

Guía de Práctica Clínica GPC

Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño

Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-385-10



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

F51 Trastornos no orgánicos del sueño
F51.0 Insomnio no orgánico
F51.1 Hipersomnio no orgánico
F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia
F51.3 Sonambulismo
F51.4 Terrores del sueño (terrores nocturnos)
F51.5 Pesadillas
F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño
F51.9 Trastorno no orgánico del sueño, no especificado
G47 Trastornos orgánicos del sueño

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Los trastornos del sueño son una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir. Existiendo tanto en las etapas de inicio, de mantenimiento, como durante el ciclo sueño-vigilia.

Existen dos tipos principales de sueño: Sueño de movimientos oculares rápidos (REM por sus siglas en inglés) o paradójico, y el No REM.

FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo:

Edad.- Se considera a la edad principalmente en las últimas décadas de la vida, como un factor de riesgo para padecer algún tipo de trastorno del sueño.

Sexo.- La mayoría de los estudios epidemiológicos coinciden que ser del sexo femenino es un factor de riesgo para padecer algún tipo de trastorno del sueño, pues su prevalencia ha sido mayor.

Factores socioeconómicos.- Circunstancias adversas en la vida, como por ejemplo, estrés, problemas personales, económicos, etc. en la mayoría de las veces son causa de trastornos del sueño principalmente de insomnio primario.

Estado civil.- Se ha visto que en las personas que se encuentran divorciados, separadas o viudas, la frecuencia de trastornos del sueño es mayor.

Uso y/o abuso de sustancias.- Es frecuente detectar algún tipo de trastorno del sueño en personas que suelen tener consumo de sustancias con algún efecto estimulante o somnífero principalmente.

Enfermedades médicas.- Muchas enfermedades en sus diferentes etapas de evolución suelen cursar con algún tipo de trastornos del sueño como por ejemplo insomnio o hipersomnio.

Enfermedades psiquiátricas.- Los trastornos psiquiátricos en su mayoría cursan con trastornos del sueño.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico debe sustentarse en una historia clínica completa, que incluya historia de los hábitos de sueño, apoyada por un registro de sueño realizado por el paciente y/o por la información de la pareja o familiar.

Se sugieren los siguientes pasos en el procedimiento diagnóstico:

1. Diario del sueño (registro) con valoración basal del problema y de la efectividad del tratamiento empleado.
2. Registro de las consecuencias del trastorno en la calidad de vida del paciente.
3. Considerar a la depresión u otros trastornos psiquiátricos como factores etiológicos.

Considerar la realización de un registro polisomnográfico en pacientes con tratamiento no exitoso, alteraciones de conducta durante el sueño, diagnóstico inicial incierto o con trastornos relacionados con la respiración o movimientos periódicos de las piernas.

Es recomendable llevar un registro de sueño mediante una agenda llevada por el paciente y/o familiar.

Insomnio no orgánico:

Se caracteriza por una cantidad y/o calidad de sueño insatisfactorio que persiste durante un período considerable de tiempo e incluye dificultad para conciliar y mantener el sueño, o despertar precoz. Es el tipo más frecuente de trastorno

Los criterios diagnósticos son:

A.- El individuo se queja de dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantenerse dormido o sueño no reparador.

B.- La alteración del sueño se produce al menos tres veces por semana, durante al menos un mes.

C.-La alteración del sueño produce un malestar marcado o una interferencia en el funcionamiento personal de la vida diaria.

D.-Ausencia de un factor orgánico causal conocido como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancias o debido a medicación

En otras clasificaciones suelen considerarse en relación al tiempo como insomnio crónico (mayor de 4 semanas), severo y refractario

Hipersomnia no orgánico

La principal característica de la hipersomnia idiopática es la somnolencia excesiva durante el día al menos por un mes, evidenciado por sueño prolongado (mayor de 8 horas) con la calidad del sueño normal, dificultad al despertar, somnolencia en las horas habituales de vigilia por lo que hay siestas intencionadas y sueños inadvertidos.

La somnolencia debe de ser de la suficiente gravedad para provocar un deterioro clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otra actividad del individuo, no se debe a otros trastornos del sueño o de otro trastorno mental ni se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

Debe haber ausencia de síntomas secundarios de la narcolepsia como cataplejía, alucinaciones hipnagógicas e hipnapómpicas, parálisis del sueño, ni síntomas de la apnea del sueño como ronquidos e interrupciones de la respiración nocturna.

