



Recomendaciones de valoración clínica y tratamiento inicial del insomnio en Atención Primaria

Diagnóstico del insomnio

Evaluación del paciente

Esquema diagnóstico

Diario del sueño

Tratamiento: hábitos de sueño saludable

Grupo de Trabajo de Insomnio
de la Sociedad Española de Sueño



Diagnóstico de insomnio

Claves para el diagnóstico del insomnio

- A. Queja subjetiva de insatisfacción por la cantidad y la calidad de sueño asociado a uno (habitualmente más de uno) de los siguientes síntomas:
1. Dificultad para conciliar el sueño.
 2. Dificultad para mantener el sueño debido a despertares frecuentes o a problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar.
 3. Despertar demasiado pronto por la mañana, con incapacidad para volver a dormir.
-
- B. La alteración del sueño causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral, académico u otras áreas importantes del funcionamiento.
-
- C. El problema de sueño se produce como mínimo 3 noches a la semana, y no se explica por el uso de sustancias, medicaciones u otro trastorno o enfermedad.
-
- D. El problema está presente durante un mínimo de 3 meses, y no se explica por el uso de sustancias, medicaciones u otro trastorno o enfermedad.
-
- E. El problema de sueño ocurre a pesar de la adecuada oportunidad de poder dormir.
-

El insomnio agudo reúne los mismos criterios diagnósticos, excepto la duración.

Evaluación del paciente

Evaluación de la gravedad del insomnio

1. Indique la gravedad de su problema para dormir:

Dificultad para quedarse dormido:

Nada Leve Moderado Grave Muy grave

Dificultad para permanecer dormido:

Nada Leve Moderado Grave Muy grave

Se despierta muy temprano:

Nada Leve Moderado Grave Muy grave

2. ¿Cuál es actualmente su grado de satisfacción de su sueño?

Muy satisfecho Moderadamente satisfecho Muy insatisfecho

3. ¿En qué medida considera que su problema de sueño interfiere en su funcionamiento diario (por ejemplo: experimenta fatiga durante el día; ve disminuida su capacidad para las tareas cotidianas/trabajo; afecta a su concentración, memoria, estado de ánimo; etc.)?

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

4. ¿En qué medida cree que los demás se dan cuenta de su problema de sueño?

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

5. ¿Cuál es su grado de preocupación por su problema de sueño?

