



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
LIC. EN MEDICINA HUMANA

SEXTO SEMESTRE  
PRIMER PARCIAL

NEUROLOGÍA  
TRASTORNOS DEL SUEÑO

DOCENTE: Dr. Manuel Eduardo López Gómez  
ALUMNA: Angélica Montserrat Mendoza Santos

Los trastornos del sueño son un grupo de afecciones que afectan la capacidad de dormir bien regularmente. Ya sean causados por un problema de salud o por demasiado estrés

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

## TRASTORNOS DEL SUEÑO



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**)

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.

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.

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

**La fase 4** se caracteriza por un predominio de las ondas delta, que representan más del 50% del sueño en una unidad de tiempo

El sueño REM, o sueño de movimiento ocular rápido

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

El primer período REM se presenta aproximadamente a los 80 ó 90 minutos del inicio del sueño. Habitualmente, la fase REM dura unos 20 minutos, se produce una gran actividad electroencefalográfica y movimientos oculares rápidos.

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

Los síntomas de los trastornos del sueño incluyen tener mucho sueño durante el día y tener problemas para conciliar el sueño por la noche.

Algunas personas pueden quedarse dormidas en momentos inapropiados, como mientras conducen.

Otros síntomas incluyen respirar en un patrón inusual o sentir un impulso incómodo de moverse mientras se está intentando conciliar el sueño.

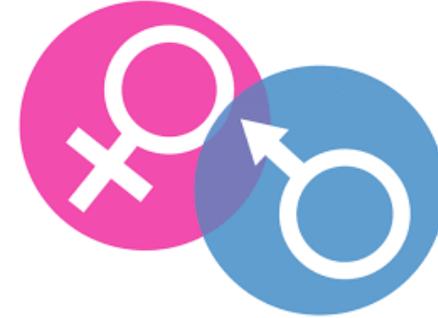
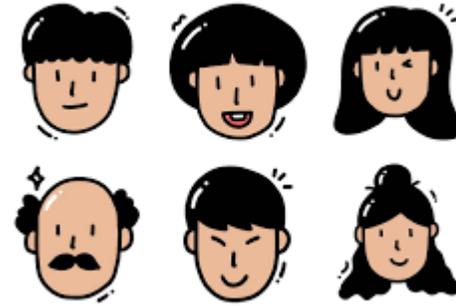
También son posibles los movimientos o experiencias inusuales o molestas durante el sueño.

Tener un sueño irregular y un ciclo de vigilia es otro síntoma de los trastornos del sueño.



FACTORES DE RIESGO

- Edad
- Sexo
- Factores socioeconómicos
  - Estado civil
  - Abuso de sustancias
  - Enfermedades medicas
  - Enfermedades psiquiátricas



### **Se revisan las diferentes pruebas diagnósticas**

Polisomnografía, poligrafía respiratoria, test de latencias múltiples, test de mantenimiento de la vigilancia, test de Osler, el vídeo EEG de sueño y la actigrafía.

### **Estudio de gabinete**

Polisomnografía, es una prueba que mide y registra diferentes funciones corporales mientras se duerme, como: Frecuencia respiratoria. Oxígeno en la sangre. Frecuencia cardíaca.

## Polisomnografía

Se realiza, generalmente durante la noche, en una



controlar las frecuencias cardíaca y respiratoria.

## Poligrafía respiratoria



sueño.