La *hipersomnia recurrente* es una entidad diferente que se caracteriza por la aparición de somnolencia de una forma periódica durante varios días o semanas con la presencia de varios periodos sintomáticos varias veces al año, en los periodos asintomáticos la duración del sueño y el nivel de alerta diurno son normales.

El síndrome de Kleine Levin es una hipersomnía recurrente en donde los individuos pueden llegar a tener 18 a 24 horas de sueño, se asocian con desinhibición como hipersexualidad y episodios de ingesta excesiva y compulsiva y ganancia de peso. Es más común en hombres adolescentes. La hipersomnía asociada a la menstruación puede ser marcada e intermitente con patrones alterados de conducta, e ingesta excesiva de alimentos.

La polisomnografía muestra la presencia de un sueño normal o prolongado con una latencia de sueño REM acortada, que puede ser de 20 minutos; Algunos individuos presentan aumento del sueño de ondas lentas.

El test de latencia múltiple revela somnolencia fisiológica diurna.

Mientras que en el síndrome de Kleine-Levin la polisomnografía muestra aumento del tiempo total de sueño y una disminución de la latencia del sueño REM, que puede ser de menor de 10 minutos.

Se debe asegurar que la hipersomnía no está relacionada con restricción del sueño, uso de medicamentos o trastornos psiquiátricos.

La conveniencia de la administración de medicamentos se sustenta al considerar su costo-beneficio al mejorar la calidad de vida, patrón funcional y riesgos asociados al trastorno.

El metilfenidato se puede administrar en dosis de 10 a 60 mg al día, de preferencia el de liberación controlada.

Hay evidencia de que el carbonato de litio es útil en la hipersomnía recurrente y controla los síntomas conductuales asociados.

Como en la narcolepsia también en la hipersomnía se recomiendan las combinaciones de estimulantes de corta acción como el metilfenidato.

Se debe evaluar el paciente en cuanto a la eficacia y efectos colaterales del tratamiento, alteraciones del sueño, cambios del estado de ánimo y anomalías cardiovasculares o metabólicas por lo que se recomienda evaluar cada 6 meses o un año.

Los pacientes que no responden a un tratamiento con dosis adecuadas deben ser re-evaluados y descartar malos hábitos de sueño, apnea del sueño y síndrome de movimientos periódicos de las piernas. Debe considerarse la re-evaluación con polisomnografía.

Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia (trastornos del ritmo circadiano)

Esta categoría comprende:

- 1.-Retraso de la fase de sueño.
- 2.-Desfase por cambio de husos horarios (jet lag).
- 3.-Trabajos en turnos (cambios de turno de trabajo).
- 4.-No especificados (adelanto de la fase del sueño, patrón de sueño vigilia irregular, y ritmo distinto de 24 hrs).

Los criterios diagnósticos son:

A.- El patrón de sueño vigilia del individuo no está sincronizado con el ciclo sueño vigilia deseable, de acuerdo a la costumbre social y a lo compartido por la mayoría de individuos en su entorno.

B.-Como resultado de esa alteración en el ciclo sueño vigilia, el individuo padece insomnio durante el periodo en que los demás duermen, o Hipersomnía durante el periodo en que los demás están despiertos. Con una frecuencia casi diaria durante el menos un mes o de forma recurrente durante pequeños periodos de tiempo.

C.-La cantidad, el tiempo y la calidad insatisfactorios de sueño ocasionan un malestar personal marcado o interfieren en el funcionamiento personal de la vida diaria.

D.-Ausencia de un factor orgánico causal conocido, como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido a consumo de sustancias psicoactivas o medicación.

Sonambulismo:

Es un estado de conciencia alterada en las que se combinan fenómenos del sueño y vigilia. Durante un episodio de sonambulismo el individuo se levanta de la cama por lo general durante el primer tercio del sueño nocturno, y deambula, mostrando un nivel bajo de conciencia, reactividad y torpeza de movimientos, cuando despierta no suele recordar el acontecimiento. El sonambulismo puede aparecer a cualquier edad, aunque la mayoría de los episodios se presenta en niños entre los 4 y 8 años y sueña remitir en la adolescencia. En el adulto suele adoptar un carácter crónico con altas y bajas o episodios aislados.

