

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Evidencias y Recomendaciones

Diagnóstico y  
Tratamiento de los  
**TRASTORNOS DEL SUEÑO**

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Número de Registro: **IMSS-385-10**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 1.3, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC.  
© Copyright CENETEC.

Editor General.  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño**. México: Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

- CIE-10:** 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**

<b>Autores</b>		
De Santillana Hernández Sonia Patricia	Médico Familiar	UMF No 41. Delegación Norte Distrito Federal, México HGZ 24
Esquinca Ramos José Luis	Médico Psiquiatra y maestro en ciencias	Delegación Norte Distrito Federal, México Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez".
García América Araceli	Médico Psiquiatra y terapeuta de grupo	Delegación Norte Distrito Federal, México HGZ 24
Maldonado Julián Héctor	Neurólogo y maestro en ciencias	Delegación Norte Distrito Federal México Hospital de Especialidades CMN La Raza "Dr. Antonio Fraga Mouret".
Rodríguez Galindo Dulce María	Licenciada en Psicología Clínica con maestría en neuropsicología	Delegación Norte Distrito Federal, México
Torres Arreola Laura del Pilar	Médico Familiar	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica/Coordinación de UMAES. División de Excelencia Clínica
Zamora Olvera Miguel Angel	Médico Psiquiatra y maestro en epidemiología	Coordinador de Programas Médicos/Coordinación de Programas Integrados de Salud.
<b>Instituto Mexicano del Seguro Social</b>		
<b>Validación Interna</b>		
Dr. Juan Pablo Fernandez Hernández	Médico Psiquiatra	HGZ Num. 27 Delegación Norte Distrito Federal, México
Dr. Eduardo Cuauhtémoc Platas Vargas	Médico Psiquiatra	Adscrito al Servicio de Psiquiatría Del Unidad de Medicina Familiar Num. 13 Delegación Norte Distrito Federal, México

## ÍNDICE

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta guía.....	6
3. Aspectos generales.....	7
3.1 Antecedentes.....	7
3.2 Justificación.....	8
3.3 Propósito.....	8
3.3 Objetivo de la Guía.....	9
3.3 Definición.....	9
4. Evidencias y Recomendaciones.....	11
4.1 Prevención Primaria.....	12
4.1.1 Promoción de la Salud.....	12
4.2 Prevención Secundaria.....	13
4.2.1 Detección.....	13
4.3 Diagnóstico.....	14
4.3.1 Diagnóstico Clínico.....	14
4.3.2 Pruebas Diagnósticas (laboratorio y gabinete).....	25
4.4 Tratamiento.....	26
4.4.1 Tratamiento Farmacológico.....	26
4.4.2 Tratamiento no Farmacológico.....	31
4.5 Criterios de Referencia.....	32
4.5.1 Técnico-Médicos.....	32
4.6 Vigilancia y Seguimiento.....	33
4.6.1 Promoción de la Salud.....	33
4.7 Días de Incapacidad en donde proceda.....	34
Algoritmos.....	35
5. Anexos.....	38
5.1. Protocolo de búsqueda.....	38
5.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación.....	40
5.3 Clasificación o Escalas de la Enfermedad.....	43
5.4 Medicamentos.....	49
6. Glosario.....	59
7. Bibliografía.....	61
8. Agradecimientos.....	63
9. Comité académico.....	64
10. Directorios.....	65

## 1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: IMSS-385-10	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	Médico familiar, Médico Especialista en Neurología, Médico Especialista en Psiquiatría, Psicóloga maestra en Neuropsicología.
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	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
<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	Primero, Segundo y Tercer nivel de atención
<b>CATEGORÍA DE LA GPC</b>	Diagnóstico Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico
<b>USUARIOS</b>	Médico familiar, Médico general, Médico Psiquiatra, Médico Neurologo. Médicos en Formación. Médicos Neumólogos, Médicos Otorrinolaringólogos, etc.
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	Toda la población
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Criterios diagnósticos CIE 10 Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Disminución del número de consultas Referencia oportuna y efectiva Satisfacción con la atención Mejora de la calidad de vida Tratamiento específico Uso adecuado de estudios de laboratorio y gabinete Actualización médica Uso eficiente de los recursos Diagnóstico certero y oportuno
<b>METODOLOGÍA</b>	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 22 Guías seleccionadas: 1 del periodo 2005-2010 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas: 1 Consensos: 2 Ensayos controlados aleatorizados: 2 Estudios transversales o revisiones: 16 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN</b>	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión externa :
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	REGISTRO IMSS-385-10      FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: [WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/](http://WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/).

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA.

- 1- ¿Qué es el trastorno del sueño?
- 2- ¿Cuál es la clasificación actual en la CIE 10 de los trastornos del sueño?
- 3- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de los trastorno del sueño?
- 4- ¿Cuál es el diagnóstico diferencial de los trastornos del sueño?
- 5- ¿Cuál es el tratamiento vigente de los trastornos del sueño?
- 6- ¿Cuáles son las estrategias psicoterapéuticas eficaces para los trastornos del sueño?
- 7- ¿Cuáles son las estrategias educativas eficaces en el manejo de los trastorno del sueño?

### 3. ASPECTOS GENERALES.

#### 3.1 ANTECEDENTES

Considerando que una tercera parte de nuestra vida la dedicamos a dormir, se deduce la importancia que tiene el sueño en la vida. Es relevante el conocimiento que podamos tener de sus alteraciones, que como se sabe tienen una gran repercusión en diferentes ámbitos de nuestro vivir.

El conocimiento actual de las herramientas de diagnóstico son de gran relevancia, ya que nos permite optimizar y utilizar de manera acertada las pruebas de gabinete que tengamos a disposición. Asimismo, indicar los tratamientos vigentes de manera adecuada y cuando sea la ocasión, la derivación a otras instancias especializadas de atención para el beneficio integral de nuestros pacientes.

El ser humano pasa aproximadamente la tercera parte de su vida durmiendo, lo que sugiere que el sueño juega un papel importante en mantener la salud física y mental. Los trastornos del sueño constituyen un grupo numeroso y heterogéneo de procesos, que la mayoría de las veces suelen ser mal diagnosticados y tratados, sus consecuencias en la salud y mortalidad representan una carga de salud pública no reconocida.

Ling LL, 2008<sup>8</sup>. La presencia de estos trastornos se ha relacionado a factores como mayor edad, sexo femenino, no contar con pareja, estado socioeconómico bajo, uso de sustancias con propiedades estimulantes o somníferas, enfermedades médicas y psiquiátricas GPC Adult Insomnia: Assesment to Diagnosis, 2007

El insomnio es el más frecuente de los trastornos del sueño en la población general y la segunda queja subjetiva más frecuente por parte de los pacientes, después del dolor. Rueda SM, 2008. Por ejemplo, estadísticas estadounidenses refieren que hasta un 30% experimentan un trastorno del sueño a lo largo de su vida y más de la mitad no solicita tratamiento. Las consecuencias de la falta de sueño frecuentemente llevan a una incapacidad para concentrarse, problemas de memoria, déficit en pruebas neuropsicológicas y disminución de la libido, Sadock BJ, 2008. Además, pueden acarrear consecuencias nefastas, incluso accidentes mortales debido a la somnolencia.

Varios estudios reportan que aproximadamente el 50% de los adultos presentan síntomas de insomnio, el 10-15% de los adultos que tienen insomnio es lo suficientemente severo para causar alteraciones en su vida diaria y del 25-35% de la población puede cursar con insomnio ocasional o transitorio AASM, 2008. Estos porcentajes son elevado teniendo en cuenta que la depresión que es el trastorno más frecuente en psiquiatría y este tiene una prevalencia del 17% Sarraís F, 2007.

De acuerdo a la clasificación internacional de trastornos del sueño-2, la prevalencia de los diferentes tipos de insomnio en población general es variable, se reporta del 15-20% para el insomnio agudo, siendo más frecuente en mujeres y adultos mayores; el insomnio psicofisiológico del 1-2% con predominio en mujeres y en población adulta joven y adolescentes, el insomnio paradójico constituye el 5% de los casos con predominio en el sexo femenino, el insomnio idiopático tiene prevalencia de 0.7% en adolescentes y del 1% en adultos jóvenes, el insomnio debido a trastornos mentales es aproximadamente de un 3%, mientras el insomnio debido a una inadecuada higiene del sueño del 1-2% en adolescentes y adultos jóvenes, el insomnio debido a fármacos afecta 0.2% de la población mientras el insomnio debido a problemas médicos es del 0.5%. La probabilidad de tener insomnio crónico es de menos del 10% de los adultos y del 57% en los adultos mayores no institucionalizados. AASM 2008, Gállego P-LJ, 2007

Otros estudios muestran un incremento de 3.5 a 4.5 veces más riesgo de accidentes, pérdida de productividad debida a ausentismo laboral y aumento en el uso de servicios secundarios a la presencia de insomnio, con el consecuente incremento en los costos. Schutte-Rodin S, 2008, Rueda SM 2008, Gallego P-LJ, 2007, Metlaine A, 2005

La prevalencia reportada en estudios descriptivos de algunos otros trastornos del sueño son: Hipersomnia primaria o idiopática del 5-10% de los pacientes que acuden a consulta de clínica del sueño, narcolepsia de 0.03 a 0.16% con pico de incidencia a los 14 años, sonambulismo del 17% en menores y 4% en adultos, terrores nocturnos de 1-6.5% en niños y menos del 1% en adultos. Gállego P-LJ, 2007

### 3.2 JUSTIFICACIÓN

Considerando que estos trastornos tienen una prevalencia alta y es motivo de consulta frecuente; se considera que el abordaje en el conocimiento actualizado nos permitirá su identificación oportuna, así como el establecimiento de las estrategias terapéuticas para su manejo. Por otro lado, el manejo farmacológico no adecuado o poco sustentado en los conocimientos vigentes, han favorecido el uso indiscriminado y por varios años de fármacos con un alto potencial de adicción, además de mantener costos permanentes que con las estrategias actuales pudieran ser menores. Asimismo, la identificación de trastornos específicos del sueño que concurren con patologías crónicas degenerativas, permitirían el tratamiento específico de las mismas, lo que favorece la prevención y/o rehabilitación de complicaciones consecuentes del mal dormir en dichas patologías.

Cabe mencionar que dichos trastornos tienen una repercusión muy importante en factores psicosociales, tales como en el deterioro de la funcionalidad y en la calidad de vida de las personas. Por ejemplo, su capacidad en el rendimiento laboral, socialización, propensión a sufrir accidentes, repercusiones en funciones cognitivas, en la salud y en la calidad de la vida sexual.

### 3.3 PROPÓSITO

La estandarización de lineamientos para la identificación y tratamiento de los trastornos del sueño.

Actualización del personal médico que derivará en una mejor calidad en la atención y en la salud del paciente.

### 3.3 OBJETIVO DE LA GUÍA

Esta guía pone a disposición del personal de los tres niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de:

1. Estandarizar las estrategias terapéuticas.
2. Actualización en los criterios diagnósticos y terapéuticos de los trastornos del sueño.
3. Mejorar la calidad en la atención al paciente.
4. Mejorar la calidad en el proceso de dormir.

### 3.3 DEFINICIÓN

El sueño es la acción de dormir. Es un estadio fisiológico recurrente de reposo del organismo, que se caracteriza por una inacción relativa, con ausencia de movimiento voluntarios y aumento del umbral de respuesta a estímulos externos, fácilmente reversible.

Es un proceso activo del cerebro, que está controlado con distintos neurotransmisores. Presente durante toda la vida del sujeto pero con características distintas a lo largo de la vida. Es una actividad esencial para la supervivencia del organismo. Cumple con la función de descanso y con una finalidad restauradora y homeostática, el almacenamiento de energía celular y de procesos de memoria, así como de la termorregulación.

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.

**El sueño NoREM** o sueño de movimiento ocular no rápido, comprende los estadios 1, 2, 3 y 4. En él, la mayoría de las funciones fisiológicas del organismo están reducidas y aparecen movimientos corporales involuntarios. Se divide en sueño superficial (fases 1 y 2) y sueño profundo (fases 3 y 4), también llamado sueño delta o de ondas lentas.

