

ABORDAJE CLÍNICO-PRÁCTICO
PERSONALIZADO DEL PACIENTE
ADULTO CON INSOMNIO
CRÓNICO EN EL CONTEXTO
SANITARIO ESPAÑOL

Alianza por el Sueño
Mayo 2024

Agradecimientos

La publicación de este documento es fruto de un consenso colaborativo de los autores. El documento fue revisado y validado por los miembros de la Alianza por el Sueño. El soporte editorial estuvo a cargo de Evidenze con el apoyo de Idorsia.

EXPERTOS MULTIDISCIPLINARES

- **Carlos Mur de Viu**
Psiquiatra en el Servei Andorrà d'Atenció Sanitària de Andorra.
- **Odile Romero Santo Tomás**
Neurofisióloga en el Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona.
- **Jose Manuel Olivares Diez**
Psiquiatra del Área Sanitaria de Vigo.
- **Verónica Olmo Dorado**
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Torreblanca, Sevilla.
- **Luis Agüera Ortiz**
Psiquiatra del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.
- **Juan José Poza**
Neurólogo del Hospital Universitario de Donostia de Donostia-San Sebastián.

El documento fue revisado y validado por la **Alianza por el Sueño**, incluyendo la revisión de:

- **Francesca Cañellas**, Psiquiatra del Hospital Son Espases y miembro de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- **Araceli Morato Martín**, directora Salud Laboral en BBVA.
- **Teresa Lascorz Ayats**, jefa de Servicio de Prevención y Salud Laboral. Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior.
- **Iván Espada Ibáñez**, responsable de Área del Medicamento. Dirección de Servicios Farmacéuticos. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- **Javier Carrasco**, asesor de Relaciones Institucionales. Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- **Carmen Bellido**, coordinadora del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en Hospital General de Castellón. Vocal de la Junta Directiva de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo
- **Guillermo Soriano Tarín**, coordinador del área de Medicina del Trabajo, Wellness by Work. SGS Tecnos SAU.
- **Ana Fernández Arcos**, coordinadora del grupo de estudio de trastornos de la vigilia y el sueño. Sociedad Española de Neurología.
- **Juan Carlos Rueda**, responsable Servicio Médico SABIC. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo.
- **Carlos Roncero**, psiquiatra Complejo Asistencial Universitario de Salamanca/CAUSA, presidente de la Sociedad Española de Patología Dual.
- **Silvia Gismera**, psicóloga y doctora en Psicología de la Salud, miembro de la Sociedad Española del Sueño.
- **Amparo Bonilla**, Farmacia Familiar y Comunitaria. Doctora en Farmacia. Farmacéutica titular. Madrid. Miembro del grupo de trabajo de Salud Mental de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria.
- **Jesús Pujol Salud**, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Atención Primaria Balaguer. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Lleida. Grupo de trabajo de Neurología de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- **Lorenzo Armenteros**, médico de familia y miembro de la Comisión Permanente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, responsable del Grupo de trabajo de drogodependencias.
- **Manuel Armayones**, coordinador del grupo de investigación Behaviour design lab del eHealth Center de la Universitat Oberta de Catalunya.

- **Jesús Sanz Villorejo**, presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.
- **Carlos Egea Santaolalla**, coordinador de la Unidad Funcional de Sueño de la OSI Araba y Experto en Medicina del Sueño (CEAMS), presidente de la Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño.
- **Irene Cano Pumarega**, coordinadora nacional del Área de Sueño, Ventilación y Cuidados Críticos Respiratorios de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, coordinadora de la Unidad Multidisciplinar de Sueño del Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- **Dolores Rico**, farmacéutica comunitaria en Madrid. Miembro del grupo de trabajo de Respiratorio y Tabaquismo de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria.
- **Ginés Sabater**, director médico Asociación Española del Sueño, ASENARCO.
- **Araceli Santos Posada**, presidenta de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo.
- **Mónica de Elío**, directora del Foro Español de Pacientes.
- **Juan Antonio Madrid**, laboratorio de Cronobiología, Universidad de Murcia y parte de la dirección científica en Kronohealth SL.
- **Vicente Gasull**, Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrent 2. Valencia. Grupos de Trabajo de Comunicación y de Diabetes de SEMERGEN. Grupo de Salud Mental de SEMERGEN.
- **Victor Santos**, Coordinador Médico Europa en STELLANTIS.
- **Bernabé Pérez Martínez**, Fundación Personas y Empresas, AUREN.

Además, este documento cuenta con la validación científica de las siguientes sociedades y entidades:*



*Miembros de estas sociedades y entidades han participado en la autoría o revisión de este documento.

Índice

Agradecimientos	2
Participantes.....	3
Abreviaturas	8
1. Resumen ejecutivo.....	9
2. Decálogo de recomendaciones.....	14
3. Introducción.....	15
Objetivo.....	15
Dinámica de trabajo	15
4. Insomnio.....	16
Concepto.....	16
Epidemiología	16
Valoración diagnóstica	16
Valoración de la gravedad	18
Valoración del tratamiento	19
5. Abordaje general del insomnio crónico	20
Recomendaciones principales	20
· Fármacos con indicación aprobada en ficha técnica.....	21
· Fármacos sin indicación aprobada en ficha técnica.....	22
Otras recomendaciones	23
· Usar herramientas útiles.....	23
· Crear y trabajar en Unidades de Sueño	24
· Trabajar de forma multi- e interdisciplinar.....	24
· Educar	24
6. Insomnio crónico.....	25
Importancia del tema.....	25
Recomendaciones.....	26
· Involucrar al paciente activamente.....	26
· Establecer un plan de modificaciones de hábitos del sueño	26
· Reducir progresivamente la medicación.....	26
7. Insomnio crónico y trastornos adaptativos	27
Importancia del tema.....	27
Recomendaciones.....	27
· Desmitificar creencias acerca de los trastornos del sueño en adolescentes y adultos jóvenes.....	27
· Relacionar al insomnio como un predictor de suicidio.	27
· Limitar la farmacoterapia.....	27
· Identificar a personas vulnerables con mal control del estrés y alta reactividad al mismo.....	28
· Fomentar una adecuada higiene del sueño.	28
· Usar la terapia cognitivo-conductual.....	28

8. Insomnio crónico y trastorno mixto de ansiedad y depresión	29
Importancia del tema.....	29
Recomendaciones.....	29
· Evaluar las condiciones de vida del paciente, cribar para el trastorno de insomnio en población vulnerable y fomentar hábitos de vida saludables.	29
· Fomentar la deshabitación de hipnosedantes.....	30
· Tratar el insomnio y las condiciones comórbidas.	30
9. Insomnio crónico en enfermedades psiquiátricas mayores	31
Importancia del tema.....	31
Recomendaciones.....	31
· Modular el impacto de los fármacos antidepresivos en el sueño.....	31
· Disminuir el consumo de benzodiacepinas.	31
· Evitar la cronificación del insomnio.	32
· Mejorar o restablecer hábitos saludables de sueño.	32
10. Insomnio crónico y abuso de sustancias	33
10.1. Alcohol.....	33
Importancia del tema.....	33
Recomendaciones.....	33
· Difundir información a la población y establecer un diagnóstico precoz como medidas de prevención.....	33
· Psicoterapia.....	33
· Farmacoterapia.....	34
10.2. Benzodiacepinas.....	34
Importancia del tema.....	34
Recomendaciones.....	35
· Evitar la prescripción de benzodiacepinas	35
· Evitar el abuso de benzodiacepinas	35
· Fomentar la deshabitación y retirada de las benzodiacepinas y fármacos Z.....	35
· Usar otras opciones terapéuticas.....	36
10.3. Cannabis.....	36
Importancia del tema.....	36
Recomendaciones.....	36
11. Insomnio crónico y tecnologías digitales	37
Importancia del tema.....	37
Recomendaciones.....	37
· Concienciar a la sociedad acerca de las consecuencias del abuso de las tecnologías digitales.....	37
· Informar a la población específicamente sobre los cambios cerebrales que determinan cambios en los sistemas de recompensa.	38
· Psicoterapia.....	38
· Farmacoterapia.....	38
· Otras terapias biológicas	38

