fenelzina	Itraconazol	Rifampicina	

Como segunda opción (agregada a la anterior se recomienda el uso de Metilfenidato (Ω)).

Como tercera opción puede considerarse el uso de Venlafaxina (Ω).

NARCOLEPSIA TIPO 2

El cuadro clínico se caracteriza por hipersomnias diurnas y la ausencia de cataplejía.

La hipersomnia diurna es definida por la necesidad irrefragable de dormir o lapsos de sueño diurno durante los últimos tres meses (Criterio A de la ICSD-3).

Además hay cambios polisomnográficos en el sueño MOR y en el test de latencias múltiples de sueño que ayudan a confirmar el diagnóstico. Además cuantificación de hipocretina-1 es de utilidad para el diagnóstico (Ver capítulo 8).

Para su tratamiento se recomienda referir a estos pacientes al especialista.

SÍNDROME DE SUEÑO INSUFICIENTE

Este es un problema frecuente en adolescentes aunque puede afectar a cualquier grupo de edad, es causado por restricción voluntaria del horario de sueño, por razones laborales, diversión, requerimientos de transporte o simplemente malos hábitos y falta de disciplina respecto al horario de sueño.

El cuadro clínico se caracteriza por somnolencia diurna, debido a pocas horas de sueño nocturno en comparación con el tiempo esperado por las normativas para la edad, reposición de horas de sueño los fines de semana, durante los cuales típicamente hay aumento marcado de las horas de sueño.

Durante el estudio polisomnográfico se detecta menos del 10% de sueño N1, aumento del sueño N3, latencia de sueño inferior a los 15 minutos, con un 95% o más de eficiencia de sueño.

El test de latencias múltiples del sueño revela latencias inferiores a los 8 minutos.

Otros estudios que pueden considerarse para el diagnóstico incluyen el uso de actigrafía durante no menos de dos semanas de registro, los log de sueño, etc.

Por lo general hay una respuesta positiva a la prolongación de los horarios de sueño con resolución de la sintomatología; además se requiere de una modificación de los aspectos de la higiene de sueño que sean favorables para este propósito, de igual manera la educación en salud es imprescindible para que el paciente conozca la importancia del sueño fisiológico.

El uso de terapia cognitiva conductual también es necesario para el éxito del tratamiento.

Tratamiento de los trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y UNIDADES DE SALUD PÚBLICA (CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITALES, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD)

El criterio del Grupo es que los pacientes que sufren de diferentes trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia deberían ser referidos al especialista por la complejidad de su manejo y la falta de disponibilidad de recursos terapéuticos en el nivel de atención primaria (Ω).

En términos generales, la importancia de los trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia radica en su impacto sobre la salud física y mental, así como en el funcionamiento psico-social de la persona afectada; estos pacientes van a presentar:

Alteración crónica o recurrente del patrón del ritmo sueño-vigilia debida primordialmente a alteración del sistema circadiano endógeno o a la pérdida de sincronía entre el ritmo circadiano endógeno y las necesidades o requerimientos de sueño-vigilia con el ambiente físico o la agenda social laboral del individuo que conducen a síntomas de insomnio, somnolencia excesiva o ambos. Además, las alteraciones del sueño y despertar causan malestar clínicamente significativo o alteración en el funcionamiento mental, físico, social, ocupacional, educacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento (ICSD-3).

En la evaluación clínica de los trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia se utilizan diferentes herramientas:

1. Historia de sueño (Ω).
2. Registros diarios o logs de sueño (aportan datos cualitativos y cuantitativos respecto al sueño) y la actigrafía con registro de al menos 2 semanas (Ω).
3. Cuestionarios de matutinidad/vespertinidad, no cuentan con la evidencia suficiente para recomendar su uso rutinario, pero pueden utilizarse de forma opcional (Ω).
4. Aunque la evidencia es insuficiente para recomendar su uso rutinario, los marcadores de fase circadiana (detección de melatonina en saliva o plasma, con luz tenue; niveles urinarios de 6-sulfatoximetatonina) pueden utilizarse a criterio del clínico con fines diagnósticos (Ω).
5. La actigrafía se halla indicada para la evaluación de pacientes en quienes se sospecha un trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia y como medida para evaluar la respuesta al tratamiento (Ω).
6. La polisomnografía no se halla indicada de forma rutinaria en los trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia (Ω).