El sonambulismo suele acompañar a otros padecimientos tales como la Narcolepsia, trastorno del comportamiento del sueño, uso de sustancias y los trastornos respiratorios del sueño.

Los criterios diagnósticos son.

- A. El síntoma predominante son episodios reiterados (2 o mas) en los cuales el individuo se levanta de la cama, generalmente durante el primer tercio del sueño nocturno, y deambula durante varios minutos hasta media hora.
- B. Durante un episodio el individuo tiene la facies inexpresiva, la mirada fija, una relativa falta de respuesta a los esfuerzos de los demás por modificar el episodio o para comunicarse con el, y solo puede ser despertado con un esfuerzo considerable.
- C. Al despertarse (del episodio de sonambulismo o a la mañana siguiente) el individuo no recuerda el episodio.
- D. Al cabo de varios minutos del despertar del episodio no hay trastornos de la actividad mental o del comportamiento, aunque inicialmente puede haber un periodo corto de cierta confusión y desorientación.
- E. No hay prueba de un trastorno mental orgánico, tal como demencia, o de un trastorno somático, como epilepsia.

Considerar que el sonambulismo puede formar parte de otros trastornos del sueño tales como la apnea obstructiva del sueño, narcolepsia, uso y abuso de sustancias.

Terrores del sueño (terrores nocturnos)

Se caracteriza por episodios nocturnos de terror y pánico que se acompañan de gritos, movimientos bruscos e hiperactividad vegetativa.

Los criterios diagnósticos son

- A.- Episodio repetidos (dos o más) en los cuales el individuo se levanta del sueño con un grito de pánico e intensa ansiedad, movimientos bruscos e hiperactividad vegetativa.
- B.- Los episodios se producen principalmente durante el primer tercio del sueño.
- C.- La duración del episodio es menor de 10 minutos.
- D.- Si otros intentan tranquilizar al individuo durante el episodio, no hay respuesta y se continúan la desorientación y los movimientos perseverantes.
- E.- El individuo tiene un recuerdo limitado del episodio y en la mayoría de las veces amnesia de ello.
- F.- Ausencia de un factor orgánico causal conocido, como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancia psicoactivas o medicación.

Es muy frecuente en la población infantil, sobre todo en el sexo masculino, rara vez persiste en la adolescencia.

Pesadillas

Experiencias oníricas acompañadas de ansiedad o miedo, existe un recuerdo muy detallado que implica una amenaza para la supervivencia, la seguridad o autoestima. Con frecuencia suele repetirse el mismo tema. No existe amnesia al evento, ni problemas en la orientación.

Los criterios diagnósticos son:

A.- El individuo se despierta del sueño nocturno o de la siesta con un recuerdo vivido o detallado de sueños intensamente terroríficos, relacionados normalmente con amenaza a la supervivencia, a la seguridad o la autoestima. El despertar puede producirse en cualquier momento del periodo de sueño, pero típicamente suele producirse durante la segunda mitad.

B.- Tras despertar del sueño terrorífico el individuo pasa a estar rápidamente orientado y alerta.

C.-La experiencia onírica en si misma y la alteración en el sueño a la que dan lugar los despertares asociados con los episodios causan un malestar marcado al individuo.

D.- Ausencia de un factor orgánico conocido tal como un trastorno neurológico o somático, un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas o a medicación.

Trastornos no orgánicos del sueño o especificado

El insomnio suele acompañar a trastornos psiquiátricos como la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, esquizofrenia, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.

El insomnio, hipersomnio y parasomnias pueden estar presentes en diversas condiciones médicas como el hipertiroidismo, enfermedades neurodegenerativas, epilepsia, cefalea, trastornos del ritmo cardiaco, isquemia cardíaca nocturna, insuficiencia cardiaca congestiva, valvulopatías, variaciones de la presión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma relacionado al sueño, reflujo gastroesofágico relacionado al sueño, enfermedad péptica ulcerosa, aquellas acompañadas de dolor y efectos colaterales por el uso o retirada de medicamentos o sustancias psicoactivas.