12. Insomnio crónico en la mujer en edad adulta.....	39
12.1. Perimenopausia y menopausia.....	39
Importancia del tema.....	39
Recomendaciones.....	39
· Reducir los síntomas provocados por déficits hormonales, principalmente en relación con los sofocos y la sudoración nocturna.....	39
· Tratar los síntomas vasomotores.....	40
· Ejercicio.....	40
· Farmacoterapia.....	40
12.2. Embarazo y lactancia.....	40
Importancia del tema.....	40
Recomendaciones.....	41
· Usar terapia cognitivo-conductual (CBT-I).....	41
· Abordar adecuadamente las comorbilidades.....	41
13. Insomnio crónico y dolor.....	42
Importancia del tema.....	42
Recomendaciones.....	42
· Fomentar la detección precoz del insomnio asociado al dolor.....	42
· Farmacoterapia.....	42
· Abordaje multidisciplinar junto a las Unidades del Dolor.....	42
14. Insomnio crónico en el paciente mayor y/o con enfermedades neurodegenerativas.....	43
Importancia del tema.....	43
Recomendaciones.....	43
· Definir protocolos diagnósticos y diferentes perfiles de pacientes.....	43
· Establecer árboles de decisión farmacoterapéuticos.....	44
· Farmacoterapia.....	44
· Intentar incluir otras opciones terapéuticas.....	44
Referencias.....	45
Anexos	
Anexo 1.....	49
Anexo 2.....	50
Anexo 3.....	51
Anexo 4.....	52
Anexo 5.....	53
Anexo 6.....	57
Anexo 7.....	58
Anexo 8.....	59
Anexo 9.....	60

Abreviaturas

$\Delta 9$ -THC	Delta-9-tetrahidrocannabinol
AASM	<i>American Academy of Sleep Medicine</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
CBD	Cannabidiol
CBT-I	<i>Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia</i> - Terapia cognitivo-conductual para el insomnio
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª edición
DORA	Antagonistas duales de los receptores de orexinas
DSM-5-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders_v5_ text revision</i>
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EESE	Encuesta Europea de Salud en España
GABA _A	Receptor GABA tipo A
ICSD	<i>International Classification of Sleep Disorders</i> - Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño
IDSIQ	<i>Insomnia Daytime Symptoms and Impacts Questionnaire</i>
ISI	<i>Insomnia Severity Index</i> - Índice de Severidad del Insomnio
MEQ	<i>Morningness/Eveningness Questionnaire</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
PSQ	<i>Pediatric Sleep Questionnaire</i>
PSQI	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> - Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh
SNS	Sistema Nacional de Salud

1 | Resumen ejecutivo



INTRODUCCIÓN, OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El **insomnio crónico** es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), **la condición de cantidad y/o calidad de sueño insatisfactoria**, al menos durante **3 días a la semana**, que persiste durante un **período de 3 meses o más**, incluyendo la **dificultad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido o despertar final temprano**.¹ Estas alteraciones ocurren a **pesar de las oportunidades y circunstancias adecuadas para dormir** y resultan en algún tipo de **consecuencia significativa durante el día**.^{1,2}

En España, se estima una prevalencia del **14% de trastorno de insomnio crónico** y un **43,3% de prevalencia de síntomas de insomnio**, con una **mayor frecuencia de insomnio en mujeres y con la edad**.³ Por ese motivo, el **objetivo** del presente documento fue generar unas **recomendaciones clínicas para dar soporte a los profesionales clínicos** que intervienen en la asistencia de los pacientes adultos con insomnio crónico, organizado mediante **distintos perfiles de pacientes** y adecuado al **contexto sanitario español**.

A través de **reuniones virtuales**, un **grupo multidisciplinar de expertos** en insomnio **presentaron y debatieron sobre la situación actual, los retos frecuentes en la clínica y las recomendaciones** para abordar el **insomnio crónico en adultos** de forma general y en particular en perfiles clínicos específicos.



DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Las guías internacionales actuales sugieren que **el insomnio crónico debe considerarse desde una perspectiva de enfermedad con entidad propia**.⁴ Esto implica que el **diagnóstico del insomnio no debe depender de la presencia de ningún otro trastorno físico o mental**, ni de la presencia de ningún otro trastorno del sueño, y que **requiere de un tratamiento específico e independiente**.⁴

El **diagnóstico del insomnio crónico es eminentemente clínico, sin necesidad de pruebas de laboratorio del sueño y al alcance de cualquier profesional facultativo del Sistema Nacional de Salud (SNS)**. Los criterios diagnósticos de las diferentes guías disponibles coinciden con la definición conceptual de la OMS, refiriéndose como **sueño insatisfactorio en términos de inicio, mantenimiento y despertares tempranos, acompañados de consecuencias diurnas, como fatiga, estado de ánimo deprimido o irritabilidad, malestar general y alteraciones o quejas cognitivas**.^{1,2,4,5}

No existe ninguna prueba objetiva o un marcador biológico o de imagen que confirme el diagnóstico de insomnio, por lo que es necesario basarse en **criterios clínicos obtenidos durante la entrevista médica**,⁴ utilizando herramientas útiles como **entrevistas con los pacientes y check lists, algoritmos clínicos, diarios o agendas del sueño, o escalas de valoración clínica**.⁵

Una vez confirmado, otras herramientas pueden ser útiles para **valorar la gravedad del trastorno**, como el **índice de severidad del insomnio (ISI)**, la **actigrafía** o la **polisomnografía**. Estas herramientas son útiles para la **monitorización tanto de la evolución del trastorno como de la respuesta al tratamiento administrado**.⁶

Con relación al **tratamiento**, este es **imprescindible para mejorar el trastorno de insomnio crónico**, y sus **objetivos principales** consisten, fundamentalmente, en **mejorar el sueño nocturno y la función diurna**,⁴ así como **promover buenos hábitos de sueño**.⁷ Existen **medidas terapéuticas generales, tanto farmacológicas como no**

farmacológicas, que se pueden aplicar en el abordaje de la mayoría de los pacientes con insomnio crónico, aunque siempre es **necesario individualizar** cada caso, manteniendo una **visión amplia del contexto y la situación clínica** del paciente, así como una **perspectiva multidisciplinar**.



ABORDAJE GENERAL DEL INSOMNIO CRÓNICO

Las recomendaciones presentadas en este documento se han basado en la **última actualización de las guías europeas** de diagnóstico y tratamiento del insomnio crónico,⁸ así como en la **experiencia clínica** de los expertos.

La **terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBTi)** es la **primera línea de tratamiento** del insomnio crónico y siempre debe ofrecerse al paciente, si está disponible.⁸

Cabe destacar que esta opción **no siempre está disponible** en nuestro contexto sanitario, necesita de **profesionales adecuadamente formados** y **no todos los pacientes la aceptan**, dado que requiere de un **esfuerzo y participación activa** por su parte. Con todo, es importante informar de la posibilidad de tratar el insomnio sin utilizar fármacos y fomentar **medidas para una buena higiene del sueño**.

Si la CBTi no está disponible, no es eficaz, o el paciente no la acepta, se puede plantear el tratamiento farmacológico.

Las guías internacionales recomiendan diferentes fármacos para el tratamiento del insomnio crónico. En este documento solo se han incluido aquellos **fármacos de prescripción y aprobados en España**, considerando y matizando algunos aspectos en base a la experiencia en la práctica clínica.

Los **antagonistas duales de los receptores de orexinas (DORA)** se pueden **utilizar durante un periodo de 3 meses en el tratamiento del insomnio crónico**.⁸

Hasta la fecha, **daridorexant es el único DORA aprobado en Europa**, indicado para el **tratamiento de adultos con insomnio caracterizado por presencia de síntomas durante al menos 3 meses e impacto considerable en la actividad diurna** y que ha mostrado un **buen perfil de eficacia y seguridad a corto (3 meses) y largo plazo (12 meses)**, siendo compatible con el uso a largo plazo de ser necesario.⁹

Los **fármacos Z** o agonistas de los receptores GABA_A, como zopiclona¹⁰ y zolpidem¹¹, están **recomendados para el tratamiento a corto plazo del insomnio (≤4 semanas)**.^{6,8}

Se trata de **fármacos hipnóticos similares a las benzodiazepinas**, con **indicación para el tratamiento del insomnio a corto plazo**^{10,11} (incluyendo dificultades para iniciar el sueño, despertares nocturnos y despertar precoz) en adultos¹⁰.

Las benzodiazepinas están recomendadas para el tratamiento a corto plazo del insomnio (≤4 semanas).⁶

Generalmente, **no se recomiendan en el tratamiento a largo plazo del insomnio debido a la falta de evidencia y posibles efectos secundarios** o riesgos, así como por la **posibilidad de desarrollar dependencia**. En aquellos pacientes que utilizan esta medicación a diario, se recomienda la reducción a la dosis intermitente.⁶

Utilizar el **manual de retirada de benzodiazepinas** para el manejo de estos fármacos, el cual resume algunas estrategias para lograr su deshabitación, puede ser de utilidad en la práctica clínica.¹²

Por último, la **melatonina de liberación rápida no está recomendada** para el tratamiento del insomnio debido a la falta de eficacia, excepto si hay factores circadianos involucrados.⁸

Sólo tienen indicación los medicamentos con melatonina de liberación retardada de 2 mg, de dispensación exclusiva en farmacia comunitaria, para su uso en el tratamiento del insomnio en pacientes mayores de 55 años, durante un **periodo máximo de 13 semanas**.¹³

Aunque existen **otros productos a base de melatonina**, entre ellos **complementos alimenticios**, con dosis inferiores a estos 2 mg, **estos no tienen indicación para el tratamiento del insomnio crónico**.