FASE DE SUEÑO/VIGILIA RETRASADA

Es el más frecuente de los trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, y su diagnóstico se basa en la historia clínica y los registros de sueño (log de sueño) (Ω).

El trastorno se caracteriza porque el inicio y finalización del sueño se halla retrasado, usualmente más de dos horas del tiempo habitual o socialmente aceptado; estas personas pueden presentar dificultad extrema para despertar y confusión matutina y presentan mayor incidencia de trastornos mentales (especialmente trastornos del estado de ánimo y ansiedad (**AASM, 2014**)).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE RITMO CIRCADIANO TIPO FASE DE SUEÑO RETRASADA (AASM, 2014):

- Sueño normal en adolescentes y adultos jóvenes.
- Insomnio crónico.
- Otras causas de dificultad para iniciar y mantener el sueño.
- Otras causas de somnolencia diurna excesiva.
- Inadecuada higiene del sueño.
- Síndrome de sueño insuficiente.

Los niños afectados tienen dificultad para iniciar el sueño en las horas socialmente aceptadas, pero una vez iniciado el sueño éste es de características normales.

El diagnóstico es eminentemente clínico apoyándose en información proporcionada por la familia, la actigrafía puede ser de utilidad para evaluar el horario de sueño (Ω).

En el diagnóstico diferencial debe incluirse la higiene del sueño inadecuada, el insomnio (primario o secundario) y trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Ω).

El tratamiento debe ir enfocado a modificar los factores que predisponen y mantienen la condición patológica, en ese sentido es esencial revisar la higiene del sueño y aplicar las medidas necesarias tendientes a favorecer una adecuada higiene del sueño, tales como evitar siestas, evitar las actividades físicas en las horas próximas a la hora de dormir, evitar el uso de dispositivos electrónicos (computadoras, video-juegos, celulares, televisión, etc.) a la hora de dormir, aplicar medidas como establecer un horario estricto de sueño (Ω).

La terapia cognitiva-conductual con restricción del tiempo en cama es una medida terapéutica de primera elección (Ω).

El uso de fototerapia o luminoterapia en un centro especializado es una medida de segunda elección (Ω).

Como medida de tercera elección se recomienda el uso de melatonina (3 a 6 mg). El uso de melatonina debe realizarse bajo prescripción del pediatra o del médico especializado. Es importante considerar que el uso de melatonina en niños menores de 6 años no cuenta con evidencia que garantice su seguridad y eficacia (Ω).

Aunque hay un uso bastante generalizado, la administración de vitamina B12 no se recomienda en para el tratamiento de la fase de sueño-vigilia retrasada en niños (Ω).

FASE DE SUEÑO/VIGILIA ADELANTADA

De forma característica, el paciente con trastorno del ritmo circadiano tipo fase de sueño-vigilia adelantada, suelen acostarse y levantarse más temprano (aproximadamente 2 o más horas antes) de lo habitual y suele quejarse de insomnio y somnolencia diurna excesiva (Ω).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO TIPO FASE DE SUEÑO-VIGILIA ADELANTADA (AASM, 2014).

- Patrones de sueño normal en ancianos y muy jóvenes que mantienen agendas de sueño avanzadas sin malestar o alteración de la funcionalidad.
- Debe distinguirse de otras causas de despertar temprano incluyendo insomnio crónico.
- Prácticas de pobre higiene del sueño.
- Irregularidades en la agenda de sueño-despertar.
- Trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia de no 24 hrs.
- Episodio depresivo

El diagnóstico de la fase de sueño/vigilia adelantada se basa en la obtención de una historia clínica completa, los registros o log de sueño (Ω), y el uso de cuestionarios de matutinidad-vespertinidad que si bien es cierto la evidencia para recomendar su uso de forma rutinaria es insuficiente, podrían ser útiles para confirmar el diagnóstico (Ω).