## Prueba de latencia múltiple del sueño

Eva  
exces  
la qu  
un lu  
Es la  
se  
narcolepsia y la hipersomnía



idiopática

## Test de mantenimiento de vigilia

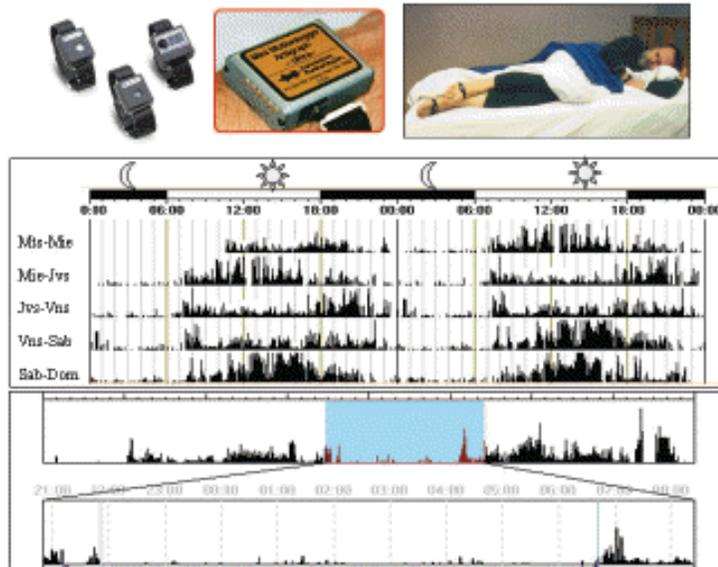
Es evaluar la capacidad que tiene el individuo para mantenerse despierto durante un periodo de tiempo.

## El test de Osler

Es una variante del TMV aunque más simple porque no monitoriza ninguna variable neurofisiológica. Al igual que el TMV, mide la habilidad para mantener la vigilia en condiciones de baja estimulación.

## El registro de vídeo-EEG

En el enfermo epiléptico pretende caracterizar, registrar y clasificar los fenómenos epilépticos, y correlacionar el registro electroencefalográfico con la fenomenología clínica grabada en vídeo.



## La actigrafía

Se basa en el principio de que durante el sueño disminuyen los movimientos de un sujeto hasta prácticamente estar en reposo.

Se trata de registrar mediante un velocímetro la actividad motora a lo largo de periodos de tiempo prolongados (de 1-2 hasta 22 días) habitualmente una semana. El sensor tiene apariencia de un reloj de pulsera. Habitualmente se coloca en una extremidad, muñeca o tobillo y registra la actividad motora de un sujeto.

- 1.- Medidas inespecíficas para inducir el sueño  
(higiene del sueño)
- 2.- Los tratamientos cognitivos y conductuales (TCC).
- 3.- Restricción del tiempo dedicado a dormir.
- 4.- Técnicas de relajación.
- 5.- Intención paradójica (psicología inversa).
- 6.- Control de estímulos externos.

# PAUTAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

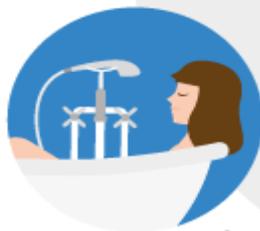
**Limita las siestas**  
a no más de 20 minutos



**Modera el consumo de café o té**  
a última hora de la tarde



**Toma un baño de agua caliente**  
para empezar a relajarte



**Evita las pantallas antes de dormir**  
Te activan mentalmente dificultando el descanso



**Mantén una rutina**  
Respetar tus horarios de sueño



**Crea un ambiente adecuado**  
Favorece el sueño y ayuda a mantenerlo



**Cena suave**  
Las comidas pesadas entorpecen la digestión y complican el descanso

La terapia cognitiva conductual para el insomnio es un programa estructurado que ayuda a identificar y a reemplazar los pensamientos, así como las conductas que provocan o empeoran los problemas del sueño por hábitos que fomentan el sueño profundo

La parte cognitiva enseña a reconocer y cambiar las creencias que afectan la capacidad de dormir. Este tipo de terapia puede ayudar a controlar o eliminar los pensamientos negativos y las preocupaciones que mantienen despierto.

La parte conductual ayuda a desarrollar buenos hábitos de sueño y a evitar los comportamientos que impiden dormir bien.



