Preguntas para responder

Conceptos, definición, características clínicas y clasificaciones

- ¿Cuáles son los conceptos generales sobre el sueño?
- ¿Cuál es la definición de insomnio como queja?
- ¿Cuál es la definición de insomnio como cuadro clínico específico?
- ¿Cuál es la clasificación del insomnio?

Diagnóstico del insomnio

- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos para el insomnio?
- ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta?
- ¿Existen preguntas clave que puedan ayudar a los profesionales de Atención Primaria a detectar el insomnio en la entrevista con el paciente?
- ¿Qué pruebas o herramientas podemos utilizar para el diagnóstico del insomnio en AP?

Tratamiento del insomnio

- ¿Cuál son los tratamientos efectivos para el insomnio?
- ¿Cuáles son las intervenciones psicológicas más efectivas para el insomnio?
- ¿Cuáles son los fármacos más efectivos para el tratamiento del insomnio?
- ¿Existen medidas efectivas para prevenir la cronificación de este trastorno?

Información al paciente y adherencia al tratamiento

- ¿Cuál es la información básica que se debe proporcionar a los pacientes con insomnio?
- ¿Cómo se puede conseguir un mejor cumplimiento/adherencia en el tratamiento del insomnio?

Estrategias diagnósticas y terapéuticas

- ¿Cuáles son los pasos a seguir ante un paciente con insomnio primario?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones

Valoración del insomnio

√	En el *insomnio agudo,* se recomienda una entrevista en la que se valore el comienzo y curso clínico del insomnio, y su relación con posibles situaciones desencadenantes. Además, se debe identificar posibles factores precursores del insomnio crónico (vulnerabilidad y malos hábitos de sueño).
√	En el *insomnio crónico,* la entrevista debe incluir aspectos sociodemográficos y características detalladas de la queja, así como una historia del sueño, psiquiátrica y de uso de sustancias. Se debe tener en cuenta la información proporcionada por la persona que duerme con el paciente y por la familia.
√	Se recomienda utilizar preguntas clave para ayudar a detectar el insomnio y poder descartar otros problemas de sueño u otros trastornos (Anexos 3 y 4).
D	Se recomienda la utilización del *diario de sueño* durante 15 días para diferenciar el insomnio de otros trastornos al conocer los horarios de sueño y vigilia del paciente. Se puede usar también para evaluar el tratamiento y monitorizar los progresos del paciente, teniendo que utilizarse en este caso durante al menos 2 meses.
C	Para evaluar la gravedad del insomnio se recomienda la escala autoadministrada *Índice de Gravedad del insomnio* (ISI). (Anexo 6).
C	Se recomienda la escala autoadministrada *Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh* (PSQI) para evaluar la calidad del sueño en el insomnio o la presencia de otros trastornos del sueño, y porque permite obtener información a través de la persona con la que duerme el paciente. (Anexo 6).

Intervenciones terapéuticas

Educación para la salud para el insomnio

Q	Se debe analizar con el paciente sus ideas, preocupaciones y expectativas, en relación a sus quejas de sueño, para poder informar y además corregir sus ideas erróneas al respecto.
D	La educación para la salud en el insomnio debe basarse en: la estructura del sueño, influencia de la edad, número de horas necesarias y variaciones individuales, prevalencia del insomnio, el sueño como reflejo del funcionamiento diurno y viceversa, la importancia del condicionamiento y de los procesos mentales que causan la aparición de un circulo vicioso, el lugar de la medicación en el tratamiento, el efecto de ciertas sustancias y la aclaración de objetivos fijados con el tratamiento para ajustarlos a las expectativas.

Medidas de higiene del sueño para el insomnio

A	En el tratamiento del insomnio crónico las medidas de higiene del sueño se recomiendan como coadyuvantes de otras intervenciones terapéuticas psicológicas y farmacológicas.
A	Para conseguir mayor "eficiencia" del sueño se recomienda una terapia combinada que incluya, además de la higiene de sueño, alguna de las siguientes técnicas: control de estímulos, relajación o restricción de tiempo en la cama.