El sueño comienza por la fase 1, que es un período de adormecimiento que dura entre 1 y 7 minutos y se sigue de la fase 2. A partir de este momento no vuelve a presentarse, y es la fase 2 la representante del sueño llamado superficial.

La fase 2 se caracteriza por un enlentecimiento del ritmo cerebral, que se refleja en el electroencefalograma por un ritmo generalizado de ondas alfa y desaparición de las ondas betas habituales durante la vigilia. Puede aparecer alguna onda delta, pero no supera en ningún caso el 20% del trazado. Se produce, además, un estado de relajación muscular generalizada y una disminución del ritmo cardíaco y respiratorio.

A medida que el sueño avanza, se pasa a las fases 3 y 4, que constituyen el sueño profundo o sueño de ondas delta. En estas fases el tono muscular es aún menor y en el EEG se observan ondas delta. La diferencia entre ambas es únicamente cuantitativa: se habla de fase 3 si las ondas delta suponen más del 20% pero menos del 50% en una unidad de medida temporal del sueño (en los registros de sueño se toma como unidad mínima de medida 30 segundos, aunque también pueden darse los porcentajes por cada minuto); la fase 4 se caracteriza por un predominio de las ondas delta, que representan más del 50% del sueño en una unidad de tiempo (medio minuto, al menos).

**El sueño REM**, o sueño de movimiento ocular rápido. Es cualitativa y cuantitativamente diferente al NOREM, con gran actividad cerebral y niveles de actividad fisiológica similares a los del estado de vigilia, e incluso aumentados y con variaciones de minuto a minuto, por lo que se ha denominado como sueño paradójico, porque en él aparece una atonía muscular generalizada, detectable de manera objetiva en un registro polisomnográfico específicamente en la inscripción electromiografía. Casi todos los períodos REM presentan tumescencia en clítoris y en el pene, probablemente relacionada con un aumento del tono colinérgico asociado con este estado, y que se traduce en erecciones parciales o totales del pene.

Otra característica del sueño REM es la parálisis casi total de la musculatura esquelética y por ello ausencia de movimientos corporales. Con la presencia de sueños vívidos los cuales son fáciles de recordar si se despierta al individuo durante esta etapa.

El primer período REM se presenta aproximadamente a los 80 ó 90 minutos del inicio del sueño (latencia al REM). Habitualmente, la fase REM dura unos 20 minutos, se produce una gran actividad electroencefalográfica y movimientos oculares rápidos. En ella tiene lugar la mayor parte de la actividad onírica, aunque también puede haberla en la fase 4 o profunda del sueño NOREM.

Las fases REM aparecen cada vez con mayor rapidez a lo largo de la noche; es decir, que las sucesivas latencias para los sucesivos períodos REM se acortan, de manera que en la segunda parte de la noche existe mayor proporción de sueño REM que en la primera.

Durante el sueño de un adulto el primer ciclo comienza con la somnolencia inicial y termina con el final del primer periodo REM, cuando éste acaba, se produce un despertar breve, del cual no se tiene conciencia en la mayoría de las veces, y el sueño se reinicia en etapa 2, finalizando al terminar el segundo periodo REM. Así, cada ciclo está constituido por períodos NOREM y REM (sueño superficial – sueño profundo – sueño REM). En el adulto, suelen aparecer cuatro de estos ciclos cada noche, pudiendo variar entre tres y cinco.

Guía Buena Práctica Clínica en Patología del Sueño 2005, Gállego P-LJ, 2007

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de éstos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

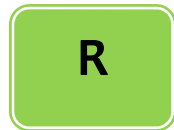
<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

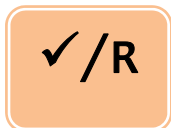


PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA  
 4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD  
 4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado




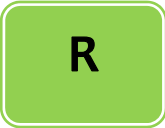

No existe evidencia científica en la actualidad que sustente la utilidad de medidas preventivas para evitar la aparición de algún tipo del trastorno del sueño.

**Punto de buena práctica**



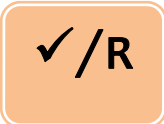
## 4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

## 4.2.1 DETECCIÓN

## 4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p><b>Factores de riesgo:</b></p> <p><b>Edad.-</b> 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.</p> <p><b>Sexo.-</b> 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.</p> <p><b>Factores socioeconómicos.-</b> 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.</p> <p><b>Estado civil.-</b> Se ha visto que en las personas que se encuentran divorciados, separadas o viudas, la frecuencia de trastornos del sueño es mayor.</p> <p><b>Uso y/o abuso de sustancias.-</b> Es frecuente detectar algún tipo de trastorno del sueño en personas que suelen tener consumo de sustancias con algún efecto estimulante o somnífero principalmente.</p> <p><b>Enfermedades médicas.-</b> Muchas enfermedades en sus diferentes etapas de evolución suelen cursar con algún tipo de trastornos del sueño como por ejemplo insomnio o hipersomnio.</p> <p><b>Enfermedades psiquiátricas.-</b> Los trastornos psiquiátricos en su mayoría cursan con trastornos del sueño.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Clinical Practice Guideline Adult Insomnia: Assessment to Diagnosis 2007</i></p>
	<p>Se sugiere explorar de manera sistemática respecto a la calidad de sueño que el paciente tenga principalmente a las personas con los factores de riesgo antes mencionados. De existir alguna alteración se sugiere realizar la anamnesis adecuada para su diagnóstico y especificar conducta a seguir.</p>	<p>C [E: Shekelle] <i>Clinical Practice Guideline Adult Insomnia: Assessment to Diagnosis 2007</i></p>
	<p>La administración de una escala autoaplicable como por ejemplo el “Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh” facilitaría la detección de alteraciones del sueño en poblaciones en riesgo o en quienes se sospeche algún tipo de alteración. (anexo 5.3, cuadro 1)</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>

4.3 DIAGNÓSTICO  
4.3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Los trastornos del sueño corresponden a un grupo heterogéneo de cuadros clínicos que cursan con dificultad en su inicio y continuidad; así como alteraciones durante el dormir. Lo anterior con repercusiones diurnas en la funcionalidad.</p> <p>Los trastornos del sueño constituyen un diagnóstico primario por sí mismo o bien un componente de otra enfermedad médica o psiquiátrica. Por lo que es imprescindible un diagnóstico cuidadoso y un tratamiento específico.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Salin-Pascual RJ 1986.</i></p> <p>III [E: Shekelle] <i>Sadock BJ et al, 2008</i></p>
	<p>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.</p>	<p>C [E: Shekelle] <i>Salin-Pascual RJ 1986.</i></p> <p>C [E: Shekelle] <i>Sadock BJ et al, 2008</i></p>
	<p>Se sugieren los siguientes pasos en el procedimiento diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diario del sueño (registro) con valoración basal del problema y de la efectividad del tratamiento empleado.</li> <li>2. Registro de las consecuencias del trastorno en la calidad de vida del paciente.</li> <li>3. Considerar a la depresión u otros trastornos psiquiátricos como factores etiológicos.</li> <li>4. 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.</li> </ol>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b>	<p style="text-align: center;"><b>Insomnio no orgánico (F51.0)</b></p> <p>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</p> <p>Los criterios diagnósticos son:</p> <p>A.- El individuo se queja de dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantenerse dormido o sueño no reparador.</p> <p>B.- La alteración del sueño se produce al menos tres veces por semana, durante al menos un mes.</p> <p>C.-La alteración del sueño produce un malestar marcado o una interferencia en el funcionamiento personal de la vida diaria.</p> <p>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</p> <p>En otras clasificaciones suelen considerarse en relación al tiempo como insomnio crónico (mayor de 4 semanas), severo y refractario</p>	<p><b>IV</b> [E: Shekelle] CIE10</p> <p>Consenso <i>Schutte-Rodin S et al, 2008.</i></p>
<b>R</b>	<p>El diagnóstico debe basarse en una historia clínica completa, que incluya historia de los hábitos de sueño, apoyada por un registro de sueño realizado por el paciente y por la información de la pareja o familiar (Algoritmo 1).</p>	<p><b>IV</b> [E: Shekelle] <i>Schutte-Rodin S et al, 2008.</i></p>
<b>✓/R</b>	<p>Es recomendable llevar un registro de sueño mediante una agenda llevada por el paciente y/o familiar.</p>	<b>Punto de buena práctica</b>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<b>E</b>	<p style="text-align: center;"><b>Hipersomnia no orgánico (F51.1)</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>IV</b> [E: Shekelle] CIE10</p> <p style="text-align: center;"><b>IV</b> [E: Shekelle] DSM IV</p> <p style="text-align: center;"><b>IV</b> [E: Shekelle] <i>Guía de la buena práctica clínica en patología del sueño, 2005</i></p>
<b>E</b>	<p>La <i>hipersomnia recurrente</i> 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.</p> <p>El síndrome de Kleine Levin es una hipersomnia 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 hipersomnia asociada a la menstruación puede ser marcada e intermitente con patrones alterados de conducta, e ingesta excesiva de alimentos.</p>	<p style="text-align: center;"><b>IV</b> [E: Shekelle] DSM IV</p>
<b>E</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>IV</b> [E: Shekelle] DSM IV</p>



Es frecuente encontrar datos de disfunción autonómica tales como cefalea vascular, fenómeno de Raynaud y desmayos asociados a la hipersomnía.

**IV**  
[E: Shekelle]  
DSM IV



Identificar a pacientes con somnolencia excesiva diurna en especial donde hay riesgo de que puedan ocasionar accidentes vehiculares, disminución del rendimiento laboral y deterioro de la calidad de vida (Algoritmo 2).  
La escala de Epworth modificada para la población mexicana (anexo 6.3 cuadro 3) se puede utilizar para detectar a aquellos sujetos en donde el padecimiento está afectando su calidad de vida.

**D**  
[E: Shekelle]  
DSM IV

**D**  
[E: Shekelle]  
Guía de la buena práctica  
clínica en patología del  
sueño, 2005



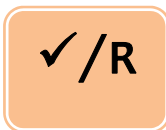
Realizar la detección de individuos con manifestaciones de somnolencia excesiva diurna mediante la escala de Epworth.

**Punto de buena práctica**



La excesiva somnolencia diurna tiene un impacto severo en el patrón de funcionamiento individual, social y laboral así como en la seguridad personal.  
La somnolencia es un importante problema de salud pública en los individuos que laboran sobre todo si la carencia de atención resulta en un daño a sí mismo como a otros, así como en el cuidado de la salud.

**III**  
*(Practice Parameters for the  
Treatment of Narcolepsy and  
other Hypersomnias of  
Central SLEEP, 2007)*



Identificar aquellos pacientes con hipersomnía excesiva diurna con afección severa en su ámbito social y deterioro de la calidad de vida y riesgo de accidentes.  
Se recomienda utilizar la escala de Epworth .

**Punto de buena práctica**

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="207 924 370 1045" style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p data-bbox="284 304 1372 336"><b>Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia (trastornos del ritmo circadiano) (F51.2)</b></p> <p data-bbox="422 346 1096 640">Comprende de un abanico de trastornos caracterizados por ausencia de sincronía entre el ciclo sueño vigilia y el ciclo deseable para el entorno del individuo, que da lugar a quejas tanto de insomnio e hipersomnias. La calidad de sueño es en esencia normal y el desajuste desaparece espontáneamente en cuanto se reajusta al nuevo ciclo sueño-vigilia. Por lo regular adaptarse al adelanto del sueño es más difícil que a su retraso (horario de verano).</p> <p data-bbox="422 682 747 714">Esta categoría comprende:</p> <ol data-bbox="422 724 1096 924" style="list-style-type: none"> <li>1.-Retraso de la fase de sueño.</li> <li>2.-Desfase por cambio de husos horarios (jet lag).</li> <li>3.-Trabajos en turnos (cambios de turno de trabajo).</li> <li>4.-No especificados (adelanto de la fase del sueño, patrón de sueño vigilia irregular, y ritmo distinto de 24 hrs).</li> </ol> <p data-bbox="422 966 779 997">Los criterios diagnósticos son:</p> <p data-bbox="422 1008 1096 1134">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.</p> <p data-bbox="422 1144 1096 1344">B.-Como resultado de esa alteración en el ciclo sueño vigilia, el individuo padece insomnio durante el periodo en que los demás duermen, o Hipersomnias 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.</p> <p data-bbox="422 1354 1096 1480">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.</p> <p data-bbox="422 1491 1096 1627">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.</p>	<p data-bbox="1274 913 1315 945" style="text-align: center;"><b>IV</b></p> <p data-bbox="1218 955 1372 987" style="text-align: center;">[E: Shekelle]</p> <p data-bbox="1128 987 1469 1018" style="text-align: center;">Guía de bolsillo CIE10, 2000</p>
<div data-bbox="207 1680 370 1799" style="border: 1px solid orange; border-radius: 10px; background-color: #f4a460; color: white; text-align: center; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">✓/R</div>	<p data-bbox="422 1732 925 1774">Vigilancia de efectos secundarios fármacos</p>	<p data-bbox="1144 1711 1453 1753" style="text-align: center;"><b>Punto de buena práctica</b></p>

## Evidencia / Recomendación

## Nivel / Grado

**Sonambulismo (F51.3)**

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 suele 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.