Este tratamiento reduce el tiempo que pasas en la cama, lo que produce la privación parcial del sueño y aumenta tu cansancio la noche siguiente. Una vez que logras dormir mejor, se aumenta gradualmente el tiempo que pasas en la cama.

## TECNICAS DE RELAJACIÓN

La respiración profunda; el escaneo mental corporal; la relajación con visualización, el conteo regresivo, la relajación muscular progresiva; la meditación; escuchar música relajante y el automasaje son prácticas que se pueden realizar cuando surge la dificultad para descansar.

## CONTROL DE ESTÍMULOS EXTERNOS

El control de estímulos es el procedimiento que se utiliza en el tratamiento del insomnio o trastorno del sueño para regular el horario de sueño de la persona y restringir la realización en la cama y en el dormitorio de actividades incompatibles con la conducta de dormir.

**Grupos de trastornos del sueño en la ICSD-3**

<b>Insomnios</b>	<b>Trastornos respiratorios</b>	<b>Hipersomnias centrales</b>
Insomnio crónico	Apneas obstructivas del sueño	Narcolepsia tipo 1
Insomnio de corta evolución	Del adulto	Narcolepsia tipo 2
Otros insomnios	Del niño	Hipersomnia idiopática
Variantes	Apneas centrales del sueño	Síndrome de Kleine-Levin
Excesivo tiempo en cama	Trastornos de hipoventilación	Síndrome de sueño insuficiente
Dormidor corto	Hipoxemia del sueño	Hipersomnias secundarias
	Síntomas aislados o variantes	Variantes: dormidor largo
	Ronquido	
	Catatrenia	
<b>Trastornos del ritmo sueño-vigilia</b>	<b>Parasomnias</b>	<b>Movimientos anormales</b>
Fase de sueño retrasada	No relacionadas con REM	Piernas inquietas
Fase de sueño avanzada	Relacionadas con REM	Movimientos periódicos de los miembros
Fase de sueño irregular	Otras parasomnias	Calambres del sueño
Ritmo no de 24 horas	Síntomas aislados o variantes	Bruxismo
Trabajo en turnos		Movimientos rítmicos relacionados con el sueño
<i>Jet-lag</i>		Mioclonías benignas del lactante
Otros trastornos del ritmo		Mioclonías propioespinales
		Otros, secundarios y no especificados

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

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



El síndrome de Kleine Levin es una hipersomnía recurrente en donde los individuos pueden llegar a tener 18 a 24 horas de sueño, se asocian con desinhibición como hipersexualidad y episodios de ingesta excesiva y compulsiva y ganancia de peso.

Es más común en hombres adolescentes



La hipersomnía asociada a la menstruación puede ser marcada e intermitente con patrones alterados de conducta, e ingesta excesiva de alimentos.

La excesiva somnolencia diurna puede definirse como la sensación subjetiva de sueño a una hora o en una situación inapropiada que ocurre a diario durante al menos tres meses. Los pacientes pueden referirla como cansancio o fatiga.



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

La escala de Epworth modificada para la población mexicana se puede utilizar para detectar a aquellos sujetos en donde el padecimiento está afectando su calidad de vida.

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

¿Qué tan probable es que usted se sienta somnoliento, “cabecee” o se quede dormido en las siguientes situaciones, diferenciando de sólo sentirse cansado?

Esto se refiere a su vida habitual durante el último tiempo, aunque no haya realizado recientemente algunas de las siguientes actividades, póngase en la situación de cómo le afectarían.

Use la siguiente escala y elija el número más adecuado para cada situación.

- 0 = Nula probabilidad de cabecear o quedarse dormido.
- 1 = Escasa probabilidad de cabecear o quedarse dormido.
- 2 = Moderada probabilidad de cabecear o quedarse dormido.
- 3 = Elevada probabilidad de cabecear o quedarse dormido.