Intervenciones Psicológicas

Terapia Conductual y Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el insomnio, dirigidas a Atención Primaria

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

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	Las intervenciones conductuales para el insomnio deben incluir al menos control de estímulos y/o restricción de tiempo en la cama. Otras intervenciones incluidas en TCC que pueden recomendarse son la relajación y respiración, la intención paradójica y la reestructuración cognitiva.
√	Como técnicas psicológicas de *primera elección en AP*,* para reducir la sintomatología del insomnio se recomiendan: técnicas de relajación, de control de estímulos y de restricción de tiempo en cama.
√	Como técnicas psicológicas de *segunda elección en AP* para reducir la sintomatología del insomnio se recomiendan: técnicas de intención paradójica y de reestructuración cognitiva.
√	Las intervenciones psicológicas en AP deben realizarse por profesionales formados y tener unas características comunes de aplicabilidad: ser estructuradas, sencillas y fáciles de aplicar, breves, con tiempos pautados, objetivos concretos y con efectividad descrita.

*En el Anexo 9 se incluye información para el profesional de AP y para el paciente sobre las principales intervenciones: técnicas de relajación, de control de estímulos y de restricción de tiempo en cama.

Intervenciones farmacológicas

Hipnóticos benzodiacepínicos y no benzodiacepínicos para el insomnio

B	Cuando se utilicen los hipnóticos para el tratamiento del insomnio, se recomiendan a corto plazo (no más de 4 semanas) y con la dosis más baja posible.
C	No se recomienda la utilización de los hipnóticos a largo plazo. Si se hace, siempre debe estar monitorizado, con un diagnóstico y una pauta terapéutica específica.
B	Para evitar la dependencia a las BZD se recomienda que su uso se restrinja al insomnio agudo, con la dosis más baja posible y no más allá de 2 a 4 semanas de duración.
B	Como hipnóticos de primera elección para el insomnio se pueden elegir tanto los benzodiacepínicos como los no benzodiacepínicos, ya que no se han demostrado diferencias significativas, ni clínicas ni en los efectos adversos, entre los mismos.
B	Si un paciente no responde al tratamiento con un hipnótico, no se recomienda cambiar a otro, salvo efectos secundarios directamente relacionados con un fármaco específico.
B	Se recomienda utilizar el hipnótico más eficiente y con mejor respuesta para el paciente, a no ser que se observen efectos secundarios directamente relacionados con el hipnótico elegido.
B	En caso de requerirse la utilización de BZD durante el embarazo, se debe usar la dosis más baja y la duración de tratamiento más corta posible para evitar el riesgo de defectos congénitos.
B	Las nuevas pautas de administración discontinua con zolpidem, intermitente o a demanda según las necesidades del paciente, apoyado por técnicas de control de estímulos, pueden utilizarse a corto plazo como alternativa a la pauta de administración continua.
√	En la prescripción de los hipnóticos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios, incluyendo los problemas de dependencia y tolerancia asociados a su uso, así como la falta de estudios de eficacia a largo plazo.
√	En la prescripción de los hipnóticos considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Otros fármacos para el insomnio

Antidepresivos	
B	Hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de antidepresivos para el insomnio asociado al trastorno de depresión, pero no para el insomnio primario.
B	No hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de trazodona y doxepin, hasta obtener resultados de estudios a largo plazo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	No hay suficiente evidencia para recomendar en el tratamiento del insomnio la utilización de los antidepresivos amitriptilina y mirtazapina
Ramelteon	
B	Se necesita más estudios comparativos a largo plazo para recomendar la utilización del ramelteon en el tratamiento del insomnio.
No recomendados	
B	No se recomienda la utilización del hidrato de cloral, el meprobamato y los barbitúricos para el tratamiento del insomnio.

Otros Tratamientos

Melatonina para el insomnio

B	No hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de melatonina en el tratamiento del insomnio, hasta que ensayos de calidad metodológica demuestren su eficacia.
B	No hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de la melatonina para la interrupción del uso prolongado de las BZD.

