Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria

NOTA:

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

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

Guía Rápida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
SaludMadrid
Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios
Comunidad de Madrid

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

Esta Guía Rápida forma parte de la *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria,* en el marco del Plan de Calidad para el SNS del Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Guía de Práctica Clínica: Nº 2007/5-1. Ha sido desarrollada por un grupo de trabajo formado por profesionales sanitarios del SNS y la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Agencia Laín Entralgo, Comunidad de Madrid.

Existe también una guía resumida en edición impresa y en las páginas web de *GuíaSalud* y de la *UETS* puede consultarse también la versión *completa,* la versión *resumida* y la *información para pacientes* de la GPC, su *documento metodológico* y el *Manual Metodológico de elaboración de GPC* que recoge la metodología general empleada

Edita: Agencia Lain Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Gran Vía, 27
28013 Madrid
España - Spain

ISBN: 978-84-451-3303-3

Depósito legal: M-18266-2010

Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S. L. - www.estugraf.es

Índice

1. Recomendaciones 5

Valoración del insomnio 5

Intervenciones psicológicas 6

Intervenciones farmacológicas 7

Otros Tratamientos 9

Tratamiento del insomnio en personas mayores 9

Información al paciente y adherencia al tratamiento para el insomnio 10

2. Niveles de evidencia y grados de recomendación 11

3. Algoritmo diagnóstico del insomnio en AP 14

4. Preguntas clave para ayudar en el diagnóstico 16

Historia del sueño 16

Entrevista ante sospecha de insomnio primario 17

5. Diario de sueño-vigilia 19

6. Instrumentos de medida del insomnio: escalas 21

ISI - Índice de Gravedad del Insomnio 22

PSQI - Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh 23

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

7. Algoritmo de manejo del insomnio en AP 26

8. Recomendaciones para ayudar a los pacientes a corregir creencias y actitudes sobre el insomnio 28

9. Objetivos terapéuticos de determinadas intervenciones en el insomnio 29

Educación para la salud 29

Higiene del sueño 29

Control de la respiración para facilitar el sueño 29

Control de estímulos 29

Restricción de sueño 30

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

1. Recomendaciones

Valoración del insomnio

A	B	C	D	GRADO DE RECOMENDACIÓN	✓	RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO
Q	RECOMENDACIÓN BASADA EN ESTUDIOS CUALITATIVOS					

✓	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 (Apartado 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). (Apartado 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. (Apartado 6).

Han transcurrido más de 3 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su información no ha sido revisada.

Intervenciones terapéuticas

A	B	C	D	GRADO DE RECOMENDACIÓN	✓	RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO
Q	RECOMENDACIÓN BASADA EN ESTUDIOS CUALITATIVOS					

Educación para la salud en 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.
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.

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

✓	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 las versiones *completa y resumida* de la GPC 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 eficaz más baja y la duración de tratamiento más corta posible para evitar el riesgo de defectos congénitos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no está garantizada

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.
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.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

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

A	B	C	D	GRADO DE RECOMENDACIÓN	✓	RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO
Q	RECOMENDACIÓN BASADA EN ESTUDIOS CUALITATIVOS					

✓	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.
✓	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.

Hartas sugerencias para adecuada implementación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	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

A	B	C	D	GRADO DE RECOMENDACIÓN	✓	RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO
Q	RECOMENDACIÓN BASADA EN ESTUDIOS CUALITATIVOS					

D, ✓	Se recomienda proporcionar información al paciente con insomnio, incluyendo información general sobre el problema y sobre las intervenciones efectivas (ver información para el paciente: http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/pacientes/01_index.html).
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 transmitir 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, su vigencia ha sido revisada.

2. Niveles de evidencia y grados de recomendación

Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN

	Niveles de evidencia científica
1++	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Investigación cualitativa[1]

[1] Esta categoría incluye los estudios de metodología cualitativa y no está contemplada por SIGN. Los estudios incorporados han sido evaluados a nivel metodológico, incluyéndose en esta categoría aquellos estudios más rigurosos.