<b>Situación:</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Opinión / Sugerencia:</b>
Sentado leyendo un periódico, una revista, un libro		
Viendo televisión		
Sentado inactivo en un lugar público (cine, reunión, etc.)		
En auto, como pasajero en un viaje de una hora sin descanso		
Recostado descansando en la tarde, cuando las circunstancias lo permiten		
Sentado y conversando con alguien		
Sentado y tranquilo después de almuerzo (sin tomar alcohol)		
En auto, detenido por unos minutos por el tráfico		
Total (máx. 24)		

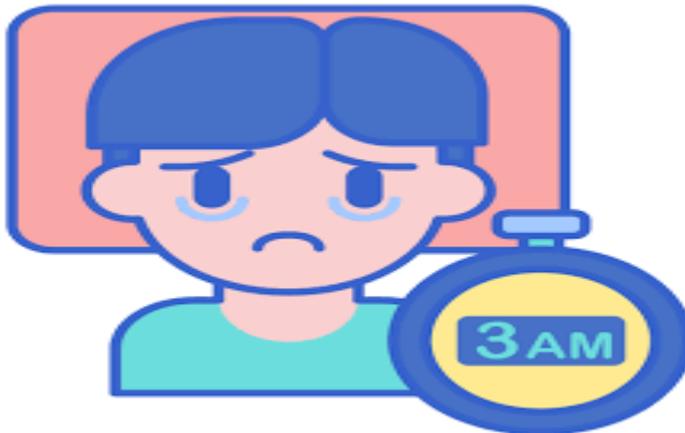
Se basará en los síntomas clave: ronquidos, episodios compatibles con pausas respiratorias durante el sueño y excesiva somnolencia diurna.

El paciente suele ser obeso y la gravedad está relacionada con el exceso de peso, una fácil y útil maniobra consiste en calcular su índice de masa corporal (IMC), que se asocia con mayor riesgo de mortalidad

Se le animará para que intente ajustarse a su peso ideal disminuyendo su ingesta y aumentando su actividad física

Se aconsejará dormir en decúbito lateral para intentar impedir que los tejidos blandos obstruyan la vía aérea

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



Los criterios diagnósticos son:

- A.- El individuo se queja de dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantenerse dormido o sueño no reparador.
- B.- La alteración del sueño se produce al menos tres veces por semana, durante al menos un mes.
- C.-La alteración del sueño produce un malestar marcado o una interferencia en el funcionamiento personal de la vida diaria.
- D.-Ausencia de un factor orgánico causal conocido como una alteración neurológica u otra circunstancia médica, un trastorno debido al consumo de sustancias o debido a medicación En otras clasificaciones suelen considerarse en relación al tiempo como insomnio crónico (mayor de 4 semanas), severo

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



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

Es un trastorno que consiste en la incapacidad para conciliar el sueño o para mantenerlo. También puede manifestarse mediante múltiples despertares a lo largo de la noche o un despertar adelantado por la mañana. El resultado es una mala calidad del sueño y un descanso insuficiente.

Este trastorno afecta de forma muy significativa a la calidad de vida y sus consecuencias más inmediatas son la somnolencia diurna, la baja concentración y la incapacidad para mantener una vida activa



- Cambios fisiológicos
- Estilo de vida
- Fármacos



Los síntomas de insomnio son fáciles de detectar, pues el propio paciente nota las dificultades para conciliar el sueño o bien se despierta de forma precoz

La falta de descanso se manifiesta a lo largo del día causando:

Cansancio, debilidad y, en casos extremos, incluso lentitud a la hora de procesar información e irritabilidad