IV

[E: Shekelle]

*DSM IV Manual Masson, 1995*

IV

[E: Shekelle]

*Guía de bolsillo CIE10, 2000*

E

En estudios polisomnográficos se evidencia el inicio en las primera horas de la noche durante el sueño profundo, justo antes del episodio hay aumento de la actividad delta. Hay aumento del número de transiciones de la fase 3 a la 4 y hay disminución de la calidad del sueño.

Se ha llegado a asociar a estados febriles privación de sueño, apnea obstructiva del sueño y con cefalea de tipo migraña.

**R**

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.

**C**

[E: Shekelle]

*Sadock BJ et al, 2008*

✓/R

En los pacientes con sonambulismo identificar la presencia de otros trastornos del sueño que son potencialmente tratables.

**Punto de buena práctica**

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div data-bbox="201 741 367 863" style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">E</div>	<p style="text-align: center;"><b>Terros del sueño (Terros nocturnos) (F51.4)</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>IV</b>                      [E: Shekelle]  <i>Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, 2000</i></p>
<div data-bbox="207 1171 370 1293" style="border: 1px solid orange; border-radius: 10px; background-color: #f4a460; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">✓/R</div>	<p>Considerar la posibilidad de valoración por el servicio de psiquiatría y/o neurología.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Punto de buena práctica</b></p>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p style="text-align: center;"><b>Pesadillas ( F 51.5)</b></p> <p>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.</p> <p>Los criterios diagnósticos son:</p> <p>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.</p> <p>B.- Tras despertar del sueño terrorífico el individuo pasa a estar rápidamente orientado y alerta.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>IV</b> [E: Shekelle] <i>Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, 2000</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>E</b></p>	<p>Búsqueda intencionada de factores estresantes, personales, sociales y ambientales, que puedan estar coadyuvando los episodios.</p> <p>Hacer diagnostico diferencial con terrores nocturnos. Aunque no existe un tratamiento farmacológico específico, las benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos o del tipo ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) pueden ser útiles.</p>	<p style="text-align: center;"><b>C</b> [E: Shekelle] <i>Sadock BJ et al, 2008</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>R</b></p>	<p>Considerar posibilidad de valoración por el servicio de psiquiatría.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Punto de buena práctica</b></p>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>Otros trastornos no orgánicos del sueño (F51.8)</b> <b>Trastorno no orgánico del sueño no especificado (F51.9)</b>	
<b>E</b>	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.
<b>E</b>	El insomnio, hipersomnio y parasomnias pueden estar presentes en diversas condiciones médicas como el hipertiroidismo, enfermedades neurodegenerativas, epilepsia, cefalea, trastornos del ritmo cardíaco, isquemia cardíaca nocturna, insuficiencia cardíaca 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.
<b>R</b>	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.
<b>R</b>	En los casos de enfermedades médicas el tratamiento deberá ser dirigido a corregirla.
<b>R</b>	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.
	<b>IV</b> [E: Shekelle] <i>Guía de Buena Práctica Clínica en Patología del Sueño, 2005</i> Consenso Schutte-Rodin S et al, 2008.
	<b>IV</b> [E: Shekelle] <i>Guía de Buena Práctica Clínica en Patología del Sueño, 2005</i> Consenso Schutte-Rodin S et al, 2008.
	<b>D</b> [E: Shekelle] <i>Guía de Buena Práctica Clínica en Patología del Sueño, 2005</i> Consenso Schutte-Rodin S et al, 2008.
	<b>D</b> [E: Shekelle] <i>Guía de Buena Práctica Clínica en Patología del Sueño, 2005</i> Consenso Schutte-Rodin S et al, 2008.
	<b>D</b> [E: Shekelle] <i>Guía de Buena Práctica Clínica en Patología del Sueño, 2005</i> Consenso Schutte-Rodin S et al, 2008.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p style="text-align: center;"><b>Narcolepsia (G47.4)</b></p> <p><b>E</b></p> <p>La 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 desencadenas 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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>IV</b> [E: Shekelle] Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, 2000 <b>IV</b> [E: Shekelle] DSM IV Manual Masson,1995</p>
<p><b>E</b></p> <p>En la observación es manifiesta la somnolencia. Y durante los episodios de cataplejía el paciente puede desplomarse en la misma silla o mostrar una conversación con susurros o caída de los párpados</p>	<p style="text-align: center;"><b>IV</b> [E: Shekelle] DSM IV Manual Masson,1995</p>
<p><b>E</b></p> <p>Existe una asociación mayor al 70% entre la narcolepsia y el antígeno linfocítico HLA-DR2. Antígenos como el DQw6 y DQw1 aumentan el riesgo de narcolepsia en la población, (el 90% de los pacientes lo presentan). Recientemente se ha visto una reducción significativa del neurotransmisor hipocretina en pacientes con narcolepsia.</p>	<p style="text-align: center;"><b>IV</b> [E: Shekelle] DSM IV Manual Masson,1995</p>
<p><b>E</b></p> <p>En el estudio de latencia múltiples (registro electroencefalográfico diurno) se observa una latencia del sueño inferior a 5 minutos y aparición de sueño REM en 2 o más episodios. El estudio polisomnográfico muestra una latencia del sueño REM de 10 minutos o menos (acortado), aumento en las fases 1 y REM del sueño, puede haber movimientos periódicos en las piernas y apneas sin que estas sean tan frecuentes como en los trastornos de la respiración.</p>	<p style="text-align: center;"><b>IV</b> [E: Shekelle] DSM IV Manual Masson,1995</p>

**R**

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.

**D**  
[E: Shekelle]  
*Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, 2000*

**D**  
[E: Shekelle]  
DSM IV Manual Masson, 1995

✓/R

La escala autoaplicable Epworth puede diferenciar entre narcolepsia e hipersomnia primaria (anexo 5.3, cuadro 3).

**Punto de buena práctica**

**E**

La excesiva somnolencia diurna tiene un impacto severo en el patrón de funcionamiento individual, social y laboral así como en la seguridad personal.

La somnolencia es un importante problema de salud pública en los individuos que laboran sobre todo si la carencia de atención resulta en un daño a sí mismo como a otros, así como en el cuidado de la salud.

**III**  
(Practice Parameters for the Treatment of Narcolepsy and other Hypersomnias of Central SLEEP, 2007)

✓/R

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.

**Punto de buena práctica**

#### 4.3.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (LABORATORIO Y GABINETE)

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**E**

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.

**III**  
[E: Shekelle]  
*Guía de Buena Práctica Clínica en Patología del Sueño, 2005*

✓/R

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)

Punto de buena práctica

#### 4.4 TRATAMIENTO

##### 4.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

#### Insomnio

En el 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 manejo farmacológico y de estos existen diferentes opciones como por ejemplo, fármacos no benzodiazepínicos, benzodiazepínicos u otros con efectos sedantes; estando recomendados los benzodiazepínicos en pacientes portadores depresivos con síntomas de ansiedad agregados. Dentro de los primeros se encuentra el zolpidem, considerado como inductor del sueño, con vida media corta y rara vez producen síntomas de abstinencia o rebote. En los segundos, 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. 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.

III

[E: Shekelle]

Salin-Pascual RJ 1986.

III

[E: Shekelle]

Salin-Pascual RJ et al, 1983.

III

[E: Shekelle]

Sadock BJ et al, 2008.

III

[E: Shekelle]

Esquinca R JL et al, 2001

III

[E: Shekelle]

Knowles JB et al, 1982

III

[E: Shekelle]

Romero O et al, 2005

E

**R**

Es recomendable utilizar medidas inespecíficas de primera instancia y terapias cognitivo conductual (Anexo 5.3).

En caso de requerir tratamiento farmacológico, utilizar inductores del sueño no benzodiazepínicos como primera opción, posteriormente benzodiazepinas de vida media corta y/o media por un periodo breve de tiempo, como segunda línea de elección, antidepresivos con efectos sedantes y finalmente antipsicóticos sedantes como tercera opción. Se recomienda el monitoreo y vigilancia de aparición de posibles efectos extrapiramidales en el caso de antipsicóticos. En tal caso suspender el fármaco.

En insomnio crónico la prescripción deberá ser acompañada por un seguimiento consistente para evaluar su efectividad, efectos adversos, y la aparición o exacerbación de trastornos co-mórbidos.

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

**IV**

[E: Shekelle]

Schutte-Rodin S et al, 2008.

**C**

[E: Shekelle]

Romero O et al, 2005

**R**

**IV**

[E: Shekelle]

Schutte-Rodin S et al, 2008.

**C**

[E: Shekelle]

Romero O et al, 2005

**✓/R**

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

**Punto de buena práctica**

En los Trastorno no orgánicos del ciclo sueño-vigilia (trastornos del ritmo circadiano) tanto por insomnio e hioperinsomnia 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.

**III**

[E: Shekelle]

Salin-Pascual RJ 1986.

**Ib**

[E: Shekelle]

Martínez CL, 2009

**E**

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

**Ia**

[E: Shekelle]

Quera-Salva MA et al, 2010

En el trastorno por tipo jet lag se suele utilizar inductores del sueño no benzodiazepínicos (zolpidem, melatonina), seguido de benzodiazepinas de vida media corta (triazolam), y recientemente

antidepresivos agonistas de melatonina (agomelatina). Lo anterior también aplica para los trastornos ocasionados por el cambio de turno laboral cuando los mecanismos de adaptación no han funcionado.

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 de 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).

### Hipersomnia:

En la hipersomnia se debe asegurar que 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.

La dosis recomendada de Modafinilo es de 200 o 400 mg por la mañana o en dos dosis.

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 hipersomnia recurrente y controla los síntomas conductuales asociados.

Como en la narcolepsia también en la hipersomnia se recomiendan las combinaciones de estimulantes de corta acción como el metilfenidato y como el modafinilo de acción prolongada.

Se debe evaluar el paciente en cuanto al 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.

### II

*(Practice Parameters for the Treatment of Narcolepsy and other Hypersomnias of Central SLEEP, 2007)*

**R**

*Estándar, Guía*

*(Practice Parameters for the Treatment of Narcolepsy and other Hypersomnias of Central SLEEP, 2007)*



**E**

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

Cuando esta medidas no resuelven el problema se inicia manejo farmacológico y de estos existen diferentes opciones como por ejemplo, fármacos no benzodicepinicos, benzodicepinicos u otros con efectos sedantes. Dentro de los primeros se encuentra el zolpidem, considerado como inductor del sueño, con vida media corta y rara vez producen síntomas de abstinencia o rebote. En los segundos, las benzodicepinas 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 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.

III  
[E: Shekelle]  
*Salin-Pascual RJ 1986.*

III  
[E: Shekelle]  
Salin-Pascual RJ et al, 1983.

III  
[E: Shekelle]  
Sadock BJ et al, 2008

III  
[E: Shekelle]  
Esquinca R JL et al, 2001

III  
[E: Shekelle]  
Knowles JB et al, 1982

III  
[E: Shekelle]  
Romero O et al, 2005

**R**

En insomnio crónico la prescripción deberá ser acompañada por un seguimiento consistente para evaluar su efectividad, efectos adversos, y la aparición o exacerbación de trastornos co mórbidos

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

IV  
[E: Shekelle]  
Schutte-Rodin S et al, 2008.