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

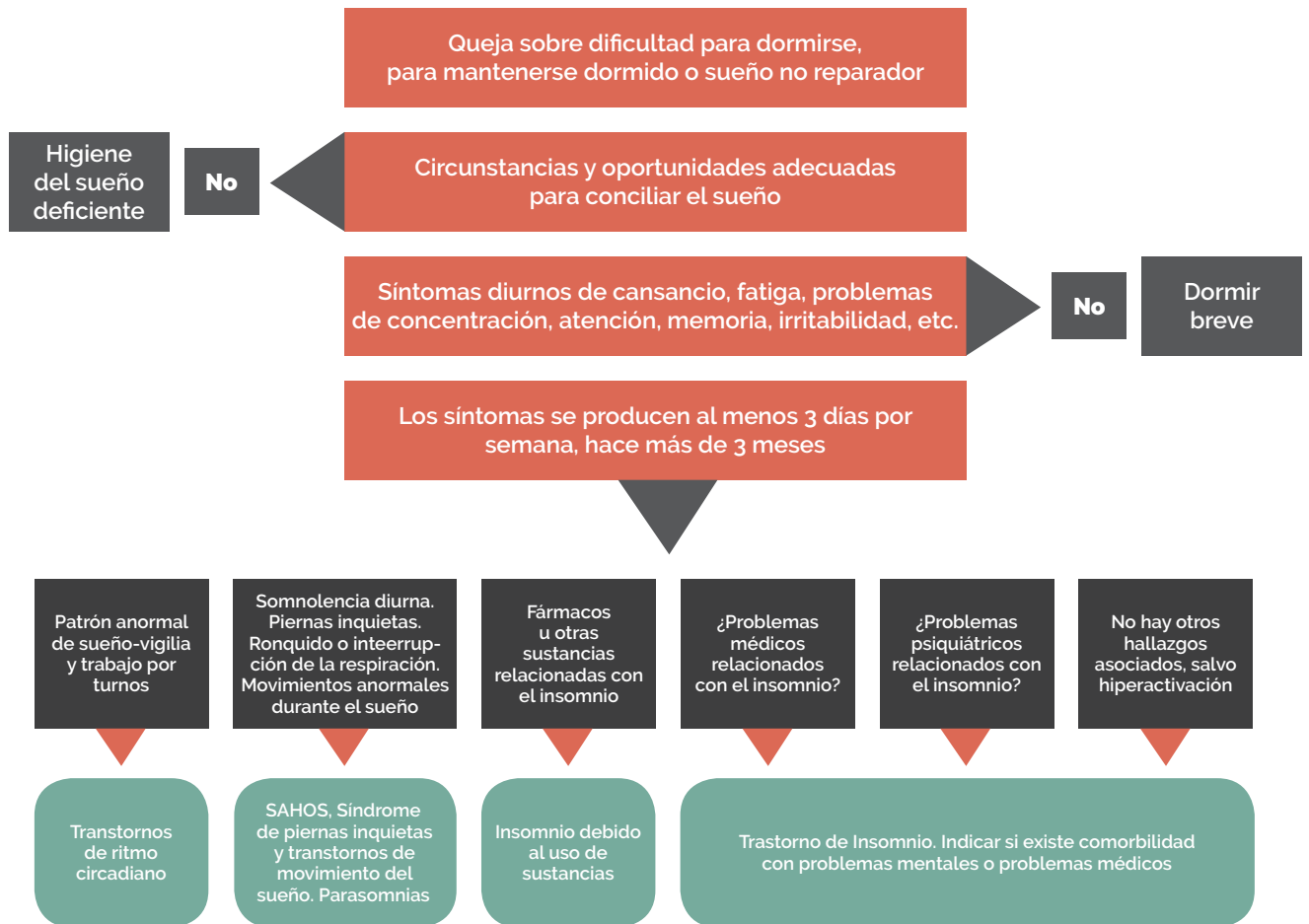
Esquema diagnóstico

Síntomas específicos pueden orientar el diagnóstico

Su problema relacionado con el sueño consiste en (puede puntuar varios ítems):

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Dificultad para coger el sueño. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Despertarse frecuentemente por la noche. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Despertarse demasiado pronto por la mañana. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dormirse con facilidad durante el día. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hablar cuando está durmiendo. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Levantarse durante el sueño (sonambulismo). | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tener sueños desagradables que le despierten con sensación de ansiedad. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Despertarse por dolor de cabeza. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Levantarse a orinar durante la noche. | <input type="checkbox"/> |
| 10. Despertarse por molestias de estómago, acidez, etc. | <input type="checkbox"/> |
| 11. Roncar y/o tener pausas respiratorias mientras duerme. | <input type="checkbox"/> |
| 12. No poder dejar de mover las piernas justo antes o cuando se duerme. | <input type="checkbox"/> |
| 13. Otro (describalo por favor): | <input type="checkbox"/> |

1: Su presencia orienta hacia insomnio debido a ansiedad, a un síndrome de piernas inquietas o a un retraso de fase. 2: Orienta a insomnio debido a depresión, también está presente en síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS), nicturia y dolor nocturno. 3: Presente en depresión y en avance de fase de sueño. 4: No está presente en el insomnio, su presencia orienta a trastornos respiratorios del sueño (SAHOS) o síndrome de piernas inquietas. 5 y 6: Están relacionados con parasomnias. 8, 9 10 y 11: Suelen observarse en SAHOS. 12: Se observa en el síndrome de piernas inquietas.



De entrada, no tratar con fármacos. Recomendar rellenar un diario de sueño, y dar nueva cita en una. Semana para revisar el diario y decidir tratamiento.

Diario del sueño

Diario del sueño *(explicación para el paciente)*

1. Un diario del sueño está diseñado para reunir información sobre el patrón diario de sueño.

2. Es necesario completar el diario del sueño cada día. En lo posible, se debe completar en la primera hora después de levantarse por la mañana.

3. Si se olvida rellenar el diario o no puede terminar de escribir, hay que dejar el espacio en blanco para ese día.

4. Si su sueño o el funcionamiento diurno se ve afectado por algún evento inusual (como una enfermedad o una emergencia), por favor, haga breves notas en su diario.

5. Este diario puede usarse para personas que están despiertas o dormidas en momentos «poco habituales». En este diario, la palabra «día» es el momento en que elige o se requiere que esté despierto. El término «cama» significa el lugar donde se suele dormir.

6. ¿Responder a estas preguntas sobre el sueño mantendrá despierto a la persona que lo rellena? Esto no suele ser un problema. Usted no debe preocuparse por dar los tiempos exactos, y no debe mirar el reloj durante la noche. Solo apunte lo que le parezca que se ajusta más a la realidad.