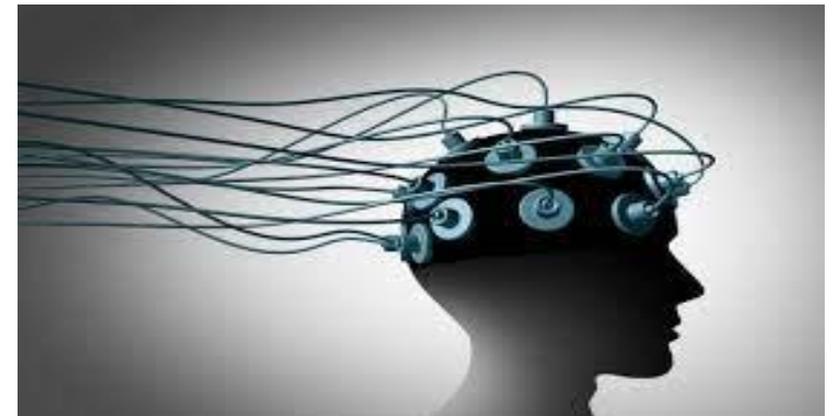


- **Transitorio:** dura menos de tres semanas y en su origen intervienen numerosos factores que generalmente pueden ser modificados, como los ambientales y relacionados con el estilo de vida, ciertas enfermedades y los fármacos con los que se tratan.
- **Crónico:** supera las tres semanas de duración. Puede ser percibido como una patología que interfiere en la actividad diaria del enfermo con graves consecuencias físicas y psíquicas

## DIAGNOSTICO

Se debe descartar, mediante exploración física y examen psicológico, cualquier patología que pueda causar el insomnio. El correcto tratamiento de este trastorno sólo es posible si se determina de manera precisa su origen.

- **Escala de Epworth:** Se trata de un test en el que el paciente indica las ocasiones en las que se queda dormido durante el día (hipersomnias diurnas) cuando sufre problemas para conciliar el sueño durante la noche.
- **Polisomnografía nocturna:** El paciente duerme durante una noche en el laboratorio, donde se analiza la latencia del sueño, su duración, el número de despertares y otro tipo de factores.



El trastorno del sueño a causa del trabajo por turnos implica un problema en el reloj interno de 24 horas de su cuerpo o ritmo circadiano. La luz y la oscuridad ayudan al cuerpo a saber cuándo hacer actividad y cuándo descansar.

Por lo general, este trastorno del sueño es un problema para las personas que trabajan toda la noche. Pero las personas que trabajan por la madrugada también podrían tener problemas del sueño. El trabajo por turnos rotativos también puede ser difícil.

El trabajo por turnos puede aumentar el estrés y eso podría aumentar sus probabilidades de enfermarse. La falta de sueño a causa del trabajo por turnos puede aumentar la probabilidad de tener accidentes automovilísticos y accidentes en el empleo.

Se sospechan que es posible que el trabajo por turnos cause problemas porque, si usted trabaja por la noche, el cuerpo produce menos cantidad de melatonina de la que necesita

Las consecuencias más directas del trabajo en turno son la somnolencia, fatiga, alteración cognitiva y alteración del sueño, y esto conlleva serias implicaciones en las áreas de rendimiento laboral y accidentabilidad.

Los episodios de sueño involuntario son más frecuentes durante los turnos de noche (especialmente entre las 3-6 am), con mayor riesgo de accidentes vehiculares, de aviación o industriales

# Criterios diagnósticos y de apoyo para el Trastorno de Sueño por Trabajo en Turnos

## Criterios diagnósticos

Insomnio o somnolencia excesiva en asociación temporal a horarios de trabajo que se superponen en forma recurrente con el tiempo habitual de sueño

Síntomas que se asocian al sistema de turnos están presentes por al menos 1 mes

Se demuestra alteración de sueño (insomnio) y alteración circadiana y desfase de sueño por diarios de sueño o Actigrafía por al menos 7 días

El trastorno de sueño no es debido a otro desorden del sueño, trastorno médico, mental, uso de sustancias o medicamentos

## ELEMENTOS DE APOYO EN EL DIAGNÓSTICO

Turnos matutinos se pueden asociar a dificultad en iniciar el sueño y en despertar

Turnos vespertinos permanentes se pueden asociar a dificultades en iniciar el sueño

La somnolencia excesiva se manifiesta especialmente durante el trabajo en turno (especialmente en la noche), a menudo acompañado por la necesidad de una siesta y disminución de las capacidades mentales

Disminución de la alerta, no sólo durante el turno, se puede asociar a disminución del rendimiento y consecuencias en la seguridad.