C  
[E: Shekelle]  
Romero O et al, 2005

✓/R

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

**Punto de buena práctica**

**E**

**Sonambulismo**

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

IV  
[E: Shekelle]  
DSM IV Manual Masson,1995

IV  
[E: Shekelle]  
Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, 2000

R

**Terros del sueño**

No existe tratamiento específico. Benzodicepinas (diazepam) y antiepilepticos (carbamazepina) han mostrado utilidad.

C  
[E: Shekelle]  
Sadock BJ et al, 2008

R

**Pesadillas**

Aunque no existe un tratamiento farmacológico específico, las benzodicepinas, triciclicos e ISRS pueden ser útiles.

C  
[E: Shekelle]  
Sadock BJ et al, 2008

R

**Narcolepsia**

Algunos medicamento no mejoran la cataplejia y los antidepresivos no mejoran el alerta, por lo que los componentes que se recomiendan son los siguientes: 1) Modafinil 200 por la mañana y en ocasiones otra dosis al mediodía; 2) Armodafinil (enantiomero de modafinil); 3) Oxibato de sodio que sobre todo es útil cuando se presentan alucinaciones hipnagógicas y parálisis del sueño; 4) Metilfenidato; 5) La selegilina puede ser efectiva en cataplejía y somnolencia diurna; 6) Ritanserina, 5 a 10 mg al día, aunque no está disponible en nuestro país; 7) Los antidepresivos triciclicos, ISRS y Venlafaxina pueden ser útiles en la parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas. 8) Combinaciones de estimulantes de corta duración y de larga duración (por ejemplo metilfenidato y Modafinil de liberación prolongada).

Estándar, Guía  
(Practice Parameters for the Treatment of Narcolepsy and other Hypersomnias of Central SLEEP, 2007)

E

La excesiva somnolencia diurna tiene un impacto severo en el patrón de funcionamiento individual, social y laboral así como en la seguridad personal.

La somnolencia es un importante problema de salud pública en los individuos que laboran sobre todo si la carencia de atención resulta en un daño a sí mismo como a otros, así como en el cuidado de la salud.

El uso de los estimulantes es recomendado por la Academia Americana de la Medicina del Sueño (AASM por sus siglas en ingles).

El principal objetivo del tratamiento es mejorar los síntomas de somnolencia diurna y otros síntomas relacionados con el sueño cuando están presentes.

III  
(Practice Parameters for the Treatment of Narcolepsy and other Hypersomnias of Central SLEEP, 2007)

IV  
[E: Shekelle]  
AASM, 2008

**4.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**

**4.4.2.1 TRATAMIENTOS INESPECÍFICOS PARA INDUCCIÓN DE SUEÑO  
(Hábitos saludables para dormir o hábitos del sueño)  
Estilos de Vida**

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p><b>E</b></p>	<p>Las técnicas que han demostrado utilidad son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Medidas inespecíficas para inducir el sueño (higiene del sueño). Ver Tabla No. 2. (anexo 5.3, cuadro 2)</li> <li>2.- Los tratamientos cognitivos y conductuales (TCC).</li> <li>3.- Restricción del tiempo dedicado a dormir.</li> <li>4.- Técnicas de relajación.</li> <li>5.- Intención paradójica (psicología inversa).</li> <li>6.- Control de estímulos externos.</li> </ol>	<p><b>Ia</b> [E: Shekelle] Montgomery P et al 2008 Issue 2</p>
<p><b>R</b></p>	<p>Es recomendable utilizar medidas inespecíficas de primera instancia y terapias cognitivo conductual (Anexo 5.3, cuadro 2)</p> <p>En caso de requerir tratamiento farmacológico, utilizar inductores del sueño no benzodiazepínicos como primera opción, posteriormente benzodiacepinas de vida media corta y/o media por un periodo breve de tiempo, como segunda línea de elección, antidepresivos con efectos sedantes y finalmente antipsicóticos sedantes como tercera opción. Se recomienda el monitoreo y vigilancia de aparición de posibles efectos extrapiramidales en el caso de antipsicóticos. En tal caso suspender el fármaco.</p>	<p><b>III</b> [E: Shekelle] Romero O et al, 2005</p> <p><b>Ib</b> [E: Shekelle] Morgan K et al, 2004</p> <p><b>IV</b> [E: Shekelle] Schutte-Rodin S et al, 2008.</p> <p><b>C</b> [E: Shekelle] Romero O et al, 2005</p>
<p><b>✓/R</b></p>	<p>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 5.3, cuadro 1)</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>



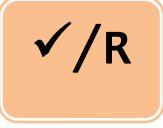
4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.5.1 TÉCNICO-MÉDICOS

4.5.2.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<p>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.</p>	<p>III [E: Shekelle] Guía de Buena Práctica Clínica en Patología del Sueño, 2005</p>
R	<p>Los casos que de inicio tienen ya una complejidad diagnóstica y terapéutica requieren de un manejo especializado.</p>	<p>IV [E: Shekelle] Schutte-Rodin S et al, 2008.</p>
R	<p>Los casos diagnosticados como consecuencia de cambio de turno laboral o bien de tipo jet lag, pueden ser manejados en el primer nivel de atención médica y solo cuando estos no remiten en el tiempo esperado (2-4 semanas para cambio de turno, 3-6 días para jet lag), deberán referirse a un servicio de especialidad.</p>	<p>IV [E: Shekelle] Schutte-Rodin S et al, 2008.</p>
R	<p>Mientras que los trastornos del ritmo circadiano se sugieren sean referidos a servicio especializado de atención médica.</p>	<p>IV [E: Shekelle] Schutte-Rodin S et al, 2008.</p>
R	<p>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.</p>	<p>IV [E: Shekelle] Schutte-Rodin S et al, 2008.</p>
R	<p>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.</p>	<p>IV [E: Shekelle] Schutte-Rodin S et al, 2008.</p>
R	<p>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.</p>	<p>IV [E: Shekelle] Schutte-Rodin S et al, 2008.</p>
R	<p>Los casos sospechosos que cursan con problemas relacionados con la respiración como por ejemplo, apnea y la apnea obstructiva, deben ser referidos.</p>	<p>IV [E: Shekelle] Schutte-Rodin S et al, 2008.</p>
✓/R	<p>Considerar los factores de riesgo antes mencionados, orientan a detectar o sospechar casos complicados y de posibles complicaciones.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>

4.6 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO  
 4.6.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD  
 4.6.1.1 ESTILOS DE VIDA

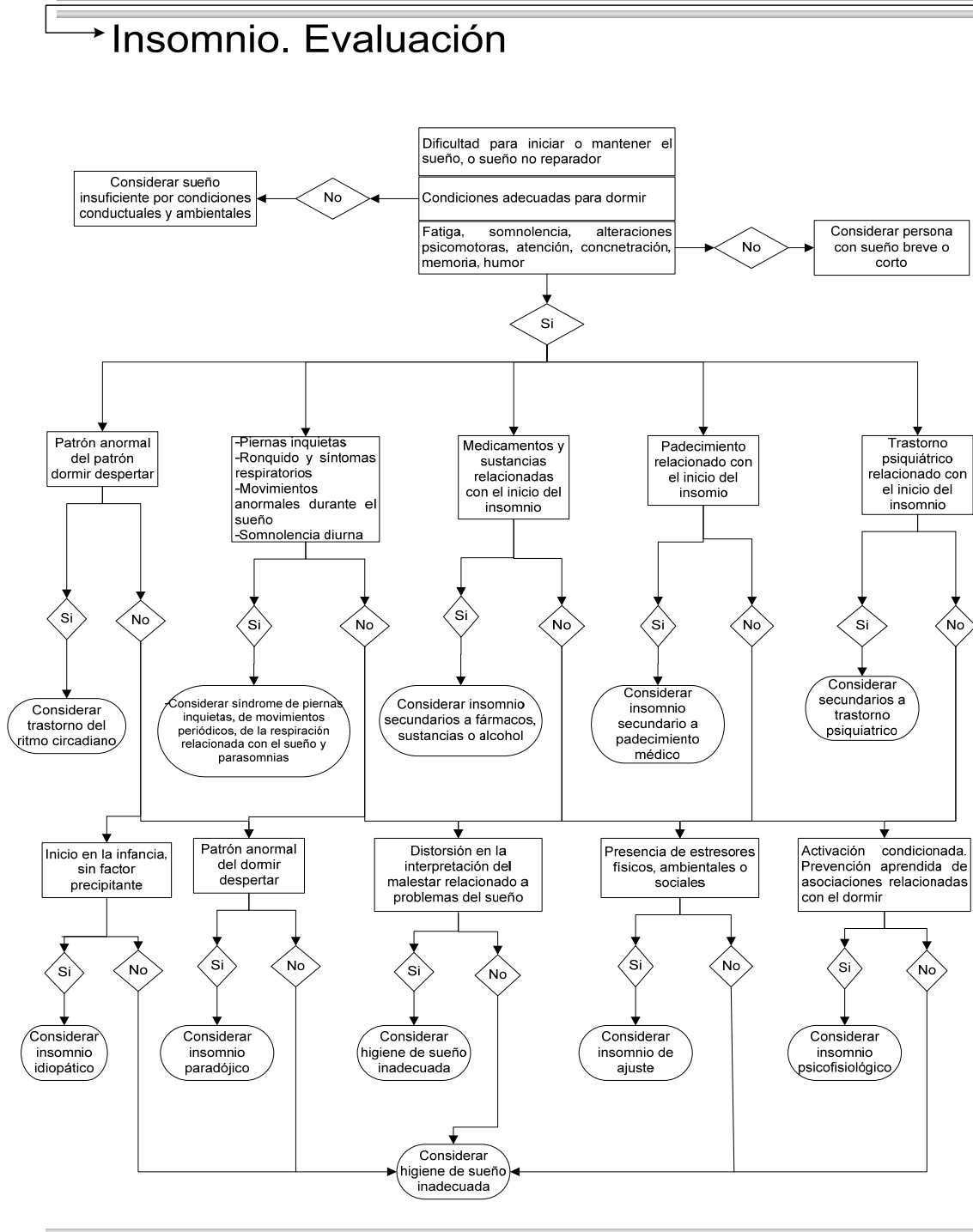
	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Se considera que los trastornos del sueño cursan con recaídas y recurrencias frecuentes, así como también con riesgo de abuso de algunos de los fármacos del tratamiento.</p>	<p>III                      [E: Shekelle]  <i>Clinical Practice Guideline Adult Insomnia: Assesment to Diagnosis 2007</i></p>
	<p>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.</p>	<p>IV                      [E: Shekelle]                      Schutte-Rodin S et al, 2008</p>
	<p>Monitoreo y vigilancia del uso de fármacos y valorar los resultados del tratamiento.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>