Además de estos grupos de fármacos con indicación en ficha técnica para el tratamiento del insomnio, en la práctica clínica habitual se utilizan otros fármacos para el tratamiento del insomnio crónico, aunque sin indicación en ficha técnica.

Los **antidepresivos sedantes** carecen de evidencia de calidad en ensayos clínicos aleatorizados y **no se recomiendan para el tratamiento a largo plazo del insomnio crónico**.^{6,8}

Están **indicados en depresión que curse con insomnio**. Probablemente, los antidepresivos más utilizados como hipnóticos para el insomnio crónico, fuera de indicación, sean la trazodona y la mirtazapina.

Los **antipsicóticos**, debido a la evidencia insuficiente y a sus efectos secundarios, **no se recomiendan para el tratamiento del insomnio crónico**, a excepción de aquellos casos en los que el **insomnio se asocia a psicosis o trastornos de conducta**.^{6,8}

Por último, en relación con los **antihistamínicos** y los medicamentos a base de plantas medicinales, **no existe evidencia suficiente de su eficacia para el tratamiento del insomnio crónico**.^{6,8}

En el contexto de un tratamiento farmacológico, es importante destacar la **evidencia y guías disponibles para ayudar en la toma de decisiones**, así como en el **proceso de cambio de medicación**, de ser necesario.¹⁴

Por otro lado, en el contexto del insomnio crónico, se utilizan otras estrategias que pueden ser más o menos útiles para su tratamiento.

Así, los **regímenes de fototerapia y ejercicio pueden ser útiles como terapias complementarias**.^{6,8}

Sin embargo, la **acupuntura**, la **aromaterapia**, la **reflexología podal**, la **homeopatía**, el **movimiento meditativo**, la **moxibustión** y el **yoga no están recomendados** para el tratamiento del insomnio crónico debido a la evidencia insuficiente.⁶

Teniendo en cuenta el contexto sanitario español, también se proponen otras **estrategias que pueden ser útiles para el diagnóstico y tratamiento del insomnio**.

- Realizar **sesiones clínicas conjuntas entre los equipos médicos y/o farmacéuticos con una visión psicoeducativa**.
- **Crear y/o trabajar junto a las Unidades de Sueño** de referencia, desarrollando y mejorando protocolos de derivación y consulta.
- **Trabajar de forma multi- e interdisciplinar para lograr un abordaje transversal**, incluyendo a referentes de educación, bienestar social, farmacólogos, profesionales de salud laboral, entre otros, que puedan dar soporte y orientar al paciente en distintas áreas.
- **Educar a la población sobre las distintas opciones de tratamiento** (beneficios y limitaciones), así como **promocionar actividades comunitarias orientadas a la salud relacionada con el sueño y al sueño saludable** desde Atención Primaria.
- Formar a los profesionales de salud sobre las **posibilidades de realizar un tratamiento no farmacológico** para el insomnio, así como fomentar la deshabituación a las benzodiazepinas.



RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA ESCENARIOS CLÍNICOS RELEVANTES

Además de las recomendaciones generales previamente expuestas, es necesario **tener en consideración el contexto y los distintos escenarios clínicos** que pueda presentar un paciente con insomnio crónico para poder **definir una estrategia terapéutica adecuada**.

Por ese motivo, a continuación, se describen algunas consideraciones específicas para **diferentes escenarios clínicos que pueden requerir un manejo clínico particular**.

INSOMNIO CRÓNICO

Dado que la cronificación puede venir **dada por la implementación de medidas equivocadas tomadas a lo largo de un proceso de adaptación al trastorno**,¹⁵ es necesario **involucrar al paciente activamente** y establecer un **plan de modificaciones de hábitos del sueño**. Además, se tiene que intentar **reducir progresivamente la medicación**, siempre incluyendo al paciente en el proceso de toma de decisiones.

INSOMNIO CRÓNICO EN LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Es necesario reconocer su papel como **mediador en la generación de síntomas depresivo-ansiosos** a la hora de considerar acciones terapéuticas para **mejorar la interrelación entre la ansiedad, el insomnio y la cronificación de los síntomas afectivos**.¹⁶ Así, es recomendable **desmitificar creencias acerca de los trastornos del sueño en adolescentes y adultos jóvenes**, entre los que es común aceptar hábitos de sueño no saludables. De igual forma, se debe **incidir en la relevancia del insomnio en la patogenia de cuadros afectivos y, eventualmente, en las tasas de suicidio**.¹⁷

INSOMNIO CRÓNICO EN UN CONTEXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Es necesario entender que **la etiología de estos trastornos es multifactorial**.⁷ Se deben valorar las **condiciones de vida del paciente, cribar para el trastorno de insomnio en población vulnerable** y fomentar **hábitos de vida saludables**. Las **sesiones clínicas transversales** pueden ayudar a resolver casos complejos de manera integral.

INSOMNIO CRÓNICO EN PRESENCIA DE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS

Es importante reconocer que el tratamiento de estas puede tener un impacto en la generación de otros trastornos como el insomnio.¹⁸ Por ese motivo, es necesario **modular el impacto de los fármacos antidepressivos en el sueño**, ya que poseen efectos en la arquitectura del sueño.^{19,20} Además, de nuevo, es necesario disminuir el consumo de benzodiazepinas, evitar la cronificación del insomnio avanzando en su diagnóstico precoz y mejorar o restablecer hábitos saludables de sueño.

PACIENTES INSOMNES POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Ya sea alcohol o drogas recreativas, es importante reconocer que **la relación entre el abuso de sustancias y el insomnio es bidireccional**, ya que, un paciente que abuse y que no duerma bien es más probable que vuelva a consumir.^{21,22} En el caso de dependencia de fármacos, como benzodiazepinas, es necesario evaluar periódicamente la efectividad y la seguridad de los hipnóticos sedantes en la clínica, realizando una evaluación objetiva y científica de su posible abuso con vistas al fracaso clínico.²³ En estos pacientes es recomendable utilizar otras **opciones terapéuticas no farmacológicas o fármacos con mecanismos de acción diferentes**, como los DORA.

TECNOLOGÍAS DIGITALES E INSOMNIO CRÓNICO

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (v5 text revision, DMS-5-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª edición, CIE-11) han incluido a las **alteraciones del sueño dentro de las consecuencias clínicas relacionadas con el uso excesivo de las tecnologías digitales**.²⁴ Por ese motivo, se recomienda **concienciar a la sociedad acerca de las consecuencias del abuso de estas tecnologías**,²⁵ evitando su banalización de los riesgos y la exposición temprana, así como **informar de los cambios cerebrales que determinan cambios en los sistemas de recompensa**.

INSOMNIO CRÓNICO EN LA MUJER ADULTA

El insomnio puede aparecer tanto durante el embarazo y la lactancia como en el periodo de perimenopausia y menopausia.

En el primer escenario, será necesario abordar adecuadamente las comorbilidades derivadas del embarazo, para fortalecer el ritmo circadiano de la madre, así como las medidas para favorecer la higiene del sueño.

Durante la perimenopausia y menopausia, se recomienda reducir los síntomas provocados por déficits hormonales y tratar los síntomas vasomotores para reducir las alteraciones del sueño.

PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO E INSOMNIO CRÓNICO

Se puede asociar a múltiples consecuencias, como alteraciones cognitivas, trastornos de humor y conductuales, fatiga, cefaleas, síntomas gastrointestinales, así como un impacto en la vida social y laboral del paciente.^{7,26} Por ese motivo, hay que fomentar la detección precoz del insomnio asociado al dolor, evitando normalizar que el paciente con dolor crónico tenga trastornos del sueño y no actuar. Además, es recomendable trabajar de la mano con las Unidades del Dolor, para tener una visión holística del paciente.