Fracciones importantes del tiempo libre deben utilizarse para recuperar el sueño, con consecuencias sociales adversas

Irritabilidad

El síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) es una enfermedad en la que se produce un colapso recurrente de la vía respiratoria alta durante el sueño, en particular a nivel de la garganta: la musculatura que está relajada en el sueño profundo dificulta el flujo de aire.

La obstrucción de la vía aérea alta durante el sueño se puede deber a una serie de causas, entre las que destaca la obesidad. En las personas con sobrepeso, se producen depósitos de grasa en las paredes faríngeas y en especial en la lengua, aumentando el riesgo de obstruir la vía aérea

También suelen encontrarse alteraciones en la anatomía de la nariz y garganta de estos pacientes, las que dificultan el flujo aéreo y contribuyen a la aparición del ronquido y las apneas

Los signos y síntomas de la apnea obstructiva del sueño incluyen los siguientes:

- Somnolencia diurna excesiva
- Ronquidos fuertes
- Episodios observados de pausas en la respiración durante el sueño
- Despertar brusco con jadeo o atragantamiento
- Despertar con la boca seca o con dolor de garganta
- Dolor de cabeza por la mañana
- Dificultad para concentrarse durante el día
- Cambios del estado de ánimo, como depresión o irritabilidad



Cuando los músculos se relajan, las vías respiratorias se estrechan o se cierran cuando inspiras, obstaculizando la respiración durante 10 segundos o más. Esto puede reducir el nivel de oxígeno en la sangre y causar una acumulación de dióxido de carbono.

El cerebro percibe esta dificultad para respirar y te despierta durante un tiempo breve para que puedas volver a abrir las vías respiratorias.

La persona se puede despertar con falta de aire que desaparece por sí sola rápidamente, con una o dos respiraciones profundas.

Este patrón se puede repetir de 5 a 30 veces o más por hora durante toda la noche. Estas interrupciones afectan tu capacidad de alcanzar las fases de sueño profundo y relajado, y es probable que tengas sueño cuando estás despierto.

### **Fatiga y somnolencias diurnas**

El no poder conciliar el sueño por la noche, las personas con apnea obstructiva del sueño suelen tener una gran somnolencia diurna, fatiga e irritabilidad. Pueden tener dificultad para concentrarse y quedarse dormidos en el trabajo, mientras ven la televisión o incluso mientras conducen

### **Problemas cardiovasculares.**

El descenso repentino de los niveles de oxígeno en la sangre que ocurre durante la apnea obstructiva del sueño aumenta la presión arterial y sobrecarga el aparato cardiovascular.

### **Pareja privada de sueño.**

Los ronquidos fuertes pueden impedir el descanso a las personas que te rodean, y, a la larga, perjudicar tus relaciones. Algunas parejas pueden elegir dormir en otra habitación.

El síndrome de las piernas inquietas es un trastorno neurológico caracterizado por la aparición una sensación molesta, no dolorosa, en las piernas que obliga a la movilización de las mismas.

El síndrome de las piernas inquietas, también conocido como la enfermedad de Willis-Ekbom, comienza a cualquier edad y generalmente empeora con la edad. Puede interrumpir el sueño, lo que interfiere en las actividades diarias.



La gente suele describir el síndrome de piernas inquietas como sensaciones intensas y desagradables en las piernas o los pies y suele ocurrir en ambos lados del cuerpo

Las sensaciones, que generalmente ocurren más bien dentro de la extremidad que sobre la piel, se describen como:

- Cosquilleo
- Hormigueo
- Tirones
- Sensación pulsátil
- Dolor
- Picazón
- Sensación de choque eléctrico

El síndrome de piernas inquietas puede aparecer a cualquier edad (incluida la infancia), pero, dado que muchas de sus causas son más frecuentes conforme la edad es más avanzada, su incidencia aumenta muy claramente después de los 40-45 años.