4.7 DÍAS DE INCAPACIDAD EN DONDE PROCEDA

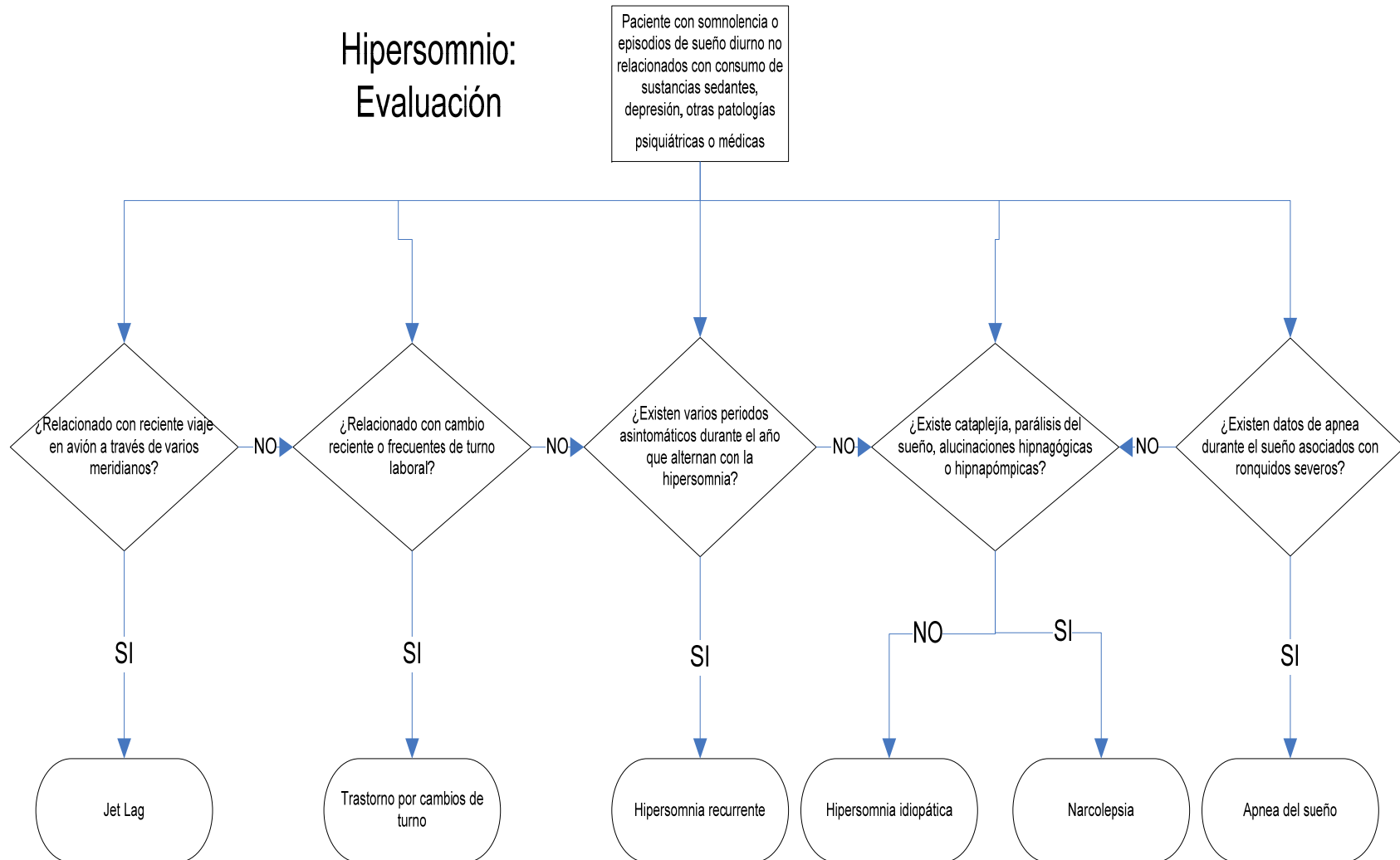
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>Los trastornos del sueño producen disfuncionalidad en diferentes intensidades que alteran significativamente el desempeño laboral. Son también factores importantes en la casuística de accidentes.</p>	<p><b>III</b> [E: Shekelle] Clinical Practice Guideline Adult Insomnia: Assesment to Diagnosis 2007</p>
<p><b>✓/R</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><b>Punto de buena práctica.</b></p>

**ALGORITMOS.**

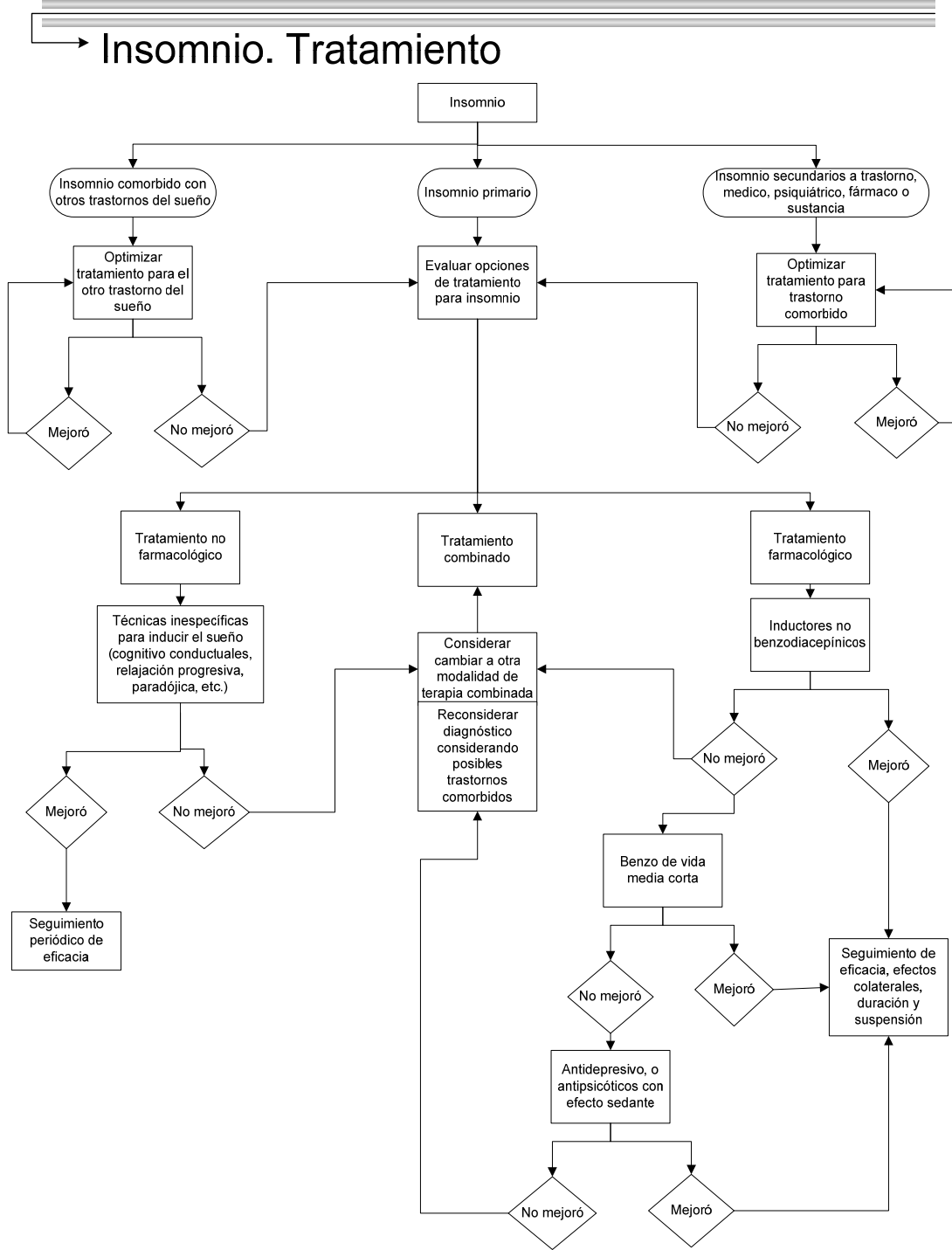
**Algoritmo 1. Evaluación del insomnio**



**Algoritmo 2. Evaluación hipersomnio**



Algoritmo 3. Tratamiento del insomnio



## 5. ANEXOS.

### 5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

#### **Criterios de inclusión:**

Documentos escritos en idioma inglés o español.  
Publicados durante los últimos 5 años.  
Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

#### **Criterios de exclusión:**

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

#### **Estrategia de búsqueda**

##### **Primera etapa**

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Sleep disorder. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, drug effects, drug therapy, epidemiology, prevention and control, rehabilitation, la búsqueda se realizó para todos los grupos de edad. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 14 resultados, de los cuales se utilizaron 2 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

#### **Protocolo de búsqueda de GPC.**

##### **Resultado Obtenido**

```
("Sleep disorder/classification"[Mesh] OR "Sleep disorder/diagnosis"[Mesh] OR "Sleep disorder/drug effects"[Mesh] OR "Sleep disorder/drug therapy"[Mesh] OR "Sleep disorder/epidemiology"[Mesh] OR "Sleep disorder/prevention and control"[Mesh] OR "Sleep disorder/rehabilitation"[Mesh]) OR "Insomnia"[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND ("2005/01/01"[PDAT] : "2010/01/30"[PDAT]))
```

### Algoritmo de búsqueda

1. Sleep disorder [Mesh]
- 2.-Diagnosis [Subheading]
3. Therapy [Subheading]
4. Epidemiology [Subheading]
- 5.Prevention andControl[Subheading]
6. Rehabilitation [Subheading]
7. #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
8. #1 And #7
9. 2005[PDAT]: 2010[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #8 and # 9 and # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 AND # 14
16. Guideline [ptyp]
17. #15 AND #16
18. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR #4 OR #5 OR #6) AND #9 AND #10 AND (#12 OR #13) and (#16) and #17

### Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 5 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 5 de estos sitios se obtuvieron 13 documentos, de los cuales se utilizaron 2 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	3	0
2	TripDatabase	5	1
3	NICE	2	0
4	APA	1	1
5	SIGN	2	0
<b>Totales</b>		<b>13</b>	<b>2</b>

### Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de trastornos del sueño, Se obtuvieron 2 RS, 1 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía

## 5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

### Criterios para gradar la evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá<sup>1</sup>. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendación.

**Escala de evidencia y recomendación utilizada en la guía clínica para diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño (shekelle).**

<b>Categorías de la evidencia</b>	<b>Fuerza de la recomendación</b>
Ia. Evidencia para meta análisis de estudios clínicos aleatorizados	A. Directamente basada en evidencia categoría I.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización	B. Directamente basada en evidencia categoría II ó recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías I ó II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basada en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas, de evidencias categoría II ó III

**Escala de niveles evidencia y recomendación basada en los criterios The American Academy of Sleep Medicine AASM**

<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Diseño del estudio</b>
I	Ensayos clínicos aleatorizados, estudios bien diseñados con bajo error tipo alfa y beta, o meta-análisis de ensayos clínicos controlados con homogeneidad de resultados
II	Ensayos clínicos con error tipo alfa o beta alto, problemas metodológicos o estudios de cohorte con alta calidad
III	Estudios controlados concurrentes no aleatorizados (estudios de casos y controles)
IV	Estudios de cohorte o casos y controles con problemas metodológicos, o serie de casos
V	Opinión de expertos, o estudios basados en fisiología o banco de datos de investigaciones
<b>Nivel de recomendación</b>	<b>Definición</b>
Estándar	Esta es una estrategia generalmente aceptada en la atención del paciente que refleja un alto grado de certeza. El término estándar generalmente implica el uso directo de evidencias nivel 1 o nivel 2
Guía	Esta es una estrategia de atención del paciente que refleja un grado moderado de certeza clínica. El término Guía implica el uso de evidencias nivel tipo 2 u un consenso de evidencias nivel tipo 3
Opción	Esta es una estrategia de atención al paciente que refleja no tener certeza clínica. El término opción refleja insuficiencia, sin conclusión, conflicto de la evidencia o conflicto en la opinión de expertos

Consenso	Refleja el juicio de los miembros del comité y sus revisores, basado en la revisión de la literatura y en la práctica clínica cotidiana de los expertos y fue desarrollada por una técnica de grupo nominal modificada
----------	--

Fuente: Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med 2008;4(5):487-504.

**Niveles de Evidencia de “Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults 2008 & Practice Parameters for the Treatment of Narcolepsy and other Hypersomnias of Central SLEEP 2007”**

Nivel	Riesgo/Evaluación	Tratamiento
1	Estudio de Cohorte con adecuada validación con estándar referidas	Estudios controlados, aleatorizados ( ECA) de alta calidad con sujetos bien caracterizados
2	Estudios de cohorte , estudios pequeños exploratorios u observacionales con estándar referidos incompletos.	Estudio de cohorte o estudios clínicos con fallas( tamaños pequeños,, no cegados, no aleatorizados)
3	Estudios observacionales o transversales	Estudios de Casos y controles
4	Serie de Casos ( cohorte, casos-control , cohorte con calidad baja)	Serie de casos (cohorte de baja calidad y serie de casos)
1.- Estudios de Test validados de calidad , test específicos de diagnóstico, basados en evidencia primaria 2.- Referencias Estandarizadas: ECA, comunicados de sueños, actigrafía, autoreportes Niveles de Oxford adaptados por Sackett		

Tomado de: Morgenthaler TI, Kapur VK, Brown TM, Swick TJ, Alessi C, R. Nisha AR. Practice Parameters for the Treatment of Narcolepsy and other Hypersomnias of Central SLEEP 2007;30(12):1705-1711.  
<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>

### 5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

#### Clasificación

Las dos clasificaciones más utilizadas hoy en día son la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión con texto revisado (DSM-IV TR) por sus siglas en inglés de la Asociación Psiquiátrica Americana. Las categorías en ambas clasificaciones tienen una gran similitud. Sin embargo en el DSM-IV TR, se establece una separación con base a factores etiológicos en trastornos primarios y secundarios del sueño (ver tabla 1). De acuerdo a la normatividad vigente la clasificación utilizada en el sistema de salud del país es la CIE-10.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos del sueño de la DSM-IV y de la CIE-10<sup>16</sup>.