El tratamiento de este trastorno debe dirigirse a modificar positivamente aquellos aspectos relacionados con las medidas de higiene del sueño que contribuyan a preservar la condición clínica; esto debe ir acompañado de restricción de las siestas vespertinas y medidas tendientes a reintroducir al paciente de la tercera edad a participar en las actividades familiares con la intención de que duerma de acuerdo al horario de la familia (Ω).

La higiene del sueño con horarios estrictos es una medida de primera elección en el tratamiento de la fase de sueño-vigilia adelantada; también debe considerarse la restricción del tiempo en cama (Ω).

Como medidas de segunda elección se recomienda la luminoterapia en las últimas horas de la tarde (5 a 6 pm) y la cronoterapia (Ω).

El uso de melatonina en dosis de 6 a 10 mg, es una medida de tercera elección; de igual manera puede considerarse el uso de Zolpidem 5 mg o Eszopiclona 1.5 mg (media tableta de 3 mg) (Ω).

Es importante destacar que el uso de Zolpidem o Eszopiclona en pacientes de la tercera edad debe hacerse con las dosis más bajas posibles (la mitad de la dosis del adulto). Además como regla general debe evitarse el uso de hipnóticos benzodiacepínicos en este grupo de población (Ω).

RITMO DE SUEÑO/VIGILIA IRREGULAR

Este trastorno se caracteriza por la ausencia de un ritmo circadiano de sueño-vigilia claramente definido, el patrón crónico o recurrente de sueño vigilia se encuentra temporalmente desorganizado, de forma que los episodios de sueño y vigilia se presentan de forma variable en un periodo de 24 horas (AASM, 2014).

El diagnóstico del ritmo de sueño-vigilia irregular se basa en la obtención de una adecuada historia clínica y el uso de dispositivos de actigrafía (durante al menos 2 semanas de registro) (Ω).

El tratamiento de este trastorno debe dirigirse a modificar positivamente aquellos aspectos relacionados con las medidas de higiene del sueño que contribuyan a preservar la condición clínica, además de actividad física (Ω).

La opción terapéutica de primera elección es la terapia cognitiva-conductual con cambios en la higiene del sueño (Ω).

La terapia lumínica puede ensayarse ante el fracaso de la primera opción terapéutica (Ω).

El uso de Melatonina en las dosis de 5 a 10 mg se recomienda como una opción de tercera línea (Ω).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE RITMO CIRCADIANO TIPO FASE DE SUEÑO-VIGILIA IRREGULAR (AASM, 2014):

- Pobre higiene de sueño.
- Mantenimiento voluntario de una higiene de sueño irregular.
- Comorbilidad con problemas médicos.
- Comorbilidad con problemas psiquiátricos.
- Otros trastornos del sueño.
- Trastorno del sueño secundario al uso de medicamentos.

RITMO DE SUEÑO/VIGILIA DE NO 24 HORAS

El trastorno se caracteriza por la presencia de insomnio o síntomas de somnolencia excesiva debidos al reloj circadiano interno, este período puede ser menor o, con más frecuencia, mayor de 24 horas, y como este reloj interno no se halla sincronizado con el ciclo de luz-oscuridad de 24 horas y los síntomas van a depender de cuándo el paciente trata de dormir con relación a este último ciclo (AASM, 2014).

Esta condición es relativamente frecuente en personas no videntes, e inusual en personas videntes.

Para el tratamiento se recomienda referir a un especialista, puede considerarse como primera elección el uso de melatonina (Ω).

GIETSH (Miembros del Consenso Terapéutico): Jerez Magaña AA, Majano de Carías EM, León Aldana JA, Pérez Córdova JM, Lara Girón JC, Del Cid García JJ, Vega Zeissig LE, Ramírez Samayoa OG, Durón RM.