Narcolepsia

es un trastorno de etiología desconocida que se caracteriza con somnolencia excesiva típicamente asociada a cataplejía y otros fenómenos del sueño REM, como parálisis del sueño o alucinaciones hipnagógicas e hipnapómpicas. Los ataques de sueño deben ocurrir diariamente al menos por 3 meses, son desencadenadas por emociones intensas; sin embargo, no es necesario que haya la presencia de cataplejía. Los síntomas no deben asociarse al uso de sustancias o a otra enfermedad médica. Aunque la CIE10 la clasifica en el capítulo dedicado a las enfermedades neurológicas, lo incluye en este apartado para permitir el diagnóstico diferencial. El individuo deberá demostrar un ritmo circadiano regular y una cantidad adecuada de sueño nocturno.

La Narcolepsia se debe sospechar en todo individuo que presente síntomas de somnolencia excesiva diurna, para ello hay escalas autoaplicables como la de Epworth.

Hacer diagnóstico diferencial determinando la presencia de uso de sustancias, enfermedades médicas y enfermedades psiquiátricas.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- El diagnóstico de los trastornos del sueño es fundamentalmente clínico y en ocasiones por exclusión. Aunque en situaciones especiales la presunción diagnóstica puede apoyarse en valoraciones de registros múltiples electrofisiológicas (polisomnograma del sueño) realizadas en un laboratorio del sueño.
- Una vez identificado un trastorno del sueño debe hacerse la semiología específica para la tipificación del trastorno y establecer el manejo terapéutico adecuado (algoritmo 1 y 2)
- La escala autoaplicable Epworth puede diferenciar entre narcolepsia e hipersomnía primaria (anexo 5.3, cuadro 3).

El registro electroencefalográfico diurno es útil en el estudio de la narcolepsia.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Insomnio no orgánico

Las medidas inespecíficas para inducir el sueño son de utilidad como primera elección.

Cuando estas medidas no resuelven el problema se inicia el manejo farmacológico y de estos existen diferentes opciones como por ejemplo, fármacos no benzodiazepínicos, benzodiazepínicos u otros con efectos sedantes.

Las benzodiazepinas suelen usarse con frecuencia, ya que acortan la latencia del sueño y aumentan la continuidad del mismo; es preferible usar aquellas de vida media corta o intermedia como por ejemplo: triazolam, midazolam, alprazolam, lorazepam, este grupo de benzodiazepinas se indican preferentemente cuando se acompaña el cuadro clínico con periodos de ansiedad. En los terceros suelen usarse antidepresivos o antipsicóticos con efectos sedantes a dosis bajas, por ejemplo mianserina, mirtazapina, amitriptilina, trazodona, olanzapina, levomepromacina sobre todo cuando coexiste con depresión o trastorno psicótico.

En el insomnio crónico se recomienda el uso de hipnóticos por tiempos prolongados a la par de terapia cognitivo conductual cuando sea posible.

En caso de usar benzodiazepinas se sugiere dosis mínimas terapéuticas por periodos de tiempo cortos.

Hipersomnía no orgánica

La conveniencia de la administración de medicamentos se sustenta al considerar su costo-beneficio al mejorar la calidad de vida, patrón funcional y riesgos asociados al trastorno.

El metilfenidato se puede administrar en dosis de 10 a 60 mg al día, de preferencia el de liberación controlada.

Hay evidencia de que el carbonato de litio es útil en la hipersomnía recurrente y controla los síntomas conductuales asociados.

Como en la narcolepsia también en la hipersomnía se recomiendan las combinaciones de estimulantes de corta acción como el metilfenidato.

Se debe evaluar al paciente en cuanto a la eficacia y efectos colaterales del tratamiento, alteraciones del sueño, cambios del estado de ánimo y anomalías cardiovasculares o metabólicas por lo que se recomienda evaluar cada 6 meses o un año.

Los pacientes que no responden a un tratamiento con dosis adecuadas deben ser re-evaluados y descartar

malos hábitos de sueño, apnea del sueño y síndrome de movimientos periódicos de las piernas. Debe considerarse la re-evaluación con polisomnografía.

Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia (trastornos del ritmo circadiano)

No existe tratamiento específico de tipo farmacológico, sin embargo, varios estudios han mostrado la utilidad del uso de algunos antidepresivos principalmente aquellos que tienen un efecto preponderante en la inhibición de la recaptura de noradrenalina como por ejemplo desimipramina, venlafaxina.

El uso de melatonina ha resultado controversial así como el del antidepresivo agomelatina que se ha utilizado por su agonismo con melatonina.