DSM-IV	CIE-10
<b>Trastornos primarios:</b>	<b>Trastornos no orgánicos</b>
<b>Disomnias</b>	<b>Disomnias</b>
1. Insomnio primario	Insomnio no orgánico
2. Hipersomnias primaria	Hipersomnias no orgánico
3. Narcolepsia	Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia
4. Trastorno del sueño relacionado con la respiración	
5. Trastorno del ritmo circadiano (antes trastorno del ritmo sueño-vigilia)	
-Tipo sueño retrasado	
-Tipo "jet lag"	
-Tipo de sueño avanzado	
-Tipo cambios de turno de trabajo	
-Tipo no especificado	
6. Mioclonía nocturna o movimiento periódico de los miembros	
7. Síndrome de piernas inquietas	
<b>Parasomnias</b>	<b>Parasomnias</b>
Sonambulismo	Sonambulismo
Terrores nocturnos	Terrores nocturnos
Pesadillas (antes trastorno por sueños angustiosos)	Pesadillas
Bruxismo	<b>Otros trastornos no orgánicos del sueño</b>
Enuresis nocturna	<b>Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación</b>
<b>Trastornos secundarios del sueño</b>	<b>Trastornos orgánicos del sueño</b>
a) Asociado a trastorno neurológico	
b) Asociado a trastorno psiquiátrico	
c) Asociado a otras enfermedades médicas	

Fuente: DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON SA 1995

De acuerdo al CIE-10 los trastornos del sueño se clasifican en categorías poniendo énfasis en la diferenciación de los trastornos somáticos identificables y clasificados en otra parte.

1. F51.0 Insomnio no orgánico
2. F51.1 Hipersomnias no orgánicas.
3. F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño vigilia.
4. F51.3 Sonambulismo.
5. F51.4 Terrores nocturnos.
6. F51.5 Pesadillas.
7. F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.
8. F51.9 Trastornos no orgánicos del sueño sin especificación.

Con relación a los trastornos orgánicos del sueño estos se consideran como condiciones clínicas con las cuales se deberá realizar diagnóstico diferencial de la patología primaria y su tratamiento está dirigido a atender los padecimientos que los están generando; su clasificación corresponde al apartado G47 de la CIE-10.\*

\*Fuente: Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. 2000.

**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: \_\_\_\_\_

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajusta a su caso. Intente contestar a TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- 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"/> |

Este índice fue diseñado para evaluar la calidad del sueño. Consta de un total de 24 ítems, aunque el índice de calidad de sueño se calcula basándose sólo en 19 de ellos. Esos 19 ítems de agrupan en siete dimensiones:

1. Calidad de sueño subjetiva.
2. Latencia del sueño.
3. Duración del sueño.
4. Eficiencia habitual del sueño.
5. Perturbaciones del sueño (tos, ronquidos, calor, frío, necesidad de levantarse para ir al baño).
6. Uso de medicación para el sueño.
7. Disfunción diurna (hipersomnia y cansancio).

Es un índice autoaplicado; la mayor parte de los ítems se contestan utilizando una escala Likert de 4 grados, donde 0 significa ausencia de problemas y 3, problemas graves.

El marco de referencia temporal es el mes previo.

Las puntuaciones en cada dimensión se obtienen con la media aritmética de las puntuaciones en los ítems que la componen. El valor oscilará entre 0 (no hay problemas en esa dimensión) y 3 (problemas graves).

La puntuación global se calcula sumando las puntuaciones en las 7 dimensiones; el rango posible va de 0 a 21.

El punto de corte se sitúa en 5/6; puntuaciones  $\leq 5$  indican buena calidad del sueño, mientras que puntuaciones  $\geq 6$  sugieren mala calidad.

Ha sido adaptada y validada al español por Macías y Royuela (1996).

- Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Bobes, G J, portilla M A, Bascarán F M, Sáiz M P, Bousoño G M. 3ra edición. Psiquiatría Editores. Barcelona. Arz Médica 2004. ([www.arsmedica.info](http://www.arsmedica.info))
- Backhaus j, junghanns k, Broocks a, Riemann D, hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. J Psychosom Res 2002, 53: 737-740.
- Macías Fernández JA, Royuela Rico A. La versión española del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. Informaciones Psiquiátricas 1996; 146: 465-472.

<b>Cuadro 2. Medidas inespecíficas para inducir el sueño (hábitos saludables para dormir)</b>
<p>1.- Despertarse todos los días a la misma hora.</p> <p>2.- Limitar cada día el tiempo invertido en la cama a la cantidad habitual antes del trastorno.</p> <p>3.- Retirar cualquier fármaco o droga que actúe sobre el sistema nervioso central (cafeína, nicotina, alcohol, estimulantes, etc.)</p> <p>4.- Evitar las siestas durante el día (salvo si la gráfica del sueño revela que inducen un mejor sueño nocturno).</p> <p>5.- Fomentar la actividad física a través de un programa gradual de ejercicio vigoroso en las primeras horas de la mañana.</p> <p>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.</p> <p>7.- Probar con baños con temperatura caliente, durante 20 min. poco antes de acostarse.</p> <p>8.- Comer cada día a la misma hora, evitar comidas copiosas antes de acostarse.</p> <p>9.- Ejercitar rutinas de relajación vespertina o antes de la hora deseada para dormir, por ejemplo: relajación muscular progresiva o meditación.</p> <p>10.- Mantener condiciones cómodas para dormir.</p>

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

<b>Cuadro 3. Versión Mexicana de la Escala de Somnolencia Epworth UNAM/UAM</b>				
<b>Instrucciones:</b>				
Coloque una cruz que tan frecuentemente se queda dormido Usted en cada una de las siguientes situaciones ( <b>durante el día</b> )				
	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				
<p>Nota: el valor obtenido va de 0 a 24</p> <p>0-8 puntos se presenta una somnolencia normal</p> <p>≥ 9 somnolencia patológica</p>				

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.

5.4 MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS SUGERIDOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2499	Alprazolam	2-4 mg al día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	Tabletas de 2 mg envase con 30 tabs	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica	Sedación, torpeza psicomotriz, debilidad y fatiga, ataxia o incoordinación motora, sequedad de boca, puede provocar disfunción sexual, visión borrosa, cefalea, sensación de palpitaciones y taquicardia, alteraciones gastrointestinales como náusea, vómito y estreñimiento o diarrea, en casos raros puede haber confusión mental e insomnio y menos frecuentemente hipotensión arterial y sialorrea.	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, probenecid, valproatos y probablemente el ketoconazol. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceo. Puede tener un efecto opuesto con: acetazolamida y teofilina. La carbamazepina disminuye la concentración plasmática, en tanto el valproato la aumenta.	Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco. Miastenia Grave y apnea del sueño.  Relativas: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad o insuficiencia hepática o renal, Porfirio, glaucoma y adicción a sustancias.  Durante el embarazo no se aconseja su utilización, particularmente en el primer trimestre, al igual que durante la lactancia.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

3305	Amitriptilina	100 mg al día	Tabletas de 25 mgs/envase con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina. Disminuye su efecto con los barbitúricos. Con inhibidores de la monoaminoxidasa puede ocasionar excitación grave, y convulsiones.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepressivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida ( por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones
2612	Clonazepam	2-6 mg/día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	2 mg (30 Tabs)	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica	Sedación, torpeza psicomotriz, debilidad y fatiga, ataxia o incoordinación motora, sequedad de boca, puede provocar disfunción sexual, visión borrosa, cefalea, sensación de palpitaciones y taquicardia, alteraciones gastrointestinales como náusea, vómito y estreñimiento o diarrea, en casos raros puede haber confusión mental e insomnio y menos frecuentemente hipotensión arterial y sialorrea.	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, probenecid, valproatos y probablemente el ketoconazol. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepressivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceo. Puede tener un efecto opuesto con: acetazolamida y teofilina La carbamazepina disminuye la concentración plasmática, en tanto el valproato la aumenta.	Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco. Miastenia Grave y apnea del sueño.  Relativas: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad o insuficiencia hepática o renal, Porfirio, glaucoma y adicción a sustancias.  Durante el embarazo no se aconseja su utilización, particularmente en el primer trimestre, al igual que durante la lactancia.
	Desimipramina	Dosis inicial de 10 a 25 mg.  Dosis máxima: 50 mg	Comprimidos de 25 y 50 mg	De acuerdo al diagnóstico y evolución clínica.	Sedación, hipotensión, retención urinaria, hipertrofia prostática benigna, glaucoma de ángulo estrecho, boca seca, problemas	Inhibidores de enzimas CYP2D6 aumentan efectos de: anfetaminas, anticolinérgicos, antihipertensivos, beta agonistas, bupropión, carbamacepina, colestiramina, clonidina, depresores del SNC.	Hipersensibilidad a la desimipramina. Empleo de IMAO dentro de los 14 días siguientes a la suspensión y durante la fase de recuperación aguda del infarto del miocardio.

					visuales, estreñimiento. Arritmias, mareo, cefalea, disminuye el umbral convulsivo, delirio, alucinaciones, nerviosismo, insomnio, desorientación, agitación, síndrome parkinsonico, hipomanía, exacerbación de la psicosis. Urticaria, alopecia. Ictericia y alteración de las enzimas hepáticas.	Inhibidores de la enzima CYP2C8/9 aumentan la concentración sérica de: antidepresivos tricíclicos, cimetidina, fluvoxamina, AINEs, metronidazol, ritonavir, sulfamidas, trioglitazona, ácido valproico y Zafirlukast. Inductores de CYP2 y D6 como el fenobarbital, carbamacepina, fenitoína, y rifampicina, disminuyen la disponibilidad de Desimipramina. El empleo con linezolid debe evitar por síndrome serotoninérgico y muerte. Aumenta el efecto anticoagulante de la warfarina. Aumenta el potencial de convulsiones de tramadol.	
3302	Imipramina	100mg al día	Gragea de 25 mg, /envase con 20 tabletas o grageas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina; potencia la depresión producida por el alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida ( por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones
3204	Levomepromazina	La dosis varía de 25 a 300 mg/24 horas.	Tableta de 25 mg/ Caja con 20 comprimidos	Conviene iniciar el tratamiento con dosis bajas y aumentarlas progresivamente hasta alcanzar la dosis óptima. Una vez obtenido el efecto terapéutico, disminuir la dosis gradualmente hasta	Puede presentarse somnolencia e hipotensión ortostática y lipotimias. Discrasias sanguíneas, convulsiones, hiperprolactinemia.	Potenciación de los hipotensores, antihipertensivos, depresores del SNC, hipnóticos, barbitúricos, tranquilizantes, anestésicos y analgésicos; con antiácidos se disminuye	Depresión de la médula ósea, insuficiencia hepática y renal, hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, glaucoma, uso conjunto con otros depresores del SNC, discrasias sanguíneas, daño hepático, arteriosclerosis cerebral, hipotensión y/o hipertensión arterial severa, ingestión de bebidas alcohólicas,

				llegar a la dosis mínima eficaz.	Sequedad de boca, retención urinaria. Ictericia, síndrome neuroléptico maligno . Depresión miocárdica, síncope, parkinsonismo, discinesia, eritema, urticaria, fotosensibilidad, alteraciones oculares. Prolongación del intervalo QT	la absorción del neuroléptico, por lo que el antiácido se debe administrar por lo menos una hora antes, o dos horas después del neuroléptico; con litio puede provocar desorientación La coadministración de levomepromazina y fármacos metabolizados principalmente por el sistema enzimático del citocromo P450 2D6, puede resultar en aumento de las concentraciones plasmáticas de estos fármacos.	coma, epilepsia no tratada, enfermedad de Parkinson, primer trimestre del embarazo
5478	Lorazepam	2-5 mg/día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)	Tableta 1 mg / envase con 40 tabletas	De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica	Sedación, torpeza psicomotriz, debilidad y fatiga, ataxia o incoordinación motora, sequedad de boca, puede provocar disfunción sexual, visión borrosa, cefalea, sensación de palpitaciones y taquicardia, alteraciones gastrointestinales como náusea, vómito y estreñimiento o diarrea, en casos raros puede haber confusión mental e insomnio y menos frecuentemente hipotensión arterial y sialorrea.	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales,, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, provenecid, valproatos y probablemente el ketoconazol. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceos. Puede tener un efecto opuesto con: acetazolamida y teofilina La CBZ disminuye la concentración en plasma , en tanto el valproato la aumenta.	Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco. Miastenia Grave y apnea del sueño.  Relativas: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad o insuficiencia hepática o renal, Porfirio, glaucoma y adicción a sustancias.  Durante el embarazo no se aconseja su utilización, particularmente en el primer trimestre, al igual que durante la lactancia.