TRASTORNO POR CAMBIO DE HORARIO

El trastorno se caracteriza por quejas referentes a somnolencia excesiva e insomnio relacionados con la agenda laboral (AASM, 2014).

El trabajo con turnos rotativos (en especial aquellos que implican hacer turnos de noche) tienen un efecto negativo sobre la salud de los trabajadores (vea tabla 9.5).

El diagnóstico de este trastorno se basa en la obtención de una historia clínica adecuada, registros de sueño, la actigrafía puede utilizarse para medir la respuesta al tratamiento (Ω).

Como primera elección se recomienda hacer las modificaciones respectivas en los aspectos de la higiene del sueño así como el uso de terapia cognitiva-conductual (Ω). Las siestas planificadas se recomiendan para mejorar el alerta y la vigilia, mejorando los tiempos de reacción y la disminución de accidentes laborales (**A**).

Los periodos de exposición a la luz en el ambiente laboral (2,350 a 12,000 lumens) y la restricción de luz en la mañana se recomiendan para disminuir la somnolencia y mejorar el alerta durante la jornada laboral (**B**).

La opción farmacológica recomendada como de primera elección es la Melatonina (5 a 10 mg) (Ω).

Como segunda elección se recomienda el uso de Zopiclona (7.5 mg) y como tercera opción se recomienda el uso de Triazolam (0.25 a 0.5 mg) o, en los países de la región donde no se encuentra disponible el Triazolam puede utilizarse el Midazolam (7.5 mg) (Ω). Otras guías recomiendan el uso de Temazepam pero este no se halla disponible en los países de la región.

También se ha sugerido el uso de Modafinilo para incrementar el alerta durante la jornada laboral (**B**), o el uso de cafeína con el mismo propósito, lo cual se sugiere de forma opcional (**B**).

JET LAG

En términos generales el trastorno se caracteriza por la presencia de insomnio o somnolencia excesiva diurna que se acompañan de disminución del tiempo total de sueño asociados a vuelos transmeridianos en jet a través de por lo menos dos zonas horarias; además se presentan alteración del funcionamiento diurno, malestar general o síntomas somáticos (alteraciones gastrointestinales) en el primero o segundo día después del viaje (AASM, 2014).

El diagnóstico de este trastorno se basa predominantemente en la historia clínica y el antecedente del vuelo transmeridiano en los últimos 3 días (Ω). La evidencia para recomendar de forma rutinaria la actigrafía, polisomnografía o el uso de marcadores de fase circadiana en el Jet-lag es insuficiente (Ω).

Como tratamiento de primera elección se recomienda exposición a la luz y siestas programadas (Ω).

Como tratamiento farmacológico se recomienda (Ω):

1. Primera elección: Melatonina (1 a 10 mg)
2. Segunda elección: Zolpidem (10 mg)

Tratamiento de los trastornos del sueño en atención primaria: Consenso terapéutico.

Otras opciones que podrían considerarse son el uso de Midazolam o Triazolam (donde se halle disponible); además puede considerarse el uso de Modafinilo o cafeína como activadores en las primeras horas de la mañana (Ω).

TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO SUEÑO/VIGILIA NO ESPECIFICADO

Los trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia no especificados deben referirse a un especialista (Ω).

Tratamiento de las parasomnias EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y UNIDADES DE SALUD PÚBLICA (CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITALES, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD)

Las parasomnias son experiencias físicas o sensoriales desagradables que se presentan durante el sueño, con el sueño o al despertar (Provini *et al*, 2011; Thorpy, 2012; AASM, 2014). Estas conductas anormales o experiencias sensoriales con frecuencia generan ansiedad en la familia o en el paciente, promueven el despertar y alteran la arquitectura de sueño.