Diario del sueño

Conteste estas preguntas al levantarse

Ejemplo

Fecha	3/10/19							
1. ¿A qué hora se acostó?	22.15h							
2. ¿A qué hora intentó dormirse?	23.30h							
3. ¿Cuánto tardó en dormirse la noche pasada?	55'							
4. ¿Cuántas veces se ha despertado esta noche?	3							
5. En total, ¿cuánto tiempo estuvo despierto durante la noche?	1h 55'							
6. ¿A qué hora se despertó esta mañana?	6.35h							
7. ¿A qué hora se levantó?	7.20h							
8. ¿Cómo fue la calidad del sueño?	<input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> Malo <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno
9. Comentarios	tuve un resfriado							

Tratamiento: hábitos de sueño saludable

Tratamiento del insomnio

- El tratamiento del insomnio debe ser etiológico. Por ello siempre debe ir precedido de una correcta anamnesis. Si puede determinarse, el tratamiento es el TRATAMIENTO DE LA CAUSA (por ejemplo, del dolor).

- Si no es posible determinar claramente la etiología, se deberá recurrir a un tratamiento sintomático combinado que debe incluir siempre medidas de higiene de sueño y, según los casos, terapia cognitivo-conductual (TCC) y/o tratamiento farmacológico a corto plazo.

- El tratamiento de elección del insomnio crónico es la TCC; sin embargo, su implementación no siempre es posible en las consultas de Atención Primaria. Consiste en un conjunto de técnicas de psicoterapia breve que se pueden aplicar en sesiones individuales o grupales:
 1. Las técnicas de control de estímulos para fortalecer la asociación cama-sueño.
 2. Terapia de restricción de tiempo en la cama, especialmente eficaz para mejorar la eficiencia del sueño.
 3. Técnicas de relajación para reducir la tensión y los pensamientos intrusivos.

- Cuando crea que su paciente precisa una TCC, remítalo a la unidad multidisciplinar de sueño de referencia de su zona.



Hábitos de sueño saludable

La primera premisa para empezar el tratamiento del insomnio es revisar con el paciente los hábitos de vida relacionados con el sueño.



Mantenga un horario regular de sueño, incluso los fines de semana.



Haga alguna actividad relajante antes de dormir para «desconectar».



Hacer ejercicio físico es genial, pero evite hacerlo a última hora del día.



Evite, en la medida de lo posible, el tabaco y reduzca el consumo de cafeína.



Evite ingerir bebidas alcohólicas antes de irse a la cama.



Evite comidas y bebidas copiosas antes de irse a la cama.



Las siestas no deben realizarse más allá de las tres de la tarde y no deben durar más de 20 minutos.



Mantenga un entorno tranquilo en el lugar donde duerme. Saque de la habitación cualquier cosa que pueda impedirle el sueño (televisión, tabletas, etc.).



Tome un baño templado antes de acostarse.



No permanezca en la cama despierto. Si no puede dormir pasados 20 minutos, levántese y haga alguna cosa relajante hasta que vuelva a tener ganas de dormir.



Procure exponerse a la luz solar durante el día.

Fármacos para el tratamiento del insomnio y duración recomendada (AEMPS, 2015)

- Solo dos modalidades de tratamiento farmacológico que han demostrado evidencia suficiente para apoyar su uso en el tratamiento del trastorno por insomnio:

1. Agonistas de los receptores de benzodiazepinas (BzRAs).
2. Agonistas de la melatonina en mayores de 55 años.

Fármaco	Vida media (t _{1/2})s	Duración aprobada del tratamiento	Posología en adultos	Posología en ancianos
Melatonina de liberación prolongada 2mg*	4 horas	13 semanas	2 mg	2 mg
Lorazepam	12-16 horas	Máximo 4 semanas (incluida la retirada gradual del medicamento)	1 mg	0,5 mg
Lormetazepam	9-15 horas	Máximo 4 semanas (incluida la retirada gradual del medicamento)	1 mg	0,5 mg
Zolpidem	1,5-3 horas	De días a 2 semanas	10 mg	5 mg

* La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) considera la melatonina como medicamento cuando se incorpora en dosis ≥ 2 mg; por debajo de este valor, se considera un complemento alimenticio¹. Circadin® es la única melatonina de liberación prolongada 2mg aprobada como medicamento por la Agencia Española del Medicamento y que imita el perfil de secreción fisiológica de melatonina^{1,2}.

1. Alamo C et al. Estudios clínicos de melatonina en los trastornos del sueño. Papel diferencial de melatonina de liberación prolongada. *Kranion* 2014; 11: 93-112.

2. Pérez H. Insomnio: claves diagnósticas y terapéuticas. *Kranion*. 2017; 12:5-10.

Patrocinado por



Exeltis
Rethinking healthcare