	Grados de recomendación
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+

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

C	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4 ; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

✓ [2]	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

[2] En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Q	Evidencia extraida de estudios cualitativos relevantes y de calidad. Esta categoría no está contemplada por SIGN.

Niveles de evidencia científica y formulación de recomendaciones para preguntas sobre Diagnóstico (Adaptación del NICE de los niveles de evidencia del Oxford Centre for Evidence-based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination)

Niveles de evidencia científica	Tipo de evidencia científica
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de **nivel 1.**
Ib	Estudios de **nivel 1.**
II	Estudios de **nivel 2.** Revisión sistemática de estudios de **nivel 2.**
III	Estudios de **nivel 3.** Revisión sistemática de estudios de **nivel 3.**
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido evaluada.

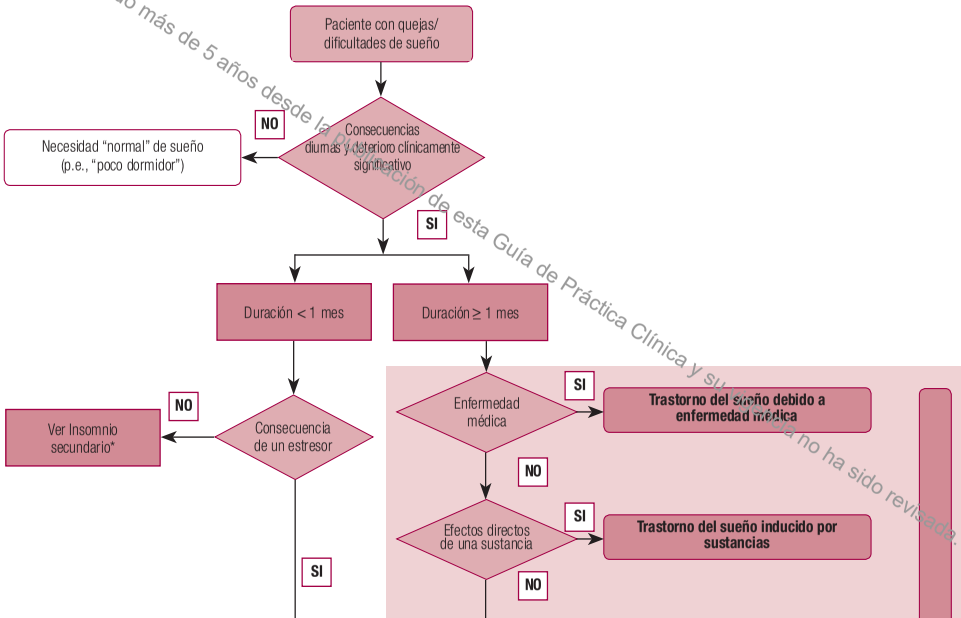
Estudios de Nivel 1	Cumplen : • Comparación enmascarada con una prueba de referencia ("patrón oro") válida. • Espectro adecuado de pacientes.
Estudios de Nivel 2	Presentan sólo uno de estos sesgos: • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia ("patrón oro") inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón oro). • Comparación no enmascarada. • Estudios casos-control.
Estudios de Nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2

Recomendación	Evidencia
A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV

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

3. Algoritmo diagnóstico

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



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

4. Preguntas clave para ayudar en el diagnóstico

Historia del sueño

Preguntas principales	Preguntas complementarias
1. Identificación de la queja de sueño	
Patrones del sueño	
¿Podría describir su patrón de sueño de una noche cualquiera?	¿Cuánto tiempo tarda en dormirse? ¿Cuántas veces se despierta y durante cuánto tiempo? ¿Cuánto tiempo pasa durmiendo? ¿Cuántas noches a la semana le sucede esto?
¿Podría hablar sobre sus hábitos de sueño?	¿Tiene problemas de ruido? ¿De temperatura? ¿De luz? ¿Interrupciones? ¿Cuáles son las horas de acostarse y levantarse durante los días laborables? ¿Y durante los fines de semana?
Calidad del sueño	
¿Cómo percibe la calidad de su sueño?	¿Reparador? ¿Bueno, agradable? ¿Agitado, intranquilo?
Funcionamiento diurno	
¿Cómo afecta el sueño nocturno a su funcionamiento diurno?	Durante el día: ¿Se encuentra cansado? ¿Somnoliente? ¿Mala concentración? ¿Irritable? Particularmente, ¿en qué momento del día? ¿En qué circunstancias, (conducción)?