Puede afectar a ambos sexos, aunque podría ser algo más frecuente en mujeres

La presencia de la disfunción en el transporte de hierro al sistema nervioso central en individuos con predisposición genética dando como resultado una disfunción dopaminérgica que sería la responsable de la alteración de la función de las vías sensitivas medulares e hiperexcitabilidad motora medular que se traducen en los síntomas propios del SPI

El tratamiento del Síndrome de Piernas Inquietas depende del grado de afectación y su repercusión en la calidad de vida. Hay pacientes que prefieren no tomar fármacos por tener un SPI intermitente y leve. Para ellos, las medidas higiénicas y no farmacológicas pueden ser suficientes

- Seguir un horario regular de sueño
- Evitar sustancias que empeoran el SPI sobretodo al atardecer o anochecer (cafeína, tabaco, alcohol, té, colas)
- El calor aumenta el SPI por lo que evitará colocar las piernas delante de radiadores, chimeneas, mesas de camilla y procurará dormir en habitaciones frescas o darse duchas con agua fría durante la noche
- Evitará el ejercicio físico intenso 1 o 2 horas antes de acostarse, realizando sus deportes en la mañana o a primera hora de la tarde
- Procurará hacer tareas que exijan mucha concentración mental por la tarde/noche o durante los momentos de quietud (viajes en avión, conferencias) que disminuyen la intensidad del SPI

Es la acción de apretar las mandíbulas y moverlas de lado a lado o hacia adelante y hacia atrás como si se estuviera masticando algo con los dientes todo eso sin que la persona tenga consciencia de ello al estar casi o totalmente dormida

Es posible que no se requiera tratamiento para el bruxismo leve. Sin embargo, en algunas personas, el bruxismo puede ser frecuente y lo suficientemente intenso como para producir trastornos de la mandíbula, dolores de cabeza, daños en los dientes y otros problemas.



Los signos y síntomas del bruxismo pueden comprender los siguientes:

- Rechinar o apretar los dientes, con un sonido que puede ser tan fuerte como para despertar a la persona que duerma contigo
- Dientes aplanados, fracturados, partidos o flojos
- Esmalte dental desgastado, por lo que se ven las capas más profundas de los dientes
- Mayor dolor o sensibilidad dental
- Músculos de la mandíbula cansados o rígidos, o mandíbula trabada que no se puede abrir o cerrar por completo
- Dolor o inflamación de mandíbula, cuello o rostro
- Dolor similar al dolor de oído, pero que no es un problema del oído en realidad
- Dolor de cabeza sordo que comienza en las sienes
- Lastimaduras por morder la parte interna de la mejilla

### **El bruxismo durante la vigilia**

Puede deberse a emociones como la ansiedad, el estrés, la ira, la frustración o la tensión. También puede ser una estrategia de afrontamiento o un hábito durante la concentración profunda.

### **El bruxismo durante el sueño**

Puede deberse a la actividad de masticar relacionada con el sueño y asociada con despertarse durante el sueño.

- **Estrés.** El aumento de la ansiedad o el estrés pueden provocar el rechinar de los dientes. También la ira y la frustración.
- **Edad.** El bruxismo es frecuente en los niños pequeños, pero suele desaparecer en la edad adulta.
- **Tipo de personalidad.** Tener un tipo de personalidad agresiva, competitiva o hiperactiva puede incrementar el riesgo de tener bruxismo.