Sonambulismo

No existe un tratamiento específico para el sonambulismo, aunque algunos fármacos que suprimen la etapa IV del sueño como las benzodiazepinas son útiles.

Terrores del sueño (terrores nocturnos)

No existe tratamiento específico. Benzodiazepinas (diazepam) y antiepilépticos (carbamazepina) han mostrado utilidad.

Considerar la posibilidad de valoración por el servicio de psiquiatría y/o neurología.

Pesadillas

Aunque no existe un tratamiento farmacológico específico, las benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos o del tipo ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) pueden ser útiles.

Trastorno no orgánico del sueño no especificado

Se recomienda el uso de fármacos dirigidos al tratamiento del trastorno de base prefiriendo aquellos con efectos sedantes, así como valorar el uso de hipnóticos o inductores del sueño cuando estén indicados.

Narcolepsia

Algunos medicamento no mejoran la cataplejía y los antidepresivos no mejoran el alerta, por lo que los medicamentos que se recomiendan son los siguientes: Metilfenidato; Los antidepresivos tricíclicos, los ISRS y Venlafaxina pueden ser útiles en la parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas. 8) Combinaciones de estimulantes de corta duración (por ejemplo metilfenidato)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Las técnicas que han demostrado utilidad son:

- 1.- Medidas inespecíficas para inducir el sueño (higiene del sueño). Ver Tabla No. 2. (anexo 6.3, cuadro 2)
- 2.- Los tratamientos cognitivos y conductuales (TCC).
- 3.- Restricción del tiempo dedicado a dormir.
- 4.- Técnicas de relajación.
- 5.- Intención paradójica (psicología inversa).

6.- Control de estímulos externos.

Asesoramiento y prescripción de técnicas inespecíficas para inducción del sueño

Se recomienda contar dentro de los sistemas de informática institucional material imprimible para el paciente como la “Escala de insomnio Pittsburgh” y medidas inespecíficas para inducir el sueño (Anexo 6.3, cuadro 1)

Insomnio no orgánico

Las medidas inespecíficas para inducir el sueño son de utilidad como primera elección.

Es recomendable utilizar medidas inespecíficas de primera instancia y terapias cognitivo conductual (Anexo 6.3, cuadro 2)

Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia (trastornos del ritmo circadiano)

Como tratamiento no farmacológico, el uso de exposición a luz brillante (2500 lux) han demostrado utilidad para avanzar o retrasar el ciclo sueño-vigilia ya sea utilizándolo muy temprano en el día o por la noche según la intención terapéutica. Otra técnica en los trastornos de desfase ciclo sueño vigilia consiste en avanzar una o dos horas el inicio al sueño hasta que finalmente el sujeto puede conciliarlo a horas tempranas de la noche (suele iniciarse en laboratorios de sueño).

Terrores del sueño

Considerar la posibilidad de valoración por el servicio de psiquiatría y/o neurología.

Trastorno no orgánico del sueño no especificado

Cuando las alteraciones se relacionan con el consumo o retirada de fármacos o sustancias psicoactivas, intentar modificar la prescripción del medicamento y tratar el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Narcolepsia

Identificar y tratar a los pacientes con Narcolepsia que tienen afección de su calidad de vida por afección de los ámbitos social, laboral y posibles peligros de integridad y de terceros secundarios a este padecimiento.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**Referencia a Segundo Nivel**

Los casos que se resuelven con procedimientos primarios de atención terapéutica y no representan alta probabilidad de riesgo por complicaciones médicas, pueden ser manejados en los primeros niveles de atención médica.

Los casos que de inicio tienen ya una complejidad diagnóstica y terapéutica requieren de un manejo especializado.

Se sugiere canalizar a un nivel de especialidad médica a aquellos pacientes que no han respondido al tratamiento de primera línea por ejemplo en los casos de insomnio e hipersomnio.

Si el trastorno corresponde a un síntoma de una enfermedad psiquiátrica o médica, esta deberá tratarse de acuerdo a los lineamientos específicos de la patología de base.

En los casos de trastornos del sueño correspondientes a entidades que requiere de estudios o abordajes especiales, como por ejemplo narcolepsia, terrores nocturnos, sonambulismo, estos deberán referirse a un nivel de especialidad.

Los casos sospechosos que cursan con problemas relacionados con la respiración como por ejemplo, apnea y la apnea obstructiva, deben ser referidos.