PARASOMNIAS RELACIONADAS CON EL SUEÑO NMOR

De forma general para el tratamiento de las parasomnias relacionadas con el sueño NMOR se recomienda (Ω):

1. PRIMERA ELECCION: Melatonina.
2. SEGUNDA ELECCIÓN: Clonacepam.

TRASTORNOS DEL DESPERTAR (DE SUEÑO NMOR)

El término “parasomnias del despertar” ocurren en la fase de sueño NMOR y tienen como presentación común generar un despertar de una fase de sueño profundo (fase N3); y se caracterizan por episodios recurrentes de despertar incompleto, respuesta inapropiada o ausente a los estímulos de otros para intervenir o re-direccionar a la persona durante el episodio; la respuesta cognitiva del paciente durante el episodio es limitada o está ausente y hay amnesia parcial o completa del mismo.

DESPERTARES CONFUSIONALES

Las personas que presentan esta parasomnia refieren experimentar un despertar confuso, una experiencia de estar parcialmente despierto o parcialmente dormido.

Los despertares confusionales son más frecuentes en niños, consisten en confusión mental o comportamiento confuso tras el despertar de una etapa de sueño profundo o sueño lento.

Los episodios pueden durar desde unos pocos minutos hasta 30 o 40 minutos, suelen iniciar con movimientos automáticos como jugar con las sábanas, pueden ocurrir gemidos, vocalización o gritos. Regularmente los ojos están abiertos y con frecuencia mantienen una mirada vidriosa. Los movimientos pueden progresar a conductas violentas que pueden generar destrozos en camas o dañarse o dañar al compañero de cama.

Es importante resaltar que el despertar confusional ocurre en cama, el paciente puede incorporarse a la posición de sentado, sin embargo cuando se levanta de la cama e inicia movimientos, también inicia un episodio de sonambulismo (AASM, 2014).

SONAMBULISMO

Los episodios típicamente empiezan como un despertar confusional, aunque también pueden iniciar con el paciente que se levanta inmediatamente de la cama y camina, o incluso saltando de la cama y corriendo. Puede ocurrir comportamiento agitado, inadecuado, beligerante o violento. Las conductas pueden ser simples y sin un fin determinado, o complejas y prolongadas, algunas pueden incluir actividades sexuales que involucren al paciente o a un individuo cercano como un compañero de cama (AASM, 2014).

El episodio puede terminar de forma espontánea en un lugar diferente de la habitación, o el paciente puede retornar a su cama y continuar durmiendo sin tener conciencia del episodio. Las conductas reportadas varían desde correr hacia una pared, saltar por una ventana, conducir automóvil, salir de casa, deambular en las calles, escalar laderas, empuñar armas o cargar las armas (Oswald & Evans, 1985).

TERRORES NOCTURNOS

La característica de este trastorno es un despertar abrupto de fases profundas de sueño, acompañados de un grito de ayuda e importante activación autonómica manifestada por agitación, rubicundez, taquicardia y diaforesis, en algunas ocasiones piloerección y midriasis. El niño salta de la cama como si huyera de un peligro mortal, el cual no es evidente a los padres; o permanece inconsolable ante el auxilio de sus padres, la expresión facial es de miedo o pavor (Broughton, 2000; Guilleminault *et al*, 2006). Suele ocurrir durante el primer periodo de sueño, en las primeras tres horas tras el inicio del mismo, presentando amnesia del episodio al despertar.

De forma frecuente se tienden a confundir a los terrores del sueño con las pesadillas, sin embargo existen diferencias importantes entre uno y otro trastorno. Estas diferencias incluyen la fase de sueño en la que ocurren, debido a que las pesadillas ocurren durante el sueño MOR, y también la memoria del episodio, ya que el paciente que presenta pesadillas recuerda de forma clara el episodio (Simonds & Parraga, 1982).

TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN RELACIONADO CON EL SUEÑO

Este es un desorden heterogéneo que combina características de ambos problemas: el desorden alimenticio y el trastorno de sueño, en el cual los despertares nocturnos están seguidos por una conducta compulsiva por la alimentación rápida.

La presencia de despertares recurrentes en el sueño que se acompañan de alimentación y bebida incontrolada, suele ser la característica principal de estos episodios. Esta es una condición infradiagnosticada que se manifiesta por episodios recurrentes compulsivos e involuntarios de ingesta de alimentos y bebidas, durante la noche después de haber iniciado el sueño (Winkelman *et al*, 2011; Santin *et al*, 2014).