POBLACIÓN ENVEJECIDA E INSOMNIO CRÓNICO

El insomnio crónico es más frecuente en este grupo de población, así como en relación con las enfermedades neurodegenerativas, más prevalentes en la población mayor o anciana. Por eso, es necesario definir protocolos diagnósticos y diferentes perfiles de pacientes para identificar adecuadamente las distintas poblaciones, desde personas mayores con mala higiene del sueño sin otra patología asociada hasta personas con abuso de sustancias o con presencia de otras enfermedades concomitantes. De esta manera, se podrá realizar una evaluación exhaustiva para identificar los factores que contribuyen a su génesis y de las patologías específicas del sueño, que deben abordarse con medidas generales y tratamientos específicos.^{6,27,28}



CONCLUSIONES

Los trastornos del sueño son comunes en la población general y son motivo de consulta frecuente en la práctica clínica. En ese sentido, la OMS considera los trastornos del sueño y la vigilia como una categoría de enfermedad per se, y al insomnio crónico como una entidad clínica independiente. Esto implica que el diagnóstico del insomnio, eminentemente clínico, no debe depender de la presencia de ningún otro trastorno físico o mental, ni de la presencia de ningún otro trastorno del sueño, y que requiere de un tratamiento específico e independiente.⁴

Las principales estrategias para tratar este trastorno son la terapia CBTi, el fomento de buenos hábitos de higiene del sueño y opciones terapéuticas farmacológicas indicadas como los DORA y los fármacos Z para el tratamiento del insomnio a largo y corto plazo, respectivamente, y las benzodicepinas y la melatonina de liberación retardada de 2 mg, en algunos casos.



2 | Decálogo de recomendaciones

1 Las guías internacionales actuales sugieren que **el insomnio crónico debe considerarse desde una perspectiva de enfermedad con entidad propia**, por lo que su diagnóstico no debe depender de la de ningún otro trastorno físico o mental y requiere de un tratamiento específico e independiente.⁴

2 Para el diagnóstico y monitorización, es necesario basarse en **criterios clínicos obtenidos durante la entrevista médica**,⁴ utilizando herramientas útiles como **entrevistas con los pacientes y check lists, algoritmos clínicos, diarios o agendas del sueño, escalas de valoración clínica, actigrafía o polisomnografía**.^{5,6}

3 El tratamiento es **imprescindible para mejorar el trastorno de insomnio crónico**, y sus **objetivos principales** consisten, fundamentalmente, en **mejorar el sueño nocturno y la función diurna**,⁴ así como **promover buenos hábitos de sueño**.⁷

4 Es necesario **tener en consideración el contexto y los distintos escenarios clínicos** que pueda presentar un paciente con insomnio para poder **definir una estrategia terapéutica adecuada**.

5 La **terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBTi)** es la **primera línea de tratamiento** del insomnio y siempre debe ofrecerse al paciente, si está disponible.⁸ Si no está disponible, no es eficaz, o el paciente no la acepta, se puede plantear el tratamiento farmacológico.

6 Los **antagonistas duales de los receptores de orexinas (DORA)** se pueden **utilizar durante un periodo de 3 meses en el tratamiento del insomnio crónico**.⁸ Hasta la fecha, **daridorexant es el único DORA aprobado en Europa y disponible en España**. Daridorexant es compatible con el uso a largo plazo, de ser necesario. Hay datos clínicos disponibles de hasta 12 meses de tratamiento continuo.

7 Los **fármacos Z** o agonistas de los receptores GABA_A, como zopiclona¹⁰ y zolpidem¹¹, y las benzodiazepinas están **recomendados para el tratamiento a corto plazo del insomnio** (≤ 4 semanas).^{6,8}

8 Los **antidepresivos sedantes, los antipsicóticos, los antihistamínicos y los medicamentos a base de plantas medicinales no tienen indicación** en ficha técnica para el tratamiento del insomnio a largo plazo y **no están recomendados** para su tratamiento, salvo en algunas circunstancias.^{6,8}

9 Se recomienda el **trabajo multi-e interdisciplinar con las Unidades de Sueño**, así como con **otros profesionales implicados** en el manejo de estos pacientes para lograr un **abordaje transversal**.

10 Es importante formar a profesionales e informar a pacientes y población general sobre la **importancia de la salud relacionada con el sueño**, así como sobre **buenos hábitos de higiene del sueño**.

3 | Introducción

OBJETIVO

Elaborar un documento práctico de recomendaciones clínicas para dar soporte a los profesionales clínicos que intervienen en la asistencia de los pacientes adultos con insomnio crónico, organizado mediante distintos perfiles de pacientes y adecuado al contexto sanitario español.

DINÁMICA DE TRABAJO

Bajo la dirección estratégica del Grupo de Salud de la Alianza por el Sueño, se reunió a un grupo de expertos en insomnio de distintas disciplinas, cuya función principal fue el asesoramiento científico en esta área de conocimiento.

Durante el desarrollo del proyecto, en las distintas sesiones participativas, se utilizó la metodología *Think-tank*, en la que un grupo de expertos debate sobre su área de experiencia y se registran estos aportes en un documento de conclusiones. En esas reuniones, realizadas en formato virtual, cada experto realizó una breve presentación sobre los distintos escenarios clínicos relacionados con el insomnio (esto es, perfiles de pacientes), de acuerdo con el siguiente esquema:



Situación actual (*state of the art*), incluyendo una revisión de la literatura y la visión general de la temática.



Retos, con la presentación de los principales retos que se enfrentan en la práctica clínica actual y desde su perspectiva.



Recomendaciones, con propuestas de las soluciones para superar los retos expuestos y que sirvan para abrir el debate con todo el grupo de expertos y establecer el posicionamiento del grupo.

Los escenarios clínicos fueron definidos por los expertos, considerando que estos engloban y se pueden adaptar al resto de perfiles de pacientes, cubriendo el espectro de circunstancias clínicas, ya que existe una gran variedad de escenarios en este sentido. Mediante la revisión de la evidencia disponible, la reflexión conjunta y la proposición de acciones, el grupo de expertos desarrolló consejos y directrices para mejorar la asistencia de los pacientes con insomnio crónico. Esos consejos y directrices son los incluidos en el presente documento.

Es importante señalar que este proyecto excluye el manejo pediátrico en relación con el insomnio, el cual requiere de consideraciones específicas para un abordaje adecuado y es diferente al de los adultos.

4 | Insomnio

CONCEPTO

El **insomnio crónico** es el **trastorno más frecuente del sueño**.

Según la definición de la OMS, el **insomnio es la condición de cantidad y/o calidad de sueño insatisfactoria, que persiste durante un período de 3 meses o más, incluyendo la dificultad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido o despertar final temprano, lo que resulta en algún tipo de consecuencia significativa durante el día.**¹

Estas alteraciones en la duración, la consolidación o la calidad del sueño ocurren a pesar de las oportunidades y circunstancias adecuadas para dormir.¹ Para que las alteraciones del sueño determinen un trastorno de insomnio, estas deben ocurrir **al menos 3 días por semana**.²⁹

De acuerdo con la evidencia, existen varias formas de clasificar al insomnio en relación con la duración del trastorno.²⁹ Así, se considera **insomnio agudo** aquél con una duración **inferior a 3 meses**, e **insomnio crónico** **trasmás de 3 meses desde el inicio de los síntomas**.²

EPIDEMIOLOGÍA

Las estimaciones de la prevalencia del insomnio pueden variar de acuerdo con los diferentes criterios para su definición, ya que en trabajos epidemiológicos antiguos no siempre se tenían en cuenta los síntomas diurnos, lo que ha podido generar datos discordantes.³ De acuerdo con cifras recientes publicadas en España, la **prevalencia de síntomas de insomnio** es del **43,4%**, mientras que la de síndromes y trastornos de insomnio crónico es del 13,7% y del 14,0%, respectivamente.³

Además, se ha observado una **mayor frecuencia de insomnio en mujeres (14,6%)** que en hombres (13,4%), así como una relación con la edad, ya que **a medida que las personas envejecen tienen un sueño más fragmentado durante la noche** (18-34 años 11,1%; 35-54 años 11,5%; 55+ años 17,9%).³

Con todo, no hay que obviar la **incidencia del insomnio en relación con el trabajo y la dinámica de trabajo, la turnicidad y la nocturnidad** en nuestra sociedad. La **alteración del sueño por turnicidad no es propiamente insomnio**, ya que, por definición, el insomnio requiere tener las condiciones necesarias para dormir. Sin embargo, el impacto del **trabajo por turnos y nocturno puede provocar cambios en el ritmo circadiano y empeorar la calidad del sueño**, provocando insomnio.³⁰

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

El **diagnóstico del insomnio es eminentemente clínico, no precisa de pruebas de laboratorio del sueño y está al alcance de cualquier profesional facultativo del SNS**.

Es importante señalar que no todas las personas que tienen mala calidad de sueño y sufren de privación de sueño y sus consecuencias llegan a configurar un trastorno de insomnio. Por ese motivo, otros profesionales sanitarios, por ejemplo de farmacia, pueden tener un rol clave en la detección precoz y derivación de los pacientes insomnes.