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

2. Desarrollo del problema. ¿Recuerda cómo comenzó este problema de sueño?	¿Asociado a algún acontecimiento o evento? ¿A alguna fecha o momento? ¿Hubo algún cambio importante en su vida en esa época? ¿Ha habido variaciones desde entonces? ¿Algún factor que lo agrave o que lo mejore?
3. Historia de las quejas de sueño previas ¿Anteriormente usted solía dormir bien?	¿Cómo dormía cuando era niño? ¿Y cuando era joven? ¿Cómo eran los episodios (días, fechas, resolución)?
4. Psicopatología, historia de funcionamiento psicológico Habitualmente ¿Afronta bien los problemas?	¿Tiene algún problema psicológico? ¿Tiene problemas de ansiedad o depresión? ¿Se considera una persona con recursos? ¿Qué tipo de personalidad tiene?

Modificada de: Morín CM, Espíe CA. Insomnio: A Clinical guide to assessment and treatment. 2004.

Entrevista ante sospecha de insomnio primario

Criterios DSM-IV-TR	Preguntas
A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador; durante al menos 1 mes.	- ¿Tiene usted dificultad para dormir por la noche? - Una vez que decide dormirse, ¿tarda más de media hora en conseguirlo? - ¿Tarda más de 2 horas? - ¿Se despierta durante la noche y permanece despierto más de media hora sin desearlo, o de una hora en total?

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

	- ¿Se despierta antes de haber dormido 6 horas? - ¿Se despierta más de 2 horas antes de lo que deseaba? - ¿Se siente usted cansado al despertarse, con la sensación de no haber descansado nada? Si es afirmativo: ¿Cuántas noches a la semana le ocurre esto?, ¿3 o más? ¿Ha tenido estos problemas durante más de un mes?
B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	- ¿Este problema para dormir le hace sentirse tan cansado, fatigado o adormilado que le ha provocado un deterioro de las actividades cotidianas?
C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño.	- Explorar si el problema aparece de forma exclusiva durante: o Narcolepsia. o Trastorno del sueño relacionado con la respiración. o Trastorno del ritmo circadiano. o Parasomnia. o Síndrome de piernas inquietas - obtener información complementaria de la persona que duerme con el paciente
D. La alteración no aparece en el transcurso de otro trastorno mental.	- Comprobar de forma especial: o Trastorno depresivo mayor. o Trastorno de ansiedad generalizada. o Trastorno de pánico. o Delirio.
E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos).	Sondear si toma algo para dormir y abuso de sustancias estimulantes.
F. La alteración no es debida a los efectos de una enfermedad médica.	Sondear enfermedades médicas

Modificada de: Vázquez C, Muñoz M. Entrevista Diagnóstica en Salud Mental. 2004; Madrid.
Insomnia: assessment and management in primary care. National Heart, Lung and Blood Institute Working Group on Insomnia. Am Fam Physician. 1999; 59: 3029-3038.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica sin que se haya revisado su vigencia o haya sido revisada.

5. Diario de sueño-vigilia

Consignas para el paciente:

- Rellenarlo todas las mañanas, en función de los recuerdos de la noche anterior (el diario de sueño no es un instrumento de precisión).
- Rellenarlo cada noche, para informar sobre las condiciones del sueño durante el día (por ejemplo, siestas).
- Mantenerlo actualizado, sobre todo durante el período de observación, para obtener una visión global de los cambios en el sueño con el paso del tiempo.