En el diagnóstico de esta parasomnia se recomienda la realización de pruebas tiroideas, glucosa en ayunas, insulina glucosilada, perfil lipídico y ácido úrico (Ω).

PARASOMNIAS RELACIONADAS CON EL SUEÑO MOR

Estas parasomnias ocurren típicamente durante el sueño MOR. La presentación característica de estos episodios incluye una alteración en los mecanismos fisiológicos encargados de la regulación de este tipo de sueño. Algunas de estas parasomnias son muy frecuentes como las pesadillas, las cuales habitualmente no son consideradas patológicas (Schrempf *et al*, 2014).

El diagnóstico de las parasomnias relacionadas al sueño MOR se basa en la obtención de una historia clínica completa, con registro de sueño, video-electroencefalografía y video-polisomnografía con oximetría (Ω).

También se recomienda investigar la presencia de ansiedad y otras patologías psiquiátricas (Ω).

Fuera del uso de Melatonina, cuando esta se halle indicada, el tratamiento está basado en terapia cognitiva-conductual (Ω).

TRASTORNO DE LA CONDUCTA DEL SUEÑO MOR

Esta parasomnia está caracterizada por una pérdida de la atonía muscular propia del estado de sueño MOR, existe un incremento importante del tono muscular durante este estado de sueño y aumento de la vivencia de los sueños (Olson *et al*, 2000; McCarter *et al*, 2012).

Esta es una de las parasomnias más dramáticas y potencialmente dañinas. Los pacientes reportan conductas que varían desde simples movimientos de piernas a conductas motoras complejas y violentas asociadas a un aumento en la ensoñación, que pueden tener consecuencias médico legales (Postuma *et al*, 2009b; McCarter *et al*, 2012).

También es posible observar a un grupo de pacientes que presentan sueño MOR con ausencia de la típica atonía muscular, en donde se observa el aumento del tono muscular o movimientos fásicos en los canales electromiográficos de la polisomnografía, sin presentar los síntomas de incremento en la ensoñación (McCarter *et al*, 2012).

A este grupo de pacientes sintomáticos o asintomáticos se recomienda seguimiento estricto, debido a la estrecha relación entre este fenómeno y enfermedades neurodegenerativas como α -sinucleopatías, que pueden dar manifestaciones clínicas mucho tiempo después (Schenck & Mahowald, 2002; McCarter *et al*, 2012; Schenck *et al*, 2013).

PARÁLISIS DEL SUEÑO, AISLADA RECURRENTE

La parálisis del sueño está caracterizada por un periodo de tiempo durante el cual el movimiento muscular voluntario está inhibido, mientras que los movimientos oculares y respiratorios se mantienen intactos y la conciencia está preservada (Pigeon *et al*, 2013).

PESADILLAS

Las pesadillas están caracterizadas por sueños recurrentes y muy desagradables, los cuales son experiencias displacenteras que generalmente ocurren en sueño MOR y que tienen como resultado el despertar, son más frecuentes durante la segunda mitad de la noche (Ω).

OTRAS PARASOMNIAS

Como medida general en el manejo de otras parasomnias se recomienda referirlas al especialista (Ω).

Tratamiento de los trastornos del movimiento relacionados con el sueño EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y UNIDADES DE SALUD PÚBLICA (CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITALES, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD)

Los trastornos del sueño relacionados con los movimientos son episodios de conductas, principalmente movimientos simples, usualmente estereotipados, que alteran el sueño tras su apareamiento (AASM, 2014).

En términos generales, el diagnóstico se establece por la historia detallada obtenida del paciente, sin embargo cuando el cuadro no es tan claro, se requiere de video-polisomnografía (Ω).

síndrome de piernas inquietas

La característica clínica principal de este grupo de pacientes es manifestada de forma universal, y se describe como una necesidad o urgencia por mover las piernas cuando los pacientes están en reposo o inactividad, acompañado de una sensación desagradable que requiere de mover las extremidades para aliviar esta sensación. Tiene un predominio de horario y ocurre particularmente por la tarde noche o a la hora de acostarse.