Los criterios diagnósticos propuestos por algunas guías, como la de la *American Psychiatric Association* (APA) y *American Academy of Sleep Medicine* (AASM), coinciden con la definición conceptual del insomnio de la OMS.

Así, se referirían al **insomnio** como **sueño insatisfactorio en términos de inicio, mantenimiento y despertares tempranos, acompañados de consecuencias diurnas**, como fatiga, estado de ánimo deprimido o irritabilidad, malestar general y alteraciones o quejas cognitivas.^{1,2,5,28}

Otras herramientas de referencia, como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR) y el *International Classification of Sleep Disorders 3rd Edition* (ICSD-3), agregan que, para el insomnio crónico, estos síntomas deben estar **presentes al menos durante tres noches a la semana y mantenerse por tres meses**.⁴ De igual forma, la **presencia de dificultades diurnas es un requisito necesario para diagnosticar trastorno de insomnio crónico** según el DSM-5-TR [Anexo 1] y el ICSD-3.^{2,4}

Los trastornos del sueño son comunes en la población general y son motivo de consulta frecuente en la práctica clínica. Sin embargo, pueden ser relativamente poco comprendidos por algunos profesionales de la salud.⁴ Aunque el entendimiento de estos trastornos ha ido evolucionando, las guías internacionales actuales sugieren que el **insomnio crónico debe considerarse desde una perspectiva de enfermedad con entidad propia, que requiere un tratamiento específico e independiente**.⁴ Más recientemente (en 2022), la OMS actualizó su clasificación de enfermedades publicando el CIE-11, donde **los trastornos del sueño y la vigilia constituyen una categoría per se**, independiente de órgano o sistema, y **el insomnio crónico aparece como una entidad clínica independiente**. Esto implica que el diagnóstico del insomnio no debe depender de la presencia de ningún otro trastorno físico o mental, ni de la presencia de ningún otro trastorno del sueño.⁴

Al igual que ocurre con la depresión, la ansiedad o el dolor, **no existe una prueba objetiva ni un marcador biológico o de imagen que confirme el diagnóstico de insomnio**, por lo que es necesario basarse en **criterios clínicos** obtenidos durante la entrevista médica.⁴

Así, para la valoración diagnóstica y la evaluación del sueño existen **herramientas útiles** que pueden ayudar en este proceso, como:⁵



Entrevistas con los pacientes y check lists [Anexo 2]ⁱ.



Algoritmos clínicos [Anexo 3].



Diarios o agendas del sueño [Anexo 4]ⁱⁱ.



Actigrafíaⁱⁱⁱ.



Escalas de valoración clínica, entre las que se destaca el cuestionario validado del Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) [Anexo 5].³¹



Índice de Gravedad del Insomnio (ISI) [Anexo 6].

ⁱSociedad Española de Sueño: Pautas de actuación y seguimiento. Insomnio Guía de Insomnio. Disponible en: <https://ses.org.es/wp-content/uploads/2016/12/guia-de-insomnio-2016.pdf>. Último acceso: junio 2024

ⁱⁱSociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: Recomendaciones de valoración clínica y tratamiento inicial del insomnio en Atención Primaria.

ⁱⁱⁱSociedad Española de Sueño: Guía de actigrafía en las Unidades del Sueño. Disponible en: <https://ses.org.es/wp-content/uploads/2016/12/guia-de-actigraf%C3%ADa-en-unidades-de-sueno.pdf>. Último acceso: junio 2024

Los diarios del sueño o la actigrafía se pueden utilizar para diagnosticar horarios irregulares de sueño y vigilia o trastornos del ritmo circadiano, así como para parámetros cuantitativos del sueño.⁶

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

Como se comentó anteriormente, **la confirmación del trastorno de insomnio se basa en criterios clínicos** y es posible implementar algunas herramientas de apoyo subjetivas. Una vez que el diagnóstico de insomnio ha sido realizado, se dispone de otras **herramientas útiles para valorar concretamente la gravedad** de este trastorno.



En primer lugar, encontramos el **Índice de Severidad del Insomnio (ISI)**, [Anexo 6], una escala ágil y sencilla con la que es posible **obtener una percepción acerca de un trastorno de insomnio leve, moderado o grave**. Tiene una puntuación de 0-28 (0-7 = ausencia de insomnio clínico; 8-14 = insomnio subclínico; 15-21 = insomnio clínico moderado; 22-28 = insomnio clínico grave). Además, el ISI representa una herramienta útil para la **monitorización tanto de la evolución del trastorno como de la respuesta al tratamiento administrado**.



Por su parte, la **actigrafía** es una **exploración ambulatoria de fácil aplicación** que nos proporciona una idea de los **horarios y duración de sueño** del paciente durante varios días manteniendo su rutina habitual. Cuando va **acompañada de una agenda o diario de sueño**, ayuda a **conocer los hábitos de sueño** del paciente. De esta manera, permite estimar la latencia de sueño, el tiempo total de sueño y la eficiencia de este durante periodos de 1-3 semanas.



Por último, la **polisomnografía** se debe reservar para aquellos casos en los cuales exista **sospecha clínica de otros trastornos del sueño**, como, por ejemplo, movimientos periódicos de las piernas, apnea del sueño, parasomnias o hipersomnias (narcolepsia o somnolencia diurna excesiva de origen desconocido).

También se recomienda en caso de:

- insomnio resistente al tratamiento,
- insomnio en grupos de riesgo ocupacional (turnicidad, transporte de pasajeros o mercancías, operadores de sala de control, trabajos con elevada exigencia física, cognitiva o mental,...),
- cuando se sospeche que existe una gran discrepancia entre el sueño experimentado subjetivamente y el sueño medido de forma objetiva mediante polisomnografía.⁶

Por otro lado, para valorar **aspectos de comorbilidad** en el trastorno de insomnio, son útiles escalas autoadministradas, de fácil aplicación, como la *Hospital Anxiety and Depression Scale* o el **Morningness/ eveningness questionnaire (MEQ)**.

El **MEQ** es una escala que identifica rasgos que pueden afectar la calidad del sueño debido a una falta de sincronización entre el momento en que se presenta la necesidad biológica para dormir y el momento en que se intenta conciliar el sueño (**alteración circadiana de retraso y adelanto de fase**).

Es importante señalar que estas herramientas son **útiles para valorar factores concomitantes** con el trastorno de insomnio, pero no suponen herramientas diagnósticas en sí mismas.

VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

Es **imprescindible realizar un tratamiento para mejorar el trastorno de insomnio crónico**, ya que esta afección supone una disminución de la calidad de vida del paciente, se asocia con una clara afectación del funcionamiento diurno y conduce a un mayor riesgo de desarrollar otras alteraciones y enfermedades como depresión, ansiedad, riesgo metabólico y cardiovascular.⁴

Con independencia del tipo de tratamiento, el **principal objetivo del tratamiento del insomnio crónico consiste en mejorar la calidad y cantidad de sueño, así como las dificultades diurnas asociadas al insomnio.**^{28,32-34}

Existen **medidas terapéuticas generales, tanto farmacológicas* como no farmacológicas**, que se pueden aplicar en el abordaje de la mayoría de los pacientes con insomnio.

Sin embargo, también es importante tener en cuenta la presencia de otros trastornos del sueño o afecciones físicas, neurológicas o psiquiátricas concomitantes. La consideración del contexto y los distintos escenarios clínicos que pueda presentar un paciente con insomnio es fundamental para poder definir una estrategia terapéutica adecuada. Por este motivo, el presente documento describe:

- **Medidas terapéuticas generales** que se pueden aplicar a la gran mayoría de los casos de insomnio crónico.
- **Escenarios clínicos relevantes** que pueden requerir un manejo clínico particular.

*Dado el personal principal al que se dirige este documento, (profesional facultativo), este documento solo ha incluido opciones terapéuticas farmacológicas con prescripción.

5 | Abordaje general del insomnio crónico

RECOMENDACIONES PRINCIPALES

Los **objetivos terapéuticos** consisten, fundamentalmente, en **mejorar el sueño nocturno y la función diurna**⁴, así como **promover buenos hábitos de sueño**⁷. Para ello, se pueden implementar **diferentes estrategias**, abordadas en la última actualización de las **guías europeas**.⁸

Estas guías utilizan un sistema de recomendación en 4 niveles, desde A (recomendación muy fuerte), B (recomendación fuerte), C (recomendación débil), D (recomendación muy débil). Estos grados de recomendación se han incluido en el presente documento como referencia.⁸

Como primera línea debe ofrecerse al paciente la **terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBTi) (A)**.