SEGUIMIENTO

Se considera que los trastornos del sueño cursan con recaídas y recurrencias frecuentes, así como también con riesgo de abuso de algunos de los fármacos del tratamiento.

En caso de trastornos primarios como insomnio o hipersomnia se sugiere revisión semanal cuando el caso lo amerite para evaluar apego y respuesta al tratamiento.

En los otros tipos de trastornos las valoraciones dependerán de la evolución y la respuesta al tratamiento.

Monitoreo y vigilancia del uso de fármacos.

INCAPACIDAD

Los trastornos del sueño producen disfuncionalidad en diferentes intensidades que alteran significativamente el desempeño laboral.

Son también factores importantes en la casuística de accidentes.

La incapacidad para el trabajo se considera como parte integral del tratamiento en aquellos casos que esta se justifica.

La incapacidad laboral deberá considerarse, principalmente cuando el trastorno genera un deterioro importante por sí mismo; así como por los efectos colaterales del tratamiento y del puesto específico del trabajo.

Se deberá reintegrar a su actividad laboral en el menor tiempo posible al lograrse una mejoría en la que la disfuncionalidad no interfiera de manera importante con su desempeño.

ESCALAS

Cuadro 1. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Apellidos y nombre _____ N° H.*C. _____

Sexo _____ Estado civil _____ Edad _____ Fecha ___/___/___

Instrucciones:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido usted normalmente durante el último mes. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.

¡Muy importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama)

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

- g) Sentir demasiado calor:
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
- h) Tener pesadillas o «malos sueños»:
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
- i) Sufrir dolores:
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
- j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación): _____

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| Bastante bueno | <input type="checkbox"/> |
| Bueno | <input type="checkbox"/> |
| Malo | <input type="checkbox"/> |
| Bastante malo | <input type="checkbox"/> |

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Ninguna vez en el último mes | <input type="checkbox"/> |
| Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| Tres o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el «tener ánimos» para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Ningún problema | <input type="checkbox"/> |
| Sólo un leve problema | <input type="checkbox"/> |
| Un problema | <input type="checkbox"/> |
| Un grave problema | <input type="checkbox"/> |

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

- | | |
|---|--------------------------|
| Solo | <input type="checkbox"/> |
| Con alguien en otra habitación | <input type="checkbox"/> |
| En la misma habitación, pero en otra cama | <input type="checkbox"/> |
| En la misma cama | <input type="checkbox"/> |

Cuadro 2. Medidas inespecíficas para inducir el sueño (hábitos saludables para dormir)

- 1.- Despertarse todos los días a la misma hora.
- 2.- Limitar cada día el tiempo invertido en la cama a la cantidad habitual antes del trastorno.
- 3.- Retirar cualquier fármaco o droga que actúe sobre el sistema nervioso central (cafeína, nicotina, alcohol, estimulantes, etc.)
- 4.- Evitar las siestas durante el día (salvo si la gráfica del sueño revela que inducen un mejor sueño nocturno).
- 5.- Fomentar la actividad física a través de un programa gradual de ejercicio vigoroso en las primeras horas de la mañana.
- 6.- Evitar la estimulación vespertina: sustituir la televisión por la radio o una lectura relajada que no motive a seguir con su lectura sin poder dejarla para después.
- 7.- Probar con baños con temperatura caliente, durante 20 min. poco antes de acostarse.
- 8.- Comer cada día a la misma hora, evitar comidas copiosas antes de acostarse.
- 9.- Ejercitar rutinas de relajación vespertina o antes de la hora deseada para dormir, por ejemplo: relajación muscular progresiva o meditación.
- 10.- Mantener condiciones cómodas para dormir.

Fuente: Sadock BJ, Sadock V A. Trastornos del sueño. en Manual de bolsillo de psiquiatría clínica, Kaplan & Sadock. 4ª edición, Lippincott Williams & Wilkins. Barcelona España 2008

Cuadro 3. Versión Mexicana de la Escala de Somnolencia Epworth UNAM/UAM

Instrucciones:

Coloque una cruz que tan frecuentemente se queda dormido Usted en cada una de las siguientes situaciones (**durante el día**)

	nunca (0)	solo algunas veces (1)	muchas veces (2)	casi siempre (3)
1.- Sentado leyendo				
2.- Viendo la televisión				
3.- Sentado, inactivo, en un lugar público				
4.- Como pasajero en un viaje de una hora (o más) sin paradas				
5.- Acostado, descansando por la tarde				
6.- Sentado, platicando con alguien				
7.- Sentado cómodamente después de comer, sin haber tomado bebidas alcohólicas				
8.- Viajando en un transporte detenido en el tráfico				