El tratamiento del síndrome de piernas inquietas ha de basarse en dos grandes estrategias, el tratamiento no farmacológico y el tratamiento farmacológico, ambas estrategias deben coordinarse para optimizar el mismo.

El tratamiento no farmacológico incluye la identificación de factores de riesgo potencial que se manifiestan en el estilo de vida o en el consumo de medicamentos y que puedan agravar los síntomas de piernas inquietas, estos deben estar dirigidos a:

- Eliminar precipitantes como cafeína, estimulantes, nicotina, alcohol, e identificación de medicamentos que puedan causar este trastorno (Ω).
- Modificar aquellos aspectos de la higiene del sueño en busca de conductas que podrían influir favorablemente en el trastorno (Ω).
- Usar intervenciones simples en el comportamiento (Ω).
- Hacer ejercicios de forma rutinarias (Ω).
- Manejo del peso (Ω).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SINDROME DE PIERNAS INQUIETAS:

- Acatasia.
- Calambres nocturnos.
- Claudicación intermitente.
- Discinesia tardía.
- Dolor crónico.
- Fibromialgia.
- Incomodidad posicional.
- Insomnio fisiopatológico.
- Insuficiencia venosa.
- Neuropatías: Parestesias.
Polineuropatía.
Radiculopatía.
Síndrome de pies ardientes.

GIETSH

Para el diagnóstico se recomienda la obtención de una historia clínica completa, la administración de escalas de evaluación, además la realización Pruebas tiroides, Glucemia, VDRL, B12, Hierro, Ferritina, HIV, Pruebas renales, y la realización de actigrafía por un periodo no menor de 2 semanas (Ω).

Como primera elección del tratamiento farmacológico se recomienda el uso de Pramipexole (0.325 a 0.75 mg después de cena, ya sea de forma estándar o de liberación prolongada, aunque la recomendación principal es que el tratamiento de estos pacientes debe dejarse en manos del especialista (Ω).

trastorno del movimiento periodico de las extremidades

Los movimientos periódicos de piernas (MPP), representan un trastorno de sueño caracterizado por episodios repetitivos de movimientos de piernas. Además de que estos episodios son repetitivos, los movimientos también son estereotipados y afectan a las extremidades durante el sueño, la mayoría de estos movimientos ocurren en las extremidades inferiores y pueden ocurrir en los dedos, tobillos, pies y caderas; muy raramente ocurren en extremidades superiores (Coleman *et al*, 1981; Hening *et al*, 2007).

Para el diagnóstico se requiere de la realización de video-polisomnografía para la identificación de los movimientos de extremidades, estos movimientos deben ser medidos con electrodos de superficie colocados en la región tibial. Para considerarlos como MPP estos deben tener una duración de 0.5 a 10 segundos, además se debe observar un incremento de al menos 25% en la amplitud de estos movimientos, en relación a los movimientos de dorsiflexión de los dedos realizados en la calibración (AASM, 2007).

Como primera opción del tratamiento farmacológico se recomienda el uso de Pramipexole.

GIETSH (Miembros del Consenso Terapéutico): Jerez Magaña AA, Majano de Carías EM, León Aldana JA, Pérez Córdoba JM, Lara Girón JC, Del Cid García JJ, Vega Zeissig LE, Ramírez Samayoa OG, Durón RM.

calambres de las piernas relacionados con el sueño.

La característica principal es una sensación dolorosa e incapacitante, causada por una contracción muscular súbita, con una duración en promedio de 9 minutos por episodio, sin embargo puede variar desde algunos segundos hasta varios minutos más (Allen & Kirby, 2012; AASM, 2014). Esta sensación es localizada usualmente en los gemelos o en pequeños músculos del pie. Regularmente se percibe una sensación dolorosa o episodios recurrentes aun horas después del primer episodio.

Para el diagnóstico se recomienda la obtención de una historia clínica completa, medición de niveles de electrolíticos (particularmente potasio), actigrafía y electromiografía (Ω).