La **terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBTi)** se focaliza en aquellos factores que pueden mantener el insomnio a lo largo del tiempo, como la desregulación del impulso del sueño, las conductas y cogniciones que interfieren en el sueño, los intentos de controlar el proceso del sueño y la ansiedad relacionada con el sueño.³⁵ El [Anexo 7](#) recoge las principales estrategias terapéuticas incluidas en el protocolo de CBTi.³⁵

La CBTi ha demostrado tener **efectos positivos sobre la latencia, eficiencia y duración del sueño, así como en los despertares nocturnos**.⁴ También ha presentado beneficios sobre el **estado de ánimo, el bienestar y el desarrollo social y laboral**.⁴ Por ese motivo, es la **opción recomendada como primera línea de tratamiento para el insomnio**.^{6,8}

Sin embargo, puede ser que, dependiendo del contexto, el acceso y la disponibilidad a la CBTi pueda llegar a ser un factor limitante. Además, es importante que los profesionales sanitarios estén adecuadamente capacitados para llevarla a cabo. Por último, es importante señalar que no todos los pacientes van a aceptar este tipo de terapia, debido al esfuerzo y participación activa que requiere.⁴

Con todo, es importante formar de los profesionales sanitarios sobre la posibilidad de tratar al insomnio sin utilizar fármacos, así como informar y ofrecer esta opción a los pacientes, cuando está disponible.

Si la **CBTi no es eficaz o no se encuentra disponible, se puede plantear el tratamiento farmacológico (A)**.

Las guías europeas, así como las americanas, señalan los **fármacos recomendados para el tratamiento del insomnio crónico, y la evidencia disponible** en relación con esta temática, si la CBTi no es eficaz o no está disponible.^{6,8}

A continuación, se resumen **las distintas alternativas farmacológicas con sus respectivas recomendaciones** para su uso**, incluyendo solo aquellos fármacos de prescripción y aprobados en España y considerando y matizando algunos aspectos de acuerdo con la experiencia en la práctica clínica. Se exponen algunos de los aspectos más importantes a tener en cuenta de cada uno de los principios activos de cada grupo. No obstante, para una información completa **se recomienda consultar la última versión de la ficha técnica disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios**.

Asimismo, es importante señalar que estas son **recomendaciones generales** y que siempre **es necesario individualizar** cada caso, manteniendo una **visión amplia del contexto y la situación clínica** del paciente, así como una **perspectiva multidisciplinar**.

**Recomendaciones según la actualización de 2023 de las guías europeas.⁸

FÁRMACOS CON INDICACIÓN APROBADA EN FICHA TÉCNICA

Antagonistas duales de los receptores de orexinas (DORA).⁹

- Los DORA se pueden utilizar durante un periodo de 3 meses en el tratamiento del insomnio (A).⁸
- Daridorexant, único DORA aprobado en Europa, está indicado para el tratamiento de adultos con insomnio caracterizado por presencia de síntomas durante al menos 3 meses e impacto considerable en la actividad diurna.⁹
- Presenta un **buen perfil de eficacia y seguridad** en el corto (3 meses) y largo plazo (12 meses). La duración del tratamiento debe ser lo más corta posible. Dentro del plazo de 3 meses, y posteriormente de manera periódica, se debe reevaluar la continuación del tratamiento. Hay datos clínicos disponibles de hasta 12 meses de tratamiento continuo.⁹
- En ese sentido, **daridorexant disminuye la activación de la vigilia, facilitando el sueño (inicio y mantenimiento) sin alterar su estructura y no presenta síntomas asociados** con dependencia, tolerancia, potencial de abuso, efectos de rebote o abstinencia. Las reacciones adversas más frecuentes fueron cefalea o somnolencia.⁹
- Además, **mejoró significativamente las dificultades diurnas**, establecido mediante la primera herramienta notificada por el paciente que determina la funcionalidad diurna en pacientes con insomnio.
- La eficacia de daridorexant fue similar en todos los subgrupos de edad, sexo, raza y región. El perfil de reacciones adversas en sujetos de edad avanzada fue compatible con el de los sujetos más jóvenes.
- **Daridorexant es compatible con el uso a largo plazo, de ser necesario.** Hay datos clínicos disponibles de hasta 12 meses de tratamiento continuo y no requiere de titulación de entrada ni de retirada (A).⁸

Fármacos Z o agonistas de los receptores GABA_A (zopiclona¹⁰ y zolpidem¹¹):

- **Recomendados para el tratamiento a corto plazo del insomnio (≤4 semanas) (A).**⁶
- Se trata de **fármacos hipnóticos similares a las benzodiazepinas**, con indicación para el tratamiento del insomnio a corto plazo^{10,11} (incluyendo dificultades para iniciar el sueño, despertares nocturnos y despertar precoz) en adultos¹⁰.
- Son más **útiles en insomnios de conciliación**.
- En comparación con las benzodiazepinas:
 - Tienen una vida media más corta, por lo que son buenos inductores, pero presentan más limitaciones para mantener el sueño durante todo el periodo nocturno.
 - Tienden a presentar un inicio de acción más rápido y una menor duración de acción, aunque también pueden producir somnolencia diurna, variable en función del fármaco y la dosis.³⁶⁻³⁹ Se ha notificado que el uso a largo plazo de los fármacos Z se asocia a una pérdida del efecto hipnótico y cierta dependencia.⁴⁰ Dentro de sus reacciones adversas pueden provocar parasomnias, enuresis y sonambulismo y potenciación de fármacos sedantes.
 - No recomendados en adultos mayores a partir de los 60 años.⁴⁰

Benzodiazepinas:

- **Recomendadas para el tratamiento a corto plazo del insomnio (≤4 semanas) (A).**⁶
- En determinadas ocasiones se han utilizado en tratamientos durante periodos superiores, con una evaluación individual de las ventajas e inconvenientes de esta terapia.⁸
- Pueden tener más utilidad en casos de ansiedad comórbida.
- Las que tienen vida media más corta pueden tener menos efectos secundarios relacionados con la sedación por la mañana, pero pueden tener peores efectos sobre la función cognitiva y mayor riesgo de adicción.⁶
- Generalmente, **no se recomiendan en el tratamiento a largo plazo del insomnio debido a la falta de evidencia y posibles efectos secundarios o riesgos**, así como por la posibilidad de desarrollar **dependencia**. En aquellos pacientes que utilizan esta medicación a diario, **se recomienda la reducción a la dosis intermitente.**⁶

- Con el uso de estos fármacos, se altera la arquitectura del sueño, reduciendo las fases del sueño profundo y sueño REM.
- Es importante considerar las reacciones adversas como tolerancia, efectos de rebote, riesgo de caídas, confusión, alteración de memoria, entre otras, así como las interacciones que pueden ocurrir con otros fármacos.
- Debido a que generan depresión respiratoria, se desaconsejan en pacientes con apneas u otras enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Melatonina:

- La melatonina está disponible en la mayoría de los países europeos como melatonina de liberación retardada y melatonina de liberación rápida.⁸
- En base a la última evidencia, **la melatonina de liberación rápida no está recomendada para el tratamiento del insomnio** debido a la falta de eficacia, excepto si hay factores circadianos involucrados (A).⁸
- **Sólo tienen indicación los medicamentos con melatonina de liberación retardada de 2 mg para su uso en el tratamiento del insomnio en pacientes mayores de 55 años, durante un periodo máximo de 13 semanas.**¹³
- Actualmente las presentaciones con dosis a partir de 2 mg son consideradas como medicamentos, siendo de **dispensación exclusiva en farmacia comunitaria**, y por tanto son las únicas que tienen indicación aprobada para el tratamiento del insomnio. Al margen de esto, existen otros productos a base de melatonina, entre ellos complementos alimenticios, con dosis inferiores a estos 2 mg, y que no tienen indicación para el tratamiento del insomnio crónico.

FÁRMACOS SIN INDICACIÓN APROBADA EN FICHA TÉCNICA

Antidepresivos sedantes:

- Carecen de evidencia de calidad en ensayos clínicos aleatorizados y **no se recomiendan para el tratamiento a largo plazo del insomnio (B)**.^{6,8}
- Están **indicados en depresión que curse con insomnio**.
- Tienen mayor utilidad en insomnios de mantenimiento, de despertar precoz, no tanto en los de conciliación.
- Pueden potenciar el sueño al modular la acción de diversos sistemas neurotransmisores inductores de la vigilia, incluido el sistema histaminérgico.^{36,41-43}
- Poseen reacciones adversas frecuentes como los efectos anticolinérgicos, (sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, alteración cognitiva), efectos adrenérgicos (palpitaciones, taquicardia) o síntomas como hipotensión, mareos, incremento de peso, alteraciones sexuales, etc.
- Probablemente, los antidepresivos más utilizados como hipnóticos para el insomnio, fuera de indicación, sean la trazodona y la mirtazapina.