Nota: el valor obtenido va de 0 a 24

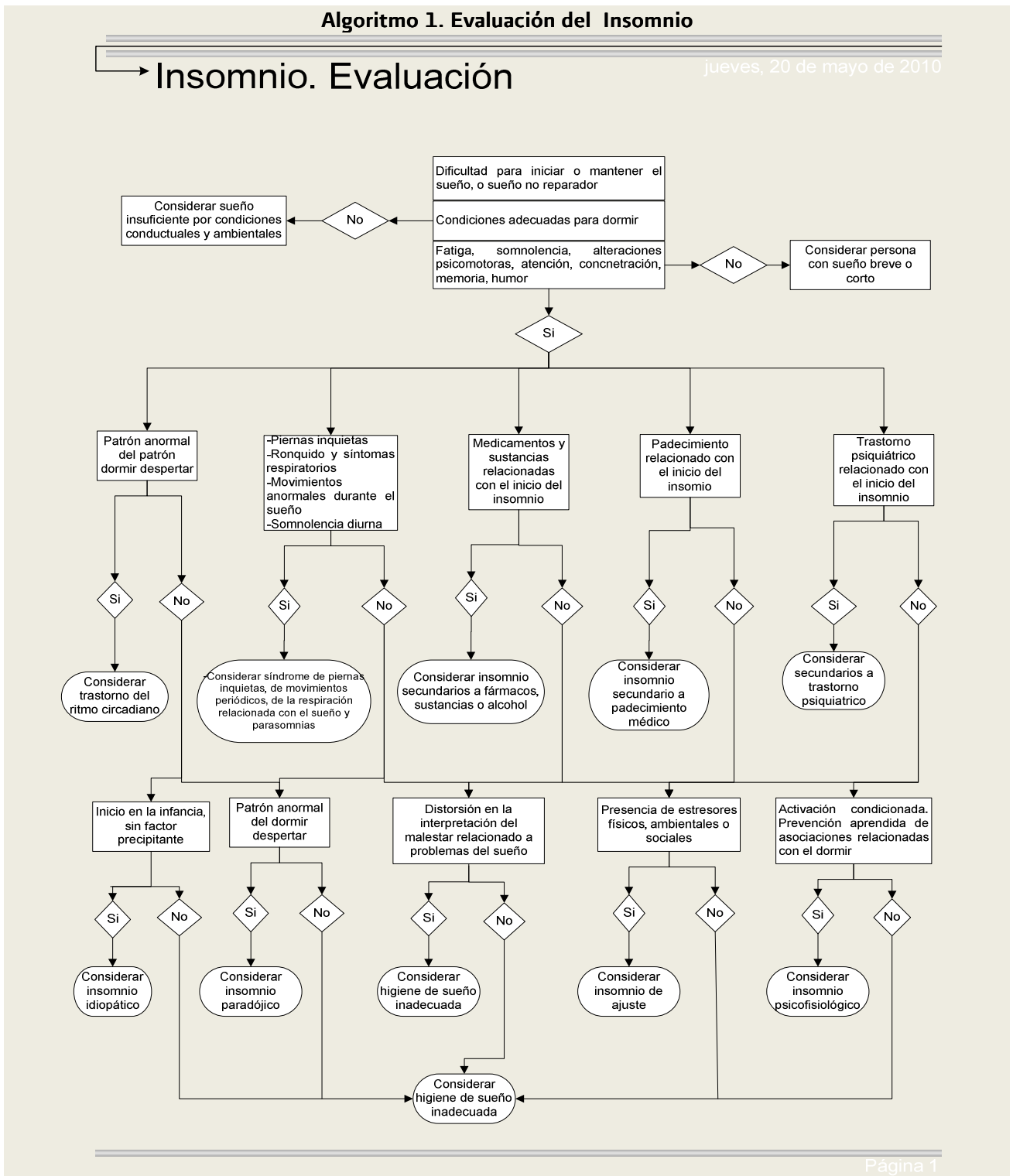
0-8 puntos se presenta una somnolencia normal