Como primera opción del tratamiento se recomienda el uso de sulfato de quinina en dosis de 200 mg o el uso de bebidas como agua tónica o agua quina (Ω).

bruxismo relacionado con el sueño

El bruxismo se caracteriza por la presencia de sonidos frecuentes o regulares de rechinar de dientes durante el sueño, puede haber desgaste anormal de las piezas dentales y dolor matutino, y/o cefalea en diana o temporal y/o bloqueo mandibular al despertar (AASM, 2014).

Para el diagnóstico es esencial la obtención de una historia clínica completa, en la cual destacan los amaneceres con dolor en los maseteros, cefaleas en diana y desgastes de piezas dentales; es importante descartar el antecedente de estrés post-traumático (Ω).

Para el tratamiento del bruxismo se recomienda el uso de guarda oclusiva (Ω).

trastorno de movimientos rítmicos relacionados con el sueño

Este grupo de trastornos se caracteriza por presentar un comportamiento motor que incluyen movimientos rítmicos, estereotipados, de grandes grupos musculares, que ocurren principalmente durante la somnolencia, como un fenómeno de conciliación de sueño y/o durante cualquier fase de sueño (Anderson *et al*, 2006; AASM, 2014). Este tipo de conductas son frecuentes en infantes y antes de los 5 años, solo 5% persiste más allá de los 5 años (Anderson *et al*, 2006).

Para el diagnóstico debe descartarse la presencia de trastornos de ansiedad o proceso de duelo y duelo patológico (Ω).

Como primera opción terapéutica se recomienda el uso de clonacepam (Ω).

Tratamiento de los trastornos del sueño en las epilepsias EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y UNIDADES DE SALUD PÚBLICA (CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITALES, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD)

La complejidad del manejo de los trastornos del sueño en las epilepsias hace necesario el manejo especializado de las mismas, por lo que se recomienda referir al especialista (Ω).

Tratamiento de otros trastornos del sueño EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y UNIDADES DE SALUD PÚBLICA (CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITALES, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD)

Se trata de trastornos con un amplio grado de complejidad que deben ser estudiados y tratados en centros especializados (Ω).

Tratamiento de los trastornos del sueño en NIÑOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y UNIDADES DE SALUD PÚBLICA (CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITALES, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD)

En términos generales se recomienda la obtención historia clínica completa que incluya:

- Historia familiar de trastornos del sueño (Ω).
- Descripción del sueño durante las 24 horas así conducta diurna, horarios de sueño, edad de del trastorno, rendimiento escolar, compromiso funciones biológicas (Ω).
- Uso de medicamentos (prescritos o no) o (Ω).
- Presencia de otras patologías (Ω).
- Uso de preguntas clave

Además es importante obtener una agenda de de por lo menos 15 días de duración (Ω).

Para el tratamiento de los trastornos del sueño en debe evitarse el tratamiento farmacológico, este dejarse en manos de un especialista (Ω).

PREGUNTAS CLAVE QUE NOS PUEDEN HACER SOSPECHAR TRASTORNOS DEL SUEÑO.

Durante el día: ¿Tiene

- Mal rendimiento escolar?
- Hiperactividad?
- Trastorno del comportamiento, agresividad?
- Accidentes frecuentes?
- Dolores de crecimiento?
- Cefaleas matutinas?
- Retraso pondero-estatural?
- Somnolencia diurna excesiva (en > 5 años)?
- Mejora la conducta si duerme más?

Durante la noche: ¿Tiene

- Despertares frecuentes (3-5 requerimientos/noche, más de 3 noches/semana (en > 1 año)?
- Tarda más de media hora en dormirse? ¿Llora?
- Ronquido nocturno?
- Pausas respiratorias?
- Respiración bucal?
- Dificultad para despertar por las mañanas?
- Excesiva irritación al despertar?

Tomado de: Grupo de Trabajo de la Guía Práctica Clínica en la Infancia y la Adolescencia en la Atención Primaria.

de una

como la inicio de otras drogas

sueño

niños debe