- Daños a los dientes, las restauraciones, las coronas o la mandíbula
- Dolores de cabeza relacionados con la tensión
- Dolor de cuello o facial intenso
- Trastornos que aparecen en las articulaciones temporomandibulares, que se encuentran justo delante de los oídos y que pueden sonar como un chasquido cuando se abre y se cierra la boca



**ABORDAJE ODONTOLÓGICO****Férulas y protectores bucales**

Están diseñados para mantener los dientes separados para evitar el daño causado al apretar o rechinar los dientes. Pueden estar hechos de acrílico duro o de materiales blandos para ajustarse a los dientes superiores e inferiores

**OTROS ENFOQUES**

- Control del estrés o la ansiedad
- Cambios en el comportamiento



Las mioclonías benignas de la infancia temprana, también denominadas espasmos infantiles no epilépticos, suelen comenzar durante el primer año de vida (a menudo, después de los 6 meses)

Las mioclonías benignas de la infancia temprana se caracterizan por la presencia de contracciones repentinas y breves del cuello o de las extremidades superiores, que provocan movimientos de flexión o rotación de la cabeza, así como de extensión y abducción de las extremidades.

Es una afección con un amplio espectro clínico que se puede presentar de diferentes formas, como espasmos, contracciones tónicas breves, estremecimientos o atonía (cervical o axial).

El principal diagnóstico diferencial se realiza con base en los síndromes epilépticos que aparecen durante el primer año de vida, e incluye el síndrome de West, la epilepsia infantil benigna y las crisis tónicas reflejas del lactante.

El enfoque diagnóstico inicial debe incluir tanto una resonancia magnética cerebral como un electroencefalograma.

La frecuencia de los episodios disminuye gradualmente en los meses posteriores al primer episodio, hasta que se resuelven espontáneamente a la edad de 2 años

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



- Salir de la cama y caminar
- Sentarse en la cama y abrir los ojos
- Tener una mirada perdida, con ojos vidriosos
- No responder ni comunicarse con otras personas
- Tener dificultad para despertarse durante un episodio
- Estar desorientada o confundida por un breve período después de ser despertada
- No recordar el episodio por la mañana
- Tener problemas para cumplir con tus tareas durante el día debido a las alteraciones del sueño

### **Lastimarse**

Especialmente si caminan cerca de muebles o escaleras, vagan al aire libre, manejan un automóvil o comen algo inapropiado durante un episodio de sonambulismo

### **Padecer interrupciones prolongadas del sueño**

Pueden conducir a somnolencia diurna excesiva y posibles problemas escolares o conductuales

Alterar el sueño de otras personas

En raras ocasiones, lastimar a alguien que se encuentra cerca de ellos



## 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.

## INSOMNIO NO ORGÁNICO

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

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.

La dosis diaria recomendada para adultos es **10 mg tomados por la noche inmediatamente antes de acostarse**. Se debe utilizar la dosis diaria eficaz más baja de zolpidem y no se debe superar los 10 mg.

Se recomienda el uso de benzodiazepinas de acción intermedia como lorazepam, a dosis de **0,5-1mg/día**

La dosis más habitual es **Mirtazapina 15mg o Mirtazapina 30mg**. Por su parte, Trazodona se suele prescribir en dosis de entre 50 y 200 mg en dosis única nocturna para el insomnio. Cuando se busca su acción antidepresiva, se prescribe en dosis de entre 200 y 400 mg al día repartido en tres tomas.



## HIPERSOMNIA Y TRABAJOS NOCTURNOS

### MODAFINILO

La dosis recomendada es de 200 mg al día. Se puede tomar una vez al día (por la mañana) o repartida en dos dosis al día (100 mg por la mañana y 100 mg a mediodía)

## SOAS

La dosis diaria recomendada es de medio comprimido, es decir 5 mg de zolpidem  
En adultos: 1 comprimido (7,5 mg de zopiclona)

## PIERNAS INQUIETAS

**Neupro** está indicado para el tratamiento sintomático del Síndrome de Piernas Inquietas idiopático (SPI) de moderado a grave en adultos. La administración debe comenzar con una única dosis diaria de 1 mg/24 h.