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

Diario de sueño-vigilia

FECHA												
DD/MM/AA		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											
	7											

	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											
	7											

Sombrear las casillas que corresponden a las horas de sueño y siesta

1- Señale en el diario la información que se indica a continuación, escribiendo
Hora de acostarse: **A**
Hora de levantarse: **L**
Hora en que se apaga la luz (oscuridad): **O**
Despertares nocturnos: **D**
Luz encendida: **E**

Ejemplos:

DD/MM/AA		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
DD/MM/AA		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
	1						L					

El tiempo mínimo óptimo de registro sería de 15 días, siendo de 2 meses si

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

19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00

la letra que corresponda:

19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00
						AO				D			
19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00
						AE	O						

se pretende abarcar la fase de tratamiento

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

6. Instrumentos de medida del insomnio: escalas

ISI (Insomnia Severity Index) - Índice de Gravedad del Insomnio
(autoadministrada)

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño:

	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4

2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?

Muy satisfecho		Moderadamente satisfecho		Muy insatisfecho
0	1	2	3	4

3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

Fuente: Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med. 2001; 2:297-307

Corrección:
Sumar la puntuación de todos los ítems:
(1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = ____
El intervalo de la puntuación total es 0-28.

Interpretación:
La puntuación total se valora como sigue:
0-7 = ausencia de insomnio clínico
8-14 = insomnio subclínico
15-21 = insomnio clínico (moderado)
22-28 = insomnio clínico (grave)

Las recomendaciones recogidas en esta Guía de Práctica Clínica, a su vigencia no han sido revisadas. Se recomienda tener en cuenta los cambios desde la publicación de esta Guía

PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) - Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (autoadministrada)

INSTRUCCIONES: Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus **hábitos de sueño sólo durante el último mes.** Tus respuestas deben **reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes.** Por favor contesta a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?
HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?
NUMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO: _____

3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?
HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del numero de horas que estuviste acostado)
HORAS DE SUEÑO POR NOCHE: _____

Para cada una de las cuestiones siguientes, selecciona la respuesta más adecuada a tu situación. Por favor contesta todas las preguntas de detrás de la página.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido un sueño alterado a consecuencia de....?

(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:
❑ No me ha ocurrido durante 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 en mitad de la noche o de madrugada:
❑ No me ha ocurrido durante 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 ir al baño:
❑ No me ha ocurrido durante 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 adecuadamente:
❑ No me ha ocurrido durante 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) tos o ronquidos:
❑ No me ha ocurrido durante 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) sensación de frío:
❑ No me ha ocurrido durante 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) sensación de calor:
❑ No me ha ocurrido durante el último mes ❑ Menos de una vez a la semana ❑ Una o dos veces a la semana ❑ Tres o más veces a la semana

Guía de práctica clínica; su vigencia no ha sido revisada. Transcurridos más de 5 años desde su publicación de la

PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) - Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (continuación)

(h) pesadillas

❑ No me ha ocurrido durante el último mes ❑ Menos de una vez a la semana ❑ Una o dos veces a la semana ❑ Tres o más veces a la semana

(i) sentir dolor

❑ No me ha ocurrido durante el último mes ❑ Menos de una vez a la semana ❑ Una o dos veces a la semana ❑ Tres o más veces a la semana

(j) otra causa(s), describir: _____

¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

❑ No me ha ocurrido durante el último mes ❑ Menos de una vez a la semana ❑ Una o dos veces a la semana ❑ Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes, ¿cómo calificarías, en general, la calidad de tu sueño?

❑ Muy buena
❑ Bastante buena
❑ Bastante mala
❑ Muy mala

7. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuviste que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

❑ No me ha ocurrido durante el último mes ❑ Menos de una vez a la semana ❑ Una o dos veces a la semana ❑ Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?

❑ No me ha ocurrido durante el último mes ❑ Menos de una vez a la semana ❑ Una o dos veces a la semana ❑ Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

❑ No ha resultado problemático en absoluto
❑ Sólo ligeramente problemático
❑ Moderadamente problemático
❑ Muy problemático

10. ¿Tienes pareja o compañero/a de habitación?

❑ No tengo pareja ni compañero/a de habitación
❑ Si tengo pero duermo en otra habitación
❑ Si tengo, pero duermo en la misma habitación y distinta cama
❑ Si tengo y duermo en la misma cama

Si tienes pareja o compañero/a de habitación con el que duermes, con qué frecuencia, durante el último mes, te ha dicho que has tenido...