Antipsicóticos:

- Debido a la evidencia insuficiente y a sus efectos secundarios, **no se recomiendan para el tratamiento del insomnio crónico**, a excepción de aquellos casos en los que el **insomnio se asocie a psicosis o trastornos de conducta (A)**.^{6,8}

Antihistamínicos:

- No existe evidencia suficiente de su eficacia para el tratamiento del insomnio crónico.^{6,8}
- Generan tolerancia muy rápido.
- Presentan somnolencia al día siguiente.
- Existe riesgo de abuso con los antihistamínicos de no prescripción como doxilamina y difenhidramina.

En la figura 1 se representa lo descrito anteriormente para las distintas estrategias farmacológicas, señalando nuevamente que estas sugerencias son generales y que es necesario individualizar las decisiones terapéuticas en cada caso.

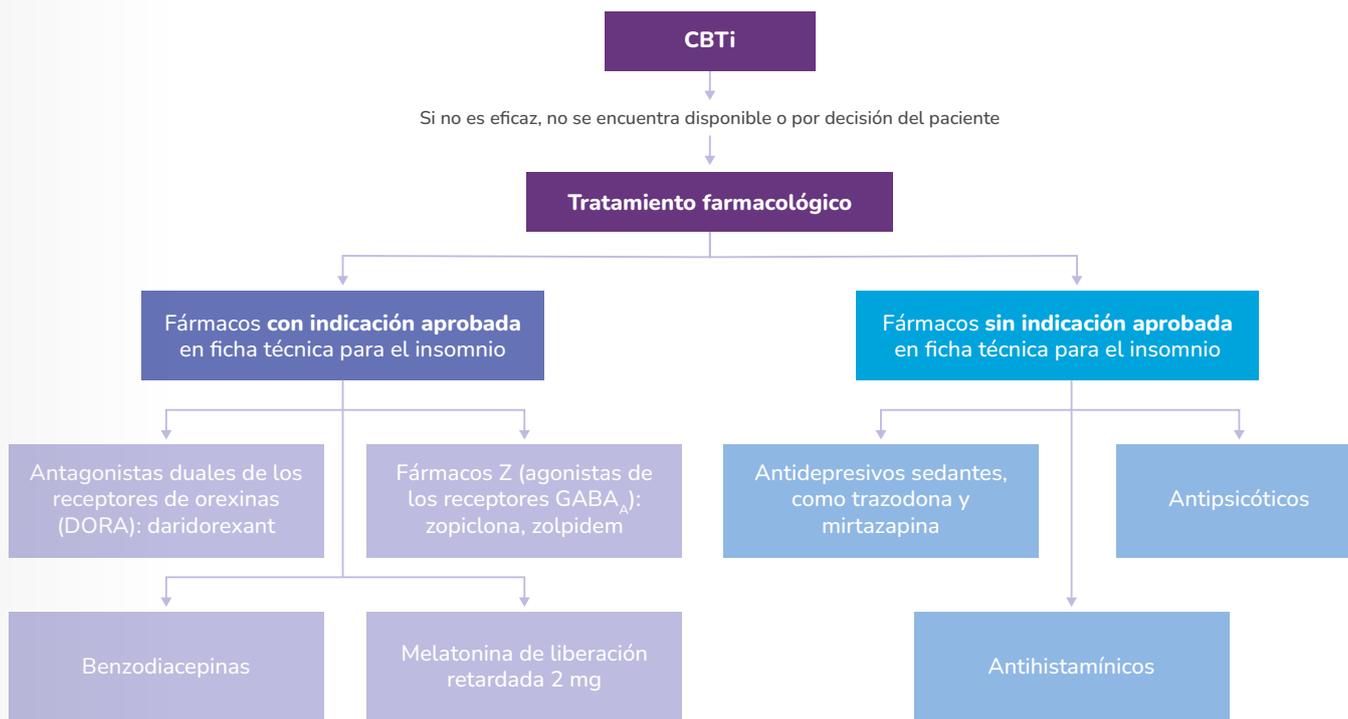


Figura 1. Estrategias terapéuticas recomendadas en el tratamiento del insomnio.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que algunos pacientes pueden tener previamente un tratamiento farmacológico indicado, o que exista la necesidad de **modificar la estrategia farmacológica inicial** por algún motivo. En este sentido, se dispone de evidencia que puede dar **soporte a la toma de decisiones y al proceso de switch o cambio de la medicación** [Anexo 8 y Anexo 9].¹⁴

Medicamentos a base de plantas medicinales:

No existe evidencia suficiente de su eficacia para el tratamiento del insomnio crónico (A).^{6,8}

Terapia de luz y ejercicio

Los regímenes de fototerapia y ejercicio pueden ser útiles como terapias complementarias (B).^{6,8}

Medicina complementaria y alternativa

La acupuntura, la aromaterapia, la reflexología podal, la homeopatía, el movimiento meditativo, la moxibustión y el yoga no están recomendados para el tratamiento del insomnio debido a la evidencia insuficiente.⁶

OTRAS RECOMENDACIONES

En base a los retos identificados en la práctica clínica habitual y de acuerdo con nuestro contexto sanitario, también sugerimos las siguientes estrategias terapéuticas:

Usar herramientas útiles

- Implementar herramientas como las descritas en los apartados de valoración diagnóstica y de gravedad, que ayuden a los profesionales sanitarios a compensar la falta de tiempo disponible para las visitas médicas.⁶
- Utilizar el manual de retirada de benzodiacepinas [Anexo 9] para el manejo de estos fármacos, el cual resume algunas estrategias para lograr su deshabitación, puede ser de utilidad en la práctica clínica.¹²

- Realizar sesiones clínicas conjuntas entre los equipos médicos y/o farmacéuticos con una visión psicoeducativa.
- Los grupos de terapia gestionados por enfermería pueden ayudar a resolver las demandas asistenciales presentes en Atención Primaria y/o consultas de CBTi.

Crear y trabajar en Unidades de Sueño

- Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud en general con las Unidades de Sueño de referencia, así como los procesos de derivación hacia estas unidades. Desarrollar protocolos que establezcan criterios de derivación claros.
- Conformar Unidades de Sueño que puedan valorar los trastornos del sueño en su totalidad, y no solamente relacionadas con algunas comorbilidades como en el caso de las afecciones respiratorias.

Trabajar de forma multi e interdisciplinar

- Para lograr un abordaje transversal se debería incluir a referentes de educación, bienestar social, farmacólogos, profesionales de salud laboral, entre otros, que puedan dar soporte y orientar al paciente en distintas áreas.

Educar

- Educar a la población sobre las distintas opciones de tratamiento y cuáles son los beneficios y limitaciones que conlleva cada una de las opciones disponibles.
- Es recomendable que los equipos de Atención Primaria incorporen en su rutina actividades comunitarias orientadas a la salud relacionada con el sueño y al sueño saludable.
- Formar a los profesionales sanitarios y a los pacientes para la deshabitación de la población a las benzodiazepinas.
- Formar a los profesionales de salud sobre las posibilidades de realizar un tratamiento no farmacológico para el insomnio.



6 | Insomnio crónico

IMPORTANCIA DEL TEMA

El modelo de las 3P sugiere que existen tres tipos de factores que actúan en la etiología y curso del insomnio: **los predisponentes, los precipitantes y los perpetuantes.**

Los factores predisponentes serían la carga genética o la personalidad del individuo, con rasgos como neuroticismo o perfeccionismo maladaptativo.⁴⁴ Sobre estos factores predisponentes pueden actuar situaciones estresantes, como problemas laborales o personales, que precipitan una alteración en la cantidad y calidad de sueño de forma aguda. El insomnio agudo es frecuente y, habitualmente, cede cuando desaparecen estos factores estresantes.

No obstante, si se establecen **dinámicas inadecuadas** y se intenta compensar lo que no se ha dormido, esto puede llevar a una **disrupción de los mecanismos homeostático y circadiano** que regulan el sueño, lo que puede provocar la **cronificación del insomnio.**²⁹

Esto quiere decir que, **tras una situación de insomnio agudo, los mecanismos compensatorios inadecuados son los que, frecuentemente, pueden actuar como perpetuantes, determinando una cronificación del insomnio.**⁴⁴

Un ejemplo de esta situación sería el adelanto de la hora de acostarse, previendo que se va a dormir poco durante la noche. Esto puede entrar en colisión con el ritmo circadiano del sujeto, que no se podrá dormir hasta la hora en la que su cerebro está programado para hacerlo. Al no poder conciliar el sueño, el paciente desarrolla una ansiedad anticipatoria cuando tiene que ir a la cama, porque sabe que lo va a pasar mal queriendo dormir sin ser capaz. Esa ansiedad, solo con ver la cama, perpetua la dificultad de conciliación. Por otro lado, si se prolonga el tiempo en cama por la mañana o se hacen siestas largas para compensar lo que no se ha dormido por la noche, la presión homeostática de sueño por la noche disminuye, y la calidad de sueño se altera progresivamente.