	Melatonina	1 Cápsula al día, 1 hora antes de acostarse.	Caja con 30 Cápsulas de liberación prolongada de 3 y 5 mg	De acuerdo a diagnóstico y evolución	<p>En muy raras ocasiones pueden presentarse sedación y somnolencia</p> <p>Cefalea, prurito y náuseas.</p> <p>Puede elevar la fosfatasa alcalina</p> <p>El alcohol aumento los eventos adversos</p>	<p>Con <math>\beta</math>-adrenérgicos lipofílicos, disminuye los efectos de estos (aumento en la latencia del sueño y despertares nocturnos). La fuvoxamina aumenta la disponibilidad de la melatonina.</p> <p>Disminuye el efecto antihipertensivo de la nifedipina</p>	<p>No se administre a pacientes hipersensibles a los componentes de la fórmula, o cursando con insuficiencia renal y/o hepática. Durante tratamientos con inhibidores de la Mono Amino Oxidasa (iMAO). Deben evitarse las bebidas alcohólicas. No se administre durante el embarazo y la lactancia, ni menores de 18 años.</p>
5351	Metilfenidato	<p>10-60 mg al día</p> <p>Las dosis no deben exceder los 60 mg</p> <p>Se administra en 2-3 dosis separadas, dependiendo del control de los síntomas durante el día.</p> <p>Los pacientes que no pueden dormir, se indica no administrar el medicamento después de la 6 pm.</p>	Tableta de 10 mgs/ Caja con 30 comprimidos	<p>Mínimo de 1mes para inicio de respuesta</p> <p>El tiempo de uso es variable. Generalmente es prolongado y debe ser monitorizado con estudios de laboratorio cada 6-12 meses</p>	<p>El nerviosismo y el insomnio son reacciones adversas muy frecuentes al comienzo del tratamiento con metilfenidato, que se pueden controlar con la reducción de la dosis o la omisión de la dosis vespertina o nocturna del medicamento. La pérdida de apetito es frecuente, aunque usualmente pasajera. Son frecuentes los dolores abdominales, las náuseas y los vómitos; por lo general ocurren al comienzo del tratamiento y pueden aliviarse mediante la ingestión simultánea de alimentos.</p>	<p>Reduce la efectividad de los medicamentos empleados en el tratamiento de la hipertensión. Debe ser usado con precaución en pacientes que hayan sido tratados con medicamentos para la presión arterial incluyendo los inhibidores de la monoaminoxidasa. El alcohol podría exacerbar los efectos adversos de los metilfenidato por lo que se recomienda a los pacientes se abstengan de tomar bebidas alcohólicas durante el tratamiento. Como inhibidor de la recaptura de dopamina, el metilfenidato puede estar asociado con interacciones farmacodinámicas cuando es coadministrado directa e indirectamente con un agonista dopaminérgico (incluyendo DOPA y antidepresivos tricíclicos) así como con</p>	<p>Hipersensibilidad al metilfenidato o a cualquiera de los excipientes. Ansiedad o angustia, tensión. Agitación. Hipertiroidismo. Arritmia cardíaca. Angina de pecho grave. Glaucoma. Feocromocitoma. Diagnóstico de tics motores o tics en hermanos. Diagnóstico o antecedentes familiares de Síndrome de Tourette.</p>

						<p>antagonistas de la dopamina (antipsicóticos p. ejemplo., haloperidol). La co-administración de metilfenidato con antipsicóticos no es recomendada porque puede contrarrestar el mecanismo de acción. Algunos casos reportados sugieren una interacción de metilfenidato con, anticoagulantes cumarinicos, algunos anticonvulsivos (p.ej., fenobarbital, fenitoina, primidona), fenilbutazona y antidepresivos tricíclicos, más estas interacciones farmacocinéticas no han sido confirmadas al evaluar muestras más grandes. Puede ser necesaria la reducción de dosis en estos medicamentos.</p>	
2109	Midazolam	<p>Adultos: 7.5 a 15 mg En ancianos debilitados: 7.5 mg Dosis máxima no deberá excederse debido al riesgo de aumento de efectos adversos en el SNC</p>	Tableta de 7.5 mgs/ Caja con 30 comprimidos	Sin exceder dosis máxima de 15 mg el tiempo uso de este medicamento debe ser breve.	<p>Somnolencia durante el día, aplanamiento afectivo, disminución del estado de alerta, confusión, fatiga, cefalea, vértigo, debilidad muscular, ataxia o visión doble, alteraciones de conducta y reacciones paradójicas. Hipotensión, náuseas, nistagmus. Hay riesgo de dependencia.</p>	<p>Inhibidores de CYP3A4, elevan los niveles de midazolam: Fluconazol, itraconazol, ketoconazol, azitromicina, eritromicina, roxitromicina, verapamil, diltiazem, sequinavir, ranitidina, cimetidina Inductores de CYP3A4, disminuyen los niveles de midazolam: carbamacepina, fenitoina, fenobarbital, rifampicina.</p>	<p>Insuficiencia respiratoria grave. Insuficiencia hepática grave. Síndrome de apnea del sueño. Niños. Hipersensibilidad conocida a las benzodiazepinas o a cualquier componente del producto. Miastenia grave.</p>

5490	Mirtazapina	30 mg día	Comprimidos de 15, 30mg / envase de 10, 20 y 30 tabletas Frasco ampola de 15mg en envase de 6 ampolletas para IV	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta y un mínimo de 6 meses	Sedación, sequedad de Boca y aumento de peso, aumenta niveles de colesterol en plasma en algunos pacientes	Interacciona con fármacos con elevada fijación a proteínas plasmáticas, sinergia con benzodiazepinas, barbitúricos aumentando riesgo de somnolencia Riesgo de síndrome serotoninérgico Interacción con IMAOS	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco
	Modafinil	5.5 mg/kg/día en niños, máximo 400 mg al día. 200 mg al día en niños con un máximo de 400 mg	Caja con 7, 14, 30 y 100 tabletas de 100 ó 200 mg	Se puede utilizar por tiempo prolongado, los estudios señalan hasta 10 años para somnolencia excesiva diurna. Los eventos adversos incluso disminuyen con el uso continuo.	En estudios clínicos fase 3 efectuados en los Estados Unidos, 5% de 369 pacientes que recibieron modafinil interrumpieron el tratamiento debido a un efecto adverso. Las razones más frecuentes (1%) para la interrupción en una proporción más alta para pacientes tratados con modafinil que para los tratados con placebo fue cefalea (1%), náusea (1%), depresión (1%) y nerviosismo (1%). En estudios clínicos controlados realizados en el extranjero, en pacientes con narcolepsia, 2% de los pacientes estudiados interrumpieron la terapia debido a efectos adversos	No se observaron interacciones clínicas importantes con metilfenidato, clorimipramina, triazolam. Se debe tener cuidado al administrar con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO): Otros medicamentos para el SNC: El uso de modafinil no ha sido sistemáticamente evaluado. Se recomienda cuidado si se requiere la administración concomitante de medicamentos cardiovasculares. En un pequeño grupo de paciente el modafinil incrementa el metabolismo (por inducción de enzimas hepáticas) de los tricíclicos como imipramina y carbamacepina, fenitoína, fenobarbital, rifampicina) pudieran incrementar la formación de sulfona, disminuyendo los niveles de modafinil	Está contraindicado en pacientes que se sabe tienen hipersensibilidad al modafinil  Aunque no están contraindicados, la recomendación es utilizar con precaución en padecimientos hepáticos, cardiovasculares, hipertensión arterial y neurológicos.

5485	Olanzapina	El rango de dosificación varía de 5 a 20 mg/día.	Tabletas 5 mg:/ Caja con 14 ó 28 tabletas	El uso de este medicamento es de acuerdo al diagnóstico y evolución clínica.	Aumento de peso, somnolencia y aumento de los niveles de prolactina. Los eventos adversos comunes (<10% y >1%) asociados con el uso de olanzapina en los estudios clínicos incluyeron vértigo, astenia, acatisia, aumento del apetito, edema periférico, hipotensión, hipotensión ortostática, boca seca y constipación. Hipotensión postural y no postural, taquicardia y efectos parkinsonicos o distonía. Xerostomía, estreñimiento, síndrome menstrual, artralgias, rigidez de cuello, fasciculaciones. Síndrome neuroléptico maligno.	Inhibidores de CYP1A2, elevan los niveles de olanzapina: Ciprofloxacina, fluvoxamina, isoniacida, ritonavir y cimetidina  Inductores de CYP3A4, disminuyen los niveles de olanzapina: carbamacepina, fenitoina, fenobarbital, rifampicina, analgésicos narcóticos. El tabaquismo y carbón activado disminuyen la disponibilidad de olanzapina. El haloperidol aumenta el parkinsonismo. La olanzapina disminuye el efecto de la levodopa La hierba de san Juan, kava kava, gotu kola aumentan la propiedades depresores del SNC de olanzapina	Está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida al medicamento o a alguno de los componentes de la fórmula
5486			Tabletas 10 mg/ Caja con 14 ó 28 tabletas				

	Oxibato de sodio	Dosis recomendada de 4.5 g/día en dos dosis, se titula en base a eficacia y tolerancia hasta un máximo de 9 g/día.	Solución oral de 500 mg/ml para uso oral	Se recomienda un mínimo de uso de 2 semanas entre los incrementos de dosis.	Mareo, náuseas, y cefalea ocurre en el 10-20% de los pacientes. Otros efectos menos comunes son la anorexia. Confusión desorientación, sueños anormales, pesadillas, depresión, visión borrosa, disnea	La combinación con alcohol potencia los efectos del medicamento. Los síntomas sedantes se exacerban con el uso de benzodiazepínicos. No hay interacción con los inhibidores de la bomba de protones. Debe ser usado con precaución cuando se combina con valproatos y fenitoína.	Hipersensibilidad al oxibato de sodio o cualquiera de sus excipientes. Pacientes con deficiencia de semialdehído deshidrogenasa. Pacientes que están siendo tratados con opioides o barbitúricos.
	Selegiline	Dosis inicial: 2.5 mg a 5 mg (media a una tableta) cada 24 horas por la mañana o dividido cada 12 horas. Dosis de mantenimiento: 5 mg (una tableta) cada 12 horas	Caja con 20, 30 y 50 tabletas.	Titular cada semana hasta dosis de mantenimiento de 5 a 10 mg al día en 2 dosis. El tratamiento generalmente es crónico y depende de la evolución clínica.	Sensación de vértigo y cansancio; náusea y vómito; cefalalgia, sabor desagradable, anorexia, psicosis, discinesia, hipercinesia; visión borrosa; alucinaciones, confusión; insomnio, euforia y sensación de intoxicación; elevación de la creatinina, fatiga, sudoración, hipotensión ortostática, ansiedad, depresión, palpitaciones, angina de pecho, arritmias cardíacas; hipertensión, hipotensión, constipación, xerostomía, recurrencia de úlcera péptica; reacciones cutáneas; dificultad para la visión, edema.	No se debe administrar con opioides. Deben evitarse alimentos que contengan tiramina como quesos y carnes añejas. El uso concomitante con antidepresivos está proscrito ya que se puede presentar el síndrome serotoninérgico. No se debe iniciar el tratamiento con antidepresivos en el plazo de 14 días después de la discontinuación de selegilina. No se recomienda ingerir bebidas alcohólicas. Se debe evitar el uso conjunto de petidina, simpaticomiméticos (efedrina), descongestivos nasales, agentes que aumenten la presión arterial, antihipertensivos, psicoestimulantes, depresores del sistema nervioso central (sedantes, hipnóticos). El uso conjunto de selegilina con	Hipersensibilidad conocida al clorhidrato de selegilina, hipotensión arterial, úlcera péptica o gastroduodenal, arritmias cardíacas, psicosis grave, demencia avanzada, tremor esencial, corea de Huntington o trastornos extrapiramidales sin reacción con deficiencia de dopamina, enfermedad de Graves, feocromocitoma, tirotoxicosis, glaucoma de ángulo cerrado, adenoma prostático con retención urinaria, taquicardia, angina de pecho, embarazo y lactancia; el tratamiento con antidepresivos o con meperidina.