(a) ronquido fuertes

❑ No me ha ocurrido durante el último mes ❑ Menos de una vez a la semana ❑ Una o dos veces a la semana ❑ Tres o más veces a la semana

Hay disponible una versión más reciente de esta Guía de Práctica Clínica en la Red. Este documento puede no haber sido revisado.

(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

❑ No me ha ocurrido durante 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) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía

❑ No me ha ocurrido durante 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) episodios de desorientación o confusión durante el sueño

❑ No me ha ocurrido durante 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) otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor describelo: _____

❑ No me ha ocurrido durante el último mes ❑ Menos de una vez a la semana ❑ Una o dos veces a la semana ❑ Tres o más veces a la semana

Fuente: Macías Fernández JA, Royuela Rico A. La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Informaciones Psiquiátricas 1996; 146:465-472 2009.

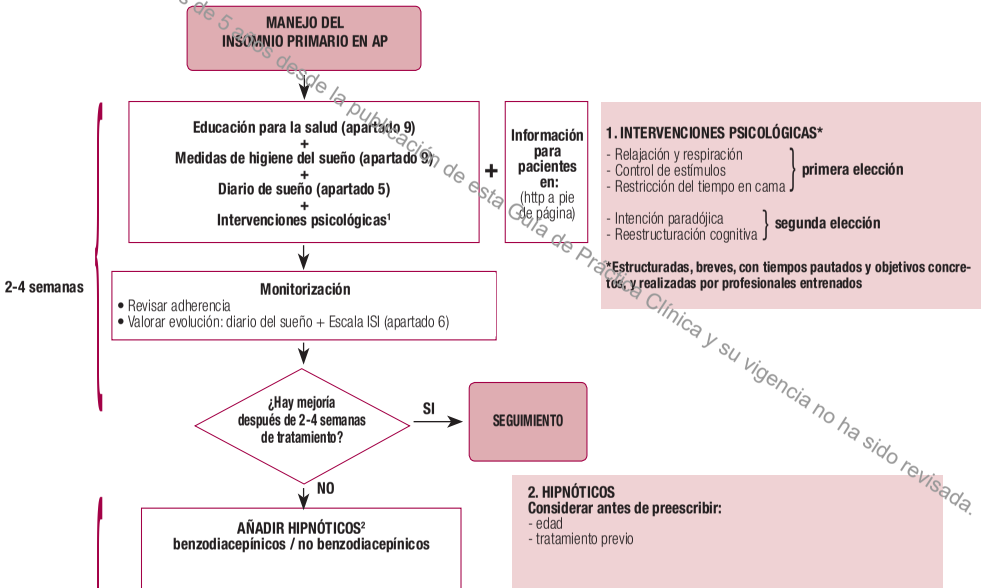
Buysse DJ, Reynolds CF, III, Monk TH et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practise and research. Psychiatry Res. 1989; 28:193-213.

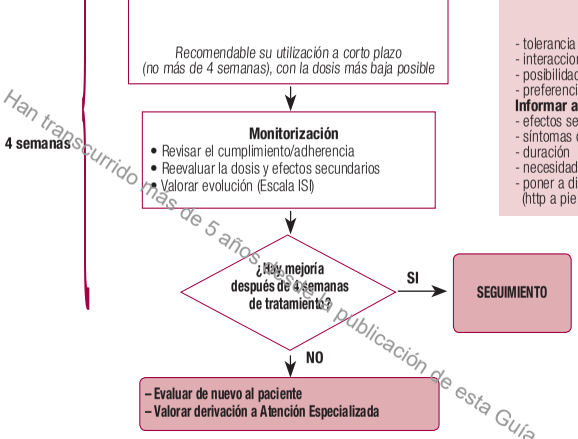
Interpretación: Las 4 primeras preguntas se contestan de forma concreta. Las restantes se contestan mediante una escala con 4 grados. Al ser corregido sólo se valoran las 18 primeras preguntas, que son las que debe contestar el propio sujeto (las 5 últimas las debería contestar el compañero de cama). De la puntuación se obtienen 7 puntuaciones que nos informan de otros tantos componentes de la calidad de sueño: calidad subjetiva, latencia de sueño, duración de sueño, "eficiencia de sueño", perturbaciones de sueño (frecuencia de alteraciones como tos, ronquidos, calor, frío…), uso de medicación hipnótica, disfunción diurna (facilidad para dormirse realizando alguna actividad como cansancio). Cada componente recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3. Una puntuación 0 indica que no existen problemas a ese respecto, mientras que si es de 3 señala graves problemas a ese nivel. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una puntuación total (PT), que puede ir de 0-21. Según Buysse y cols, una PT de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala: una puntuación igual o inferior a 5 señalaría a los buenos dormidores.