≥ 9 somnolencia patológica

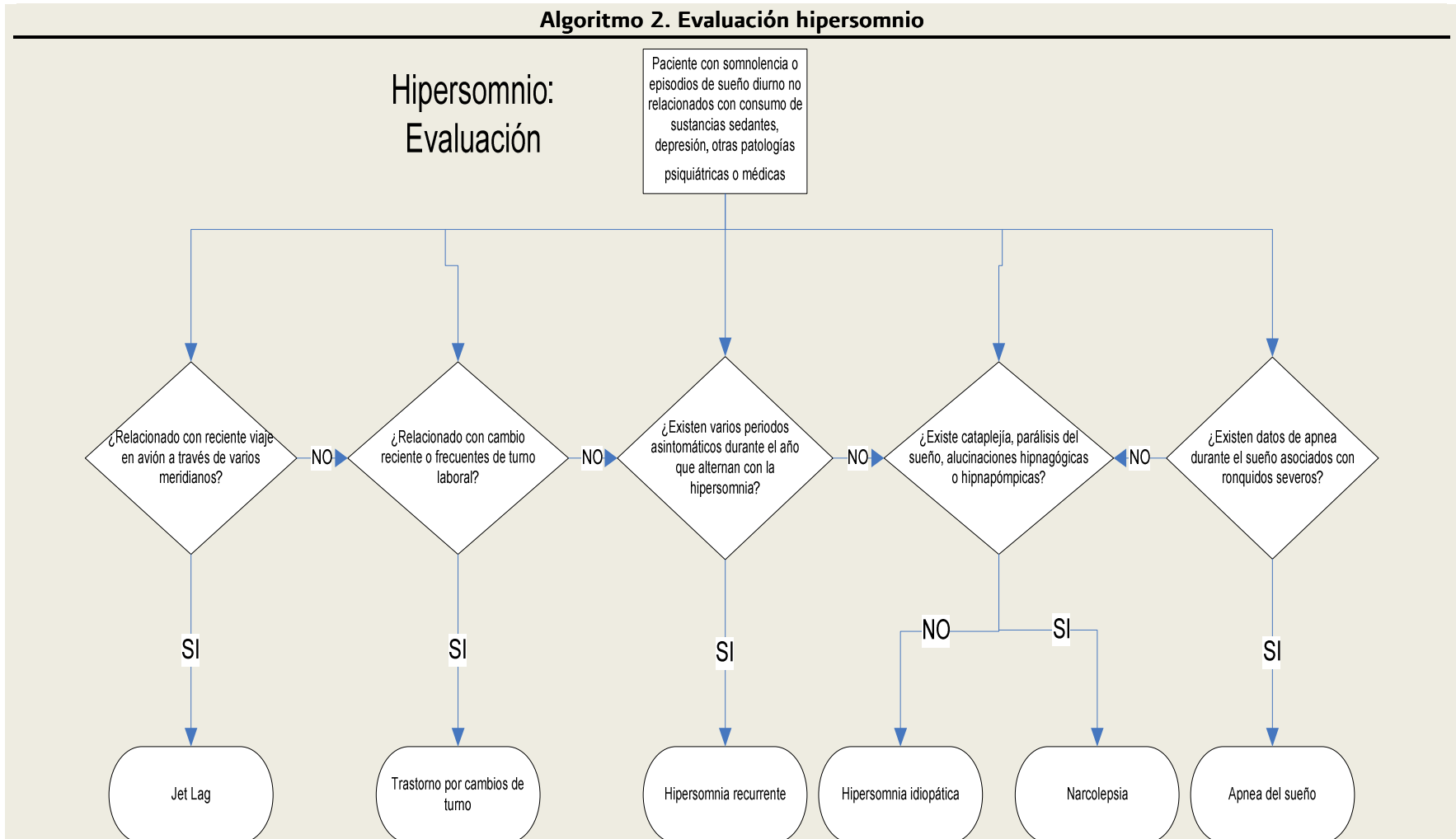
Fuente: Jiménez-Correa U, Haro R, Poblano A, Arana-Lechiga Y, Terán-Pérez G, González-Robles RO, et al. Mexican Version of the Epworth Sleepiness Scale. The Open Sleep Journal 2009;2:6-10.

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Evaluación del Insomnio



Algoritmo 2. Evaluación hipersomnio



Algoritmo 3. Tratamiento del insomnio