Acupuntura para el insomnio

B	No hay estudios con suficiente calidad metodológica para recomendar el uso de la acupuntura en el tratamiento del insomnio primario.

Hierbas medicinales para el insomnio

B	No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de la valeriana ni la combinación de ésta con lúpulo para el tratamiento del insomnio.
√	Se recomienda a los profesionales que pregunten a los pacientes sobre cualquier producto de herbolario que estén tomando o hayan tomado.

Autoayuda para el insomnio

B	Se recomienda en los centros de salud, la aplicación de biblioterapia basada en principios de TCC, mediante manuales de autoayuda y guiada por los profesionales.

Tratamiento del insomnio en personas mayores

√	Inicialmente se recomienda tener en cuenta las posibles patologías concomitantes, la posibilidad de modificación de los factores del estilo de vida que afecten a la calidad del sueño y la contribución que algunos fármacos pueden tener en el insomnio.
B	Se recomienda la terapia conductual y cognitivo-conductual (TCC), en personas mayores con insomnio; especialmente el control de estímulos y la restricción del tiempo en cama, apoyándolos con higiene del sueño.
√	En general no se recomienda la utilización de los hipnóticos en las personas mayores, debido a la desfavorable relación beneficio/riesgos.
B	Hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de antidepresivos para el insomnio asociado al trastorno de depresión, pero no para el insomnio primario.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

√	No hay suficiente evidencia para recomendar la utilización del clometiazol en el tratamiento del insomnio en personas mayores.
B	No se recomienda, en personas mayores con insomnio, la utilización de barbitúricos, antipsicóticos y antihistamínicos como la difenhidramina, la hidroxicina y la doxilamina.
√	Cuando se hace una prescripción de cualquier hipnótico, en una persona mayor, se recomienda empezar con la mitad de la dosis normal para los adultos.
B	En las personas mayores consumidoras a largo plazo de hipnóticos, se recomienda una reducción gradual del fármaco, combinada con TCC, para ayudar a disminuir o abandonar el consumo de BZD.
B	La melatonina* de liberación retardada puede ser utilizada en pacientes de 55 o más años con insomnio primario, ya que mejora la calidad del sueño y la somnolencia diurna.
B	Se necesita más estudios comparativos a largo plazo para recomendar, de forma generalizada, la utilización del ejercicio físico en el tratamiento de los pacientes mayores con insomnio.

* La melatonina en España tiene aprobado su uso para personas mayores de 55 años insomnes, pero no está comercializada.