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

7. Algoritmo de manejo

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





- tolerancia
- interacciones con otros medicamentos
- posibilidad de estar embarazada
- preferencia del paciente

Informar al paciente sobre:

- efectos secundarios
- síntomas de abstinencia tras interrupción
- duración
- necesidad de cumplimiento
- poner a disposición del paciente información en forma escrita (http a pie de página)

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

http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/pacientes/01_index.html

8. Recomendaciones para ayudar a los pacientes a corregir creencias y actitudes sobre el insomnio

- **Mantenga unas expectativas realistas acerca de la cantidad de sueño nocturno que uno puede conseguir.**
- **Examine a qué atribuye las causas del insomnio.** En ocasiones el insomnio ocurre por factores que podemos controlar (haber tomado alcohol, por ejemplo) y en otras ocasiones por factores que no (una mala digestión, un disgusto reciente, por ejemplo).
- **No eche la culpa de todo lo malo que ocurra durante el día únicamente al insomnio.** Examine qué otras cosas han podido causar su bajo rendimiento, mal genio o sensación de cansancio.
- **No haga de una mala noche de sueño una catástrofe.**
- **Todos podemos tener en algún momento una noche de insomnio.** No le dé tanta importancia al sueño.
- **Desarrolle cierta tolerancia a los efectos de una noche de insomnio.** Tras una noche de insomnio es normal sentirse agotado, haga actividades placenteras, y no le eche la culpa de todo lo malo al insomnio.
- **No se esfuerce en dormir.** El sueño es un proceso fisiológico, nunca debemos forzarnos a dormir si no tenemos sueño.

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

9. Objetivos terapéuticos de determinadas intervenciones en el insomnio*

a. Educación para la salud

Objetivos:

- Dotar de información adecuada sobre el sueño
- Facilitar la aceptación y el seguimiento del tratamiento

b. Higiene del sueño

Objetivos:

- Favorecer mejores hábitos de sueño
- Aumentar la conciencia y el conocimiento del impacto de los hábitos de salud y los factores del entorno en el sueño
- Protegerse contra factores potencialmente perjudiciales para el sueño: estilo de vida y el entorno, incluyendo la alimentación, el ejercicio físico, el uso de alcohol y de sustancias; además del ruido, la luz y la temperatura
- Romper con la creencia: "esos factores ni me afectan ni son importantes"

Aunque una higiene del sueño inadecuada raramente es por sí misma la causa primaria del insomnio, puede entorpecer el progreso e interferir en los esfuerzos clínicos para modificar otros patrones de conducta poco apropiados y las cogniciones que no son funcionales.

c. Procedimiento de control de la respiración para facilitar el sueño

Objetivos:

- Reducir el nivel de activación fisiológica.
- Reducir el tiempo que uno tarda en dormirse.

Al dormir se produce un aumento de dióxido de carbono en sangre. A su vez, éste produce un efecto sedante. Dicho procedimiento de respiración pretende producir un aumento de la concentración de CO2 en sangre.

d. Control de estímulos

Objetivos:

- Romper el condicionamiento entre los estímulos ambientales y el insomnio.
- Fomentar otros estímulos que induzcan a dormir.