						amantadina y anticolinérgicos puede aumentar los efectos adversos Puede causar toxicidad con el uso de digitálicos y anticoagulantes.	
4488	Venlafaxina	la dosis de inicio recomendada de venlafaxina es de 75 mg administrados una vez al día. Los pacientes que no respondan a la dosis inicial de 75 mg/día, pueden beneficiarse con incrementos de dosis hasta un máximo de 225 mg/día.	Cápsulas de liberación prolongada, 75 mg/ envase con 20 cápsulas	Incrementos de dosis cada 2 semanas y evaluar efecto en 4 semanas. Su utilización es prolongada con monitoreo cada 6-12 meses	Astenia, fatiga, hipertensión, vasodilatación (bochorno y ruborización). Disminución del apetito, costipación, náusea y vómito. Aumento del colesterol plasmático, pérdida de peso. Sueños anormales, disminución de la libido, vértigo, sequedad de boca, incremento del tono muscular, insomnio, nerviosismo, parestesias sedación y temblor. En respiratorio: bostezos; Piel: sudoración. Sentidos: anomalía de la acomodación, midriasis, deterioro visual. Urogenital: Eyaculación anormal/orgasmo (varones), anorgasmia, disfunción eréctil, trastornos urinarios (tenesmo principalmente)	Con inhibidores de la MAO, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptan, zolmitriptan, rizatriptan, sumatriptan). Se presenta el síndrome serotoninérgico que pone en peligro la vida.	La venlafaxina está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a la venlafaxina o a cualquiera de los excipientes de la fórmula. Está contraindicado el uso concomitante de venlafaxina en pacientes que toman inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). No debe iniciarse la venlafaxina por lo menos 14 días después de la discontinuación de un tratamiento con un MAO; un intervalo menor puede justificarse en el caso de un MAO reversible (ver la IPPA del MAO reversible). La venlafaxina debe suspenderse por lo menos 7 días antes de iniciar un tratamiento con cualquier MAO.

## 6. GLOSARIO.

**Cambios de turno de trabajo:** insomnio que aparece durante las horas que el individuo debería dormir o somnolencia excesiva durante las horas en que debería estar despierto, debido a un turno de trabajo nocturno o a un cambio repetido del turno de trabajo.

**Cataplejía:** Episodios de pérdida bilateral súbita del tono muscular que provoca el colapso del individuo, a menudo en asociación con emociones intensas como risa, cólera, miedo o sorpresa.

**Insomnio:** Dificultad para conciliar y para mantener el sueño o despertar precoz

**Intención paradójica.** Se le pide al paciente que haga precisamente lo que es objeto de malestar psicológico. La eficacia de la técnica se basa en el principio fundamental de que los pacientes intenten llevar a cabo la conducta que están evitando. De esta manera, el proceso circular, que se mantiene a sí mismo, se rompe, puesto que el desear realizar la conducta temida o no deseada es incompatible con la ansiedad anticipatoria y, por tanto, la neutraliza; por lo tanto es útil para síntomas que se perciben como involuntarios, especialmente si implican ansiedad anticipatoria. Suele no necesitar más de 10 sesiones.

**Jet lag:** Resultado de un cambio rápido de zona o meridiano en donde las condiciones ambientales de luz-oscuridad cambian radicalmente, esto ocurre como resultado de un viaje en avión a través de varios meridianos.

**Latencia REM:** tiempo en que tarda en presentarse el sueño REM después del inicio del sueño.

**Medidas inespecíficas para inducir el sueño (Hábitos saludables de sueño o higiene del sueño):** Son sugerencias encaminadas a modificar situaciones identificadas como coadyuvantes en el insomnio. Como por ejemplo, se suele recomendar despertarse todos los días a la misma hora, no irse a la cama a dormir si no se tiene sueño, evitar actividades estimulantes que inhiban la somnolencia, mantener condiciones cómodas para dormir, etc.

**Polisomnografía:** Es una prueba usada en el estudio del sueño. Consiste en el registro de varios parámetros electrofisiológicos que definen los estados de sueño y de vigilia, como por ejemplo, electroencefalograma (EEG), el electro-oculograma (EOG, una medición de los movimientos oculares) y el electromiograma de superficie (EMG).

**Sueño retrasado:** patrón de sueño persistente que consiste en acostarse y despertarse tarde, con incapacidad para conciliar el sueño y levantarse a horas más tempranas pese a desearlo por requerimientos ambientales.

**Tratamiento cognitivo:** Terapia psicológica basada en los fundamentos de la psicología cognitiva, consta de la identificación, de pensamientos creencias y actitudes sobre el sueño y su impacto en la vida diaria.

**Tratamiento de relajación muscular:** es un entrenamiento sistemático de tensión y relajación de grupos de músculos, primero por separado, luego con la intención de relajar todo el cuerpo de forma inmediata.

**Tratamiento de restricción del sueño:** Este método limita el tiempo transcurrido en la cama de noche y restringe el sueño durante el día. Se calcula el tiempo en relación a un registro de duración de sueño. Esta cantidad se ajusta semanalmente mediante la consideración de la eficiencia del sueño del individuo (índice del tiempo total de sueño en comparación con el tiempo transcurrido en la cama).

## 7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Clinical Practice Guideline Adult Insomnia: Assesment to Diagnosis 2007
2. DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON SA 1995
3. Esquinca R JL, Córdova C A. Cronobiología. Ritmos biológicos. PAC-Psiquiatría-3, 2001, Intersistemas. México
4. Gállego P-LJ, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (1): 19-36.
5. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Editorial Médica Panamericana. Mayo 2000.
6. Guía de Buena Práctica Clínica en Patología del Sueño. Organización Médica Colegial de España. Ministerios de Sanidad y Consumo 2005
7. 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.
8. Knowles JB, MacLean A W, Cairns J. REM Sleep abnormalities in Depression: A Test of the Phase-Advance Hypothesis. Biological Psychiatry 1982;17 (5):605-9
9. Ling LL, Goh DYT. Sleep Disorders: Sleepless in Singapore. Annals Academy of Medicine 2008;37(8)
10. Montgomery P, Dennis J. Intervenciones cognitivo-conductuales para los trastornos del sueño en adultos mayores de 60 años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the regulation of long-term hypnotic drug use. Health Technology Assessment 2004; 8 (8)
12. Morgenthaler TI, Kapur VK, Brown TM, Swick TJ, Alessi C, R. Nisha AR. Practice Parameters for the Treatment of Narcolepsy and other Hypersomnias of Central SLEEP 2007;30(12):1705-1711.
13. Disponible: [http://www.aasmnet.org/Resources/PracticeParameters/PP\\_narcolepsy.pdf](http://www.aasmnet.org/Resources/PracticeParameters/PP_narcolepsy.pdf)
14. Quera-Salva MA, Lemoine P, Guilleminault. Impacto del nuevo antidepresivo agomelatina sobre los ciclos alterados del sueño-vigilia en los pacientes deprimidos. Human Psychopharmacology. 2010;25(3):222-229.
15. Romero O, Sagalés T, Jurado MJ. Insomnio: diagnóstico, manejo y tratamiento REV MED UNIV NAVARRA 2005; 49 (1): 25-30
16. Rueda SM, Díaz LMA, Osuna SE. Definición, Prevalencia y Factores de Riesgo de Insomnio en población General. Rev Fac Med 2008;56 (3):222-34
17. Sadock BJ, Sadock V A. Trastornos del sueño. en Manual de bolsillo de psiquiatría clínica (kaplan & sadock). 4º edición, Lippincott Williams & Wilkins. Barcelona España 2008, pp. 210-219.

18. Sadock BJ, Sadock V A. Tratamiento del insomnio. en Manual de bolsillo de psiquiatría clínica (kaplan & sadock). 4º edición, Lippincott Williams & Wilkins. Barcelona España 2008, pp. 355-357.
19. Salín- Pascual RJ. Trastornos del Sueño. Importancia en la Práctica Clínica. Acta Médica 1986; 85-86 (12): 47-59
20. Salín-Pascual RJ., de la Fuente JR. La manipulación del sueño como estrategia cronobiológica de investigación en psiquiatría. Salud Mental 1983; 6:39-42
21. Sarrais F, Castro MP. El insomnio..An Sist Sanit Navar 2007; 30 (Supl. 1): 121-134.
22. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med 2008;4(5):487-504.
23. The American Academy of Sleep Medicine 2008. Disponible en [www.aasmnet.org](http://www.aasmnet.org) ©AASM 2008.

## 8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

<b>NOMBRE</b>	<b>Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS</b> <b>CARGO/ADSCRIPCIÓN</b>
Dr. Efraín Arizmendi Uribe	Delegado Delegación Norte D.F
Dr. Ricardo Aviles Hernández	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Norte D.F
Dr. Pedro Espinoza Aguilar	Director HGZ No 24 Insurgentes D.F
Dr. José Arturo Gayosso Rivera	Director UMAE Hospital de especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional La Raza D.F
Dr Marcos Rafael Zambrana Aramayo	Director Médico UMAE Hospital de especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional La Raza D.F
Dr. Lorenzo Bárcena Jimenez	Director UMAE Hospital de traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez" D.F
Dr. Arturo Resendiz Gonzalez	Director Médico UMAE Hospital de traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez" D.F
Dra. Fátima Estela Armenta Vega	División de auxiliares de diagnóstico Hospital de traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narvaez" D.F
Dra. Irma H. Fernández Gárate	Titular de la Coordinación de Programas Integrados de Salud
Dr. Santiago Rico Aguilar	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Campeche, Campeche
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionada UMAE HE CMN La Raza)

## 9. COMITÉ ACADÉMICO.

### Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dr. Juan Bernardo Bruce Diamond Hernández	Comisionado a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIOS.

### Directorio sectorial.

**Secretaría de Salud.**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos.

**Secretario de Salud.**

**Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.**

Mtro. Daniel Karam Toumeh.

**Director General.**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares.

**Director General.**

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.

**Titular del organismo SNDIF.**

**Petróleos Mexicanos / PEMEX.**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza.

**Director General.**

**Secretaría de Marina.**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.

**Secretario de Marina.**

**Secretaría de la Defensa Nacional.**

General Guillermo Galván Galván.

**Secretario de la Defensa Nacional.**

**Consejo de Salubridad General.**

Dr. Enrique Ruelas Barajas.

**Secretario del Consejo de Salubridad General.**

### Directorio institucional.

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno

**Director de Prestaciones Médicas**

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

**Titular de la Unidad de Atención Médica**

Dr. José de Jesús González Izquierdo

**Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

**Coordinadora de Áreas Médicas**

## 10. DIRECTORIOS

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaría de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contralmirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M en A María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular; suplente del presidente del CNGPC
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez <b>Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua</b>	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez <b>Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango</b>	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante <b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán</b>	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Dra. Mercedes Juan <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud</b>	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC</b>	Secretario Técnico