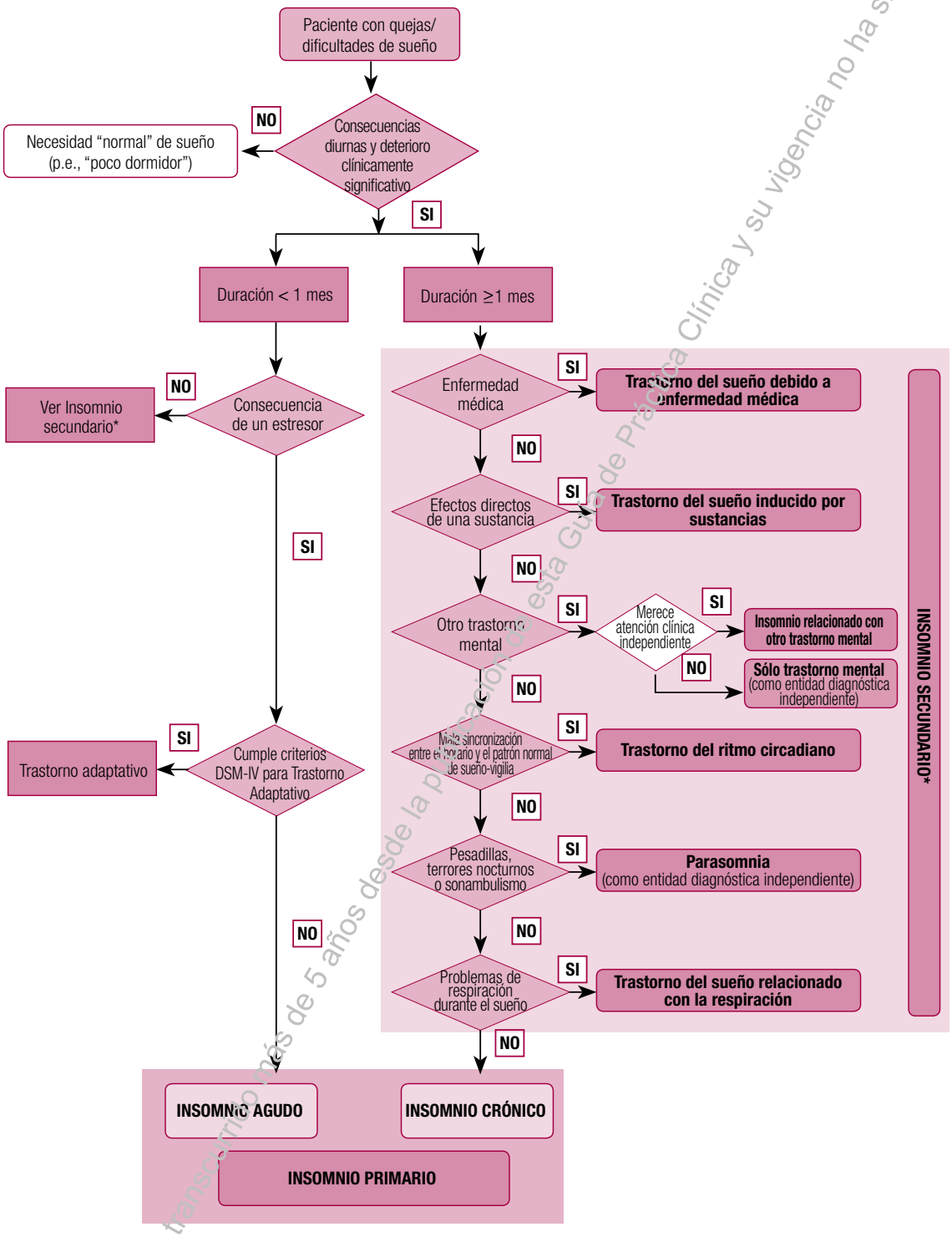
Información al paciente y adherencia al tratamiento para el insomnio

D, √	Se recomienda proporcionar información al paciente con insomnio, incluyendo información general sobre el problema y sobre las intervenciones efectivas (ver Anexo 11 - información al paciente).
D, √	Para mejorar la adherencia y facilitar una toma de decisiones compartida se han de tener en cuenta las experiencias, preferencias y expectativas del paciente con respecto a las decisiones terapéuticas a tomar.
D, √	Se recomienda favorecer que el paciente adquiera cierto grado de motivación para llevar a cabo las recomendaciones clínicas del profesional sanitario respecto a la higiene del sueño, control de estímulos, restricción del tiempo en cama y relajación.
D, √	Hay que trasmitir al paciente las barreras que pueden presentarse y el esfuerzo que supone el cumplimiento de ciertas intervenciones psicológicas, en relación con la adopción de nuevos patrones de comportamiento (mantener los mismos horarios de sueño todos los días, levantarse de la cama hasta que se vuelva a tener sueño y eliminar determinados hábitos-tabaco y alcohol).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

6.2. Algoritmo diagnóstico

Como orientación inicial, ante un paciente con queja/dificultades de sueño, se presenta el siguiente algoritmo diagnóstico:



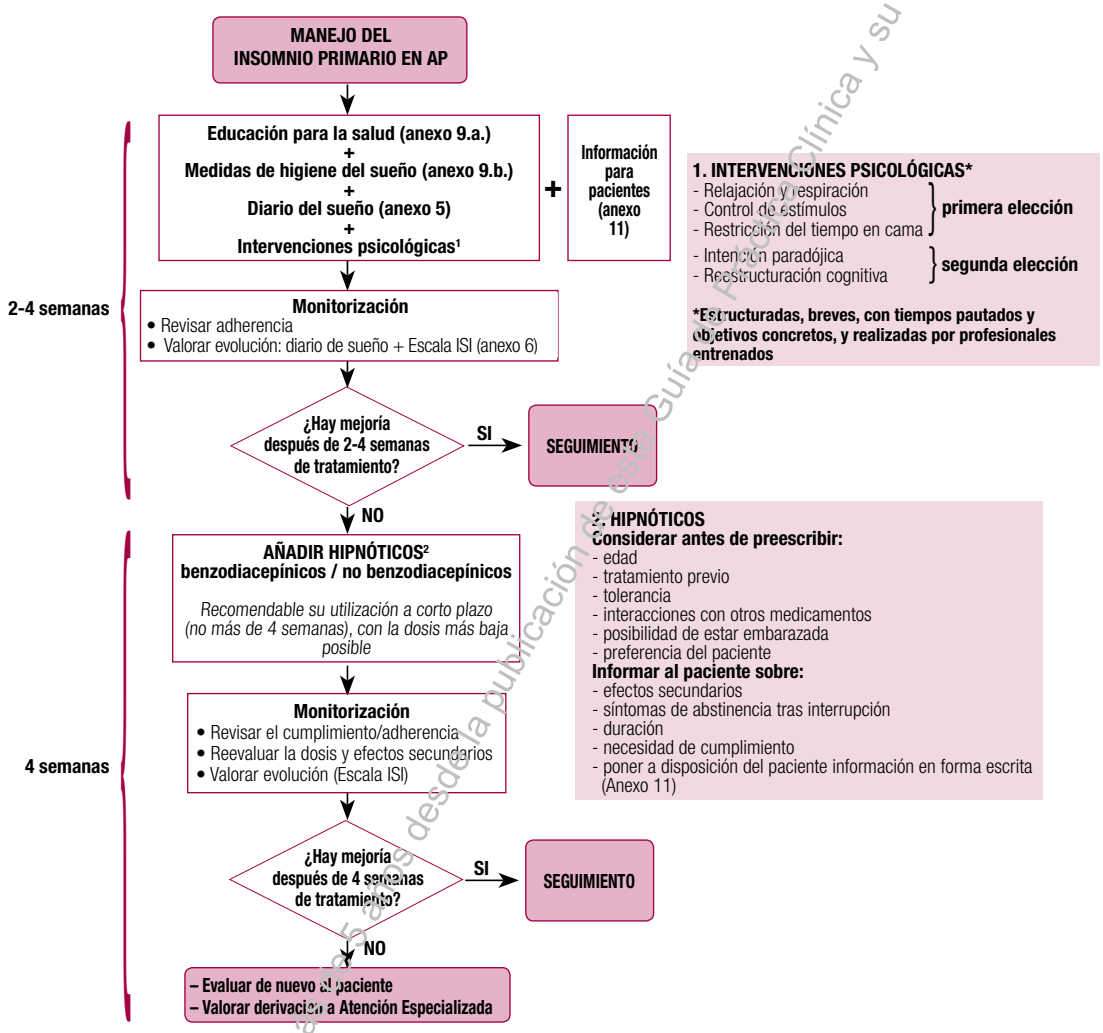
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

10. Estrategias diagnósticas y terapeúticas

Preguntas para responder:

- ¿Cuáles son los pasos a seguir ante un paciente con insomnio primario?

Los pasos a seguir, ante un paciente con insomnio primario, se reflejan en el algoritmo de manejo presentado a continuación:



Comentario adicional: En aquellos pacientes en los que se sospecha la existencia de insomnio originado por otros trastornos del sueño, como apnea o síndrome de piernas inquietas, el paciente debe ser derivado a Atención Especializada, para la realización de pruebas diagnósticas complementarias (estudio polisomnográfico y actigrafía. Ver glosario, Anexo 12)[30,39,198].

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.