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

La forma en que se ha producido el condicionamiento entre ciertos estímulos ambientales y el insomnio suele ser:

El paciente típicamente se ha ido a la cama en un estado de activación emocional y fisiológica incompatible con dormir. Sin embargo, se queda en la cama intentando dormir y ni sale de ella ni de la habitación. Entonces, el hecho de estar despierto en la cama se asocia a los estímulos ambientales (la habitación, la cama, etcétera). Si esta asociación se produce con frecuencia, el condicionamiento será cada vez más fuerte, y el insomnio se producirá con mayor frecuencia ya que el propio entorno de dormir se ha convertido en un estímulo (condicionado) del no dormir. Cuando el paciente ha desarrollado miedo a no dormir, este condicionamiento desencadenará reacciones incompatibles con dormir (excesiva activación emocional) incluso antes de irse a la cama, y por tanto, otros estímulos ambientales u otras conductas se verán condicionadas (por ejemplo, la rutina antes de dormir, leer un libro cuando no se puede dormir, etcétera). Lo mismo es aplicable en caso de que el problema sean los despertares a lo largo de la noche, ya que el problema del individuo es la incapacidad para volver a quedarse dormido tras el despertar.

e. Restricción de sueño

Los insomnes tienden a pasar un tiempo excesivo en la cama para compensar su déficit de sueño y para asegurarse que consiguen su parte "necesaria" de sueño; con el tiempo esta estrategia sólo consigue perpetuar el insomnio.

Objetivos:

- Producir un estado de ligera privación de sueño que, a su vez, produce un inicio del sueño más inmediato, mejora la continuidad del sueño y facilita un sueño más profundo (con más cantidad de fases 3 y 4).
- Reducir la cantidad de horas que se pasan en la cama (intentando que se aproximen lo más posible al tiempo de sueño estimado)
- Incrementarlas gradualmente hasta conseguir una duración óptima del sueño.
- El tiempo permitido en cama se irá ajustando en función de la "eficiencia" del sueño (ES). Ésta se calcula con la siguiente fórmula: [Tiempo total de sueño (TTS) / Tiempo total en cama (TEC)] x 100 = ES

El tiempo en cama se incrementará de 15 a 20 min cuando la ES haya sido de más del 85% en la semana previa. Se reducirá en la misma medida cuando la ES haya permanecido por debajo del 80% y no se modificará cuando la ES esté entre el 80% y el 85%. Se harán ajustes periódicos hasta que se consiga una duración óptima del sueño.

Han consultado más de 3.000 veces la publicación de esta guía de práctica clínica y su descarga ha sido revisada.

Indicaciones:

a) El tiempo en cama no debe reducirse a menos de 4 ó 5 horas por noche, al margen de lo poco satisfactoria que pueda ser la "eficiencia" del sueño. Es mejor restringir inicialmente el tiempo en cama tanto como el paciente lo pueda tolerar.
b) El criterio específico de ES utilizado para modificar el tiempo permitido en cama puede cambiarse en función de cada situación clínica.
c) Los cambios en el tiempo en cama permitido se suelen hacer semanalmente, aunque en ocasiones puede ser necesario hacer cambios más frecuentes.
d) La restricción del sueño implica prescribir una "ventana de sueño" específica (momento de acostarse y momento de levantarse), más que una cantidad obligatoria de tiempo que se debe pasar en la cama.
e) El paciente debe poder elegir tanto la hora de acostarse como la hora de levantarse. Por ejemplo, uno puede elegir acostarse a las 23 horas, pero debe levantarse cinco horas más tarde (es decir, a las 4 de la madrugada). Por tanto, es preferible mantener una hora de levantarse regular y reajustar solamente el momento de acostarse.
f) Los límites mínimos y máximos del tiempo permitido en cama deben basarse tanto en el sueño nocturno como en el funcionamiento diurno.

* En la versión *completa* y *resumida* de la GPC se incluye información para el profesional de AP y para el paciente sobre estas intervenciones.

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



P.V.P.: 10 euros

www.msps.es
www.madrid.org/lainentralgo