El **ciclo sueño-vigilia es un proceso fisiológico automático** y esto lo hace **muy vulnerable a cualquier intento de controlarlo** voluntariamente. Por este motivo, **la primera lección a interiorizar es que no se puede dormir activamente**, sino que hay que dejar que el sueño se genere sin buscarlo. Es necesario que la persona comprenda esto y no se intenten adoptar medidas que puedan llegar a ser contraproducentes, ya que puede cronificar el insomnio cada vez más.⁴⁵

Asimismo, la preocupación por no obtener un sueño de calidad, la rumiación de las consecuencias que esto puede tener a largo plazo, y la inestabilidad emocional derivada de la privación crónica de sueño, son también factores que perpetúan el insomnio.⁴⁶

Por otro lado, **el consumo de fármacos hipnóticos también puede actuar como factor perpetuante.** No es raro encontrar pacientes con insomnio resistente a tratamiento que consumen gran cantidad de fármacos hipnóticos después de una escalada progresiva buscando la “pastilla milagrosa” que les haga dormir. **A menudo, los propios fármacos alteran la arquitectura del sueño** y favorecen la aparición de despertares nocturnos, que devuelven el malestar o la hiperexcitación, impidiendo conciliar nuevamente el sueño.

Por su parte, los fármacos sedantes suelen inducir somnolencia diurna, lo que lleva a hacer siestas y restan capacidad para dormir adecuadamente por la noche.⁴⁷

En ese sentido, **los DORA, como hipnóticos no sedantes, pueden suponer una alternativa terapéutica en el caso de necesitar una aproximación farmacológica** y, en concreto daridorexant, es el único fármaco aprobado en Europa para el tratamiento del insomnio crónico en adultos.

RECOMENDACIONES

Dado que la cronificación del insomnio puede venir dada por la implementación de medidas equivocadas tomadas a lo largo de un proceso de adaptación al trastorno, se sugieren las siguientes recomendaciones:¹⁵



Involucrar al paciente activamente.

Para identificar la estrategia más adecuada, primero se debe contar con el interés y la colaboración del paciente para recuperar los hábitos de sueño saludables, así como comunicarle que la recuperación no es un proceso lineal, sino que tendrá altibajos.



Establecer un plan de modificaciones de hábitos del sueño.

Es muy importante señalar las medidas de higiene de sueño, con el fin de restablecer la adecuada sincronización de los mecanismos circadiano y homeostático que faciliten la obtención de un sueño de calidad.

La CBT-I es recomendable en estos casos y se podrían proponer objetivos como: fijar las horas de sueño, establecer un tiempo en cama y no superarlo, no intentar recuperar las horas de sueño durante el día, retirar la presión psicológica por dormir o realizar actividad física y relajante.⁶



Reducir progresivamente la medicación.

Es recomendable establecer un plan de disminución gradual de dosis de los fármacos que pueda consumir el paciente, hasta lograr retirarlos si es posible. En cualquier caso, es imprescindible involucrar al paciente en el proceso de toma de decisiones terapéuticas sopesando las opciones farmacológicas más adecuadas a su caso e informar y formar sobre nuevos mecanismos de acción disponibles que puedan aportar valor terapéutico al paciente.

7 | Insomnio crónico y trastornos adaptativos

IMPORTANCIA DEL TEMA

El **estrés** percibido es la evaluación de una persona sobre el nivel de amenaza de los factores estresantes, así como su capacidad para reaccionar frente a los mismos. La **hiperactivación**, proceso biológico normal en adolescentes y adultos jóvenes, y el **mal manejo del estrés** pueden ser claves en el desarrollo de la ansiedad, insomnio y, eventualmente, depresión.¹⁶

La prevalencia de trastornos adaptativos con presentación de síntomas depresivos y de ansiedad, incluyendo insomnio en pacientes jóvenes, se **ha ido incrementando en los últimos años** y de modo exponencial tras la pandemia de COVID-19.^{16,48} Además, se ha informado de un aumento de los niveles de estrés percibido en asociación con el insomnio.¹⁶ Es por ello por lo que, durante la pandemia de COVID-19, se prestó especial atención a las alteraciones de la salud mental, ya que muchas personas sufrieron angustias psicológicas como ansiedad, depresión y cambios cognitivos, en especial el personal sanitario.¹⁶

La evidencia señala que el **estrés percibido se encuentra asociado con la depresión y que el insomnio juega un papel mediador en esta asociación.**

Estos hallazgos sugieren que las intervenciones o estrategias que mejoran el insomnio pueden ser útiles para reducir, tanto directa como indirectamente, la gravedad de la depresión, así como predecir el desarrollo de los trastornos afectivos.¹⁶

RECOMENDACIONES

Reconocer **el papel del insomnio como mediador en la generación de síntomas depresivo-ansiosos es muy relevante a la hora de considerar acciones terapéuticas** para mejorar la interrelación entre la ansiedad, el insomnio y la cronificación de los síntomas afectivos.¹⁶ Para ello, se proponen distintas estrategias:

Desmitificar creencias acerca de los trastornos del sueño en adolescentes y adultos jóvenes.

En esta población es **común aceptar hábitos de sueño no saludables**, por ejemplo, debido a salidas nocturnas, estrés por motivos académicos u ocio nocturno ligado a las redes sociales. Es importante **visibilizar esta problemática para evitar el infradiagnóstico e infratratamiento.**

Relacionar al insomnio como un predictor de suicidio.

Se debe incidir en la **relevancia del insomnio en la patogenia de cuadros afectivos y, eventualmente, en las tasas de suicidio**, ya que el tratamiento precoz puede reducir el impacto de estas situaciones.¹⁷ El daño producido por estos trastornos en un sistema nervioso central en desarrollo es mayor en comparación con otras poblaciones.

Limitar la farmacoterapia.

Debido a la caracterización de estos pacientes, es recomendable **evitar el uso de fármacos**, no sólo por los efectos secundarios, sino por el riesgo de tolerancia, dependencia y, fundamentalmente, de abuso.

Identificar a personas vulnerables con mal control del estrés y alta reactividad al mismo.

Fomentar una adecuada higiene del sueño.

Es importante fomentar una **buena higiene del sueño**: horarios, uso de pantallas, consumo de cafeína, estimulantes, drogas, alcohol, etc., así como la **adquisición de hábitos a través de técnicas específicas**.

Usar la terapia cognitivo-conductual.

La **terapia cognitivo-conductual** puede utilizarse tanto para el **manejo de la ansiedad** como, específicamente, para **tratar el insomnio**. Los tratamientos pueden ser a nivel unipersonal o en grupo, presencial u online, en la escuela o en el trabajo, etc.

8 | Insomnio crónico y trastorno mixto de ansiedad y depresión

IMPORTANCIA DEL TEMA

En Europa se estima que, cada año, un 38,2% de la población sufre un trastorno mental.⁴⁹ Los trastornos más frecuentes en la población general son trastornos de ansiedad (14%), insomnio (7%) y depresión mayor (6,9%), constituyendo una causa importante de discapacidad.⁴⁹

En España, hasta 2020, **el 5,84% y el 5,28% de la población declaró haber sido diagnosticado con ansiedad crónica o depresión**, respectivamente. En ambos trastornos se observó una mayor frecuencia en mujeres.⁴⁹

La depresión y la ansiedad pueden comenzar en la infancia y adolescencia, aunque el mayor riesgo de presentar una mala salud mental se observa en los grupos de mayor edad.⁴⁹ También se han observado variaciones de acuerdo con el contexto geográfico, socioeconómico, sanitario y laboral.⁴⁹

En cuanto al tratamiento, según los datos aportados por la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2020, un 4,77% de la población de 15 años o más refirió haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses (5,49% de las mujeres y 4% de los hombres).⁴⁹

Sin embargo, **el 10,86 % de los mayores de 15 años declaró haber consumido medicamentos tranquilizantes, relajantes o para dormir en las últimas 2 semanas** (14,19% de las mujeres y 7,35% de los hombres) y **el 4,52% antidepresivos o estimulantes** (6,33% de las mujeres y 2,6% de los hombres).⁴⁹

En este sentido, según el análisis de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) 2017, el 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 años o más retiró de la farmacia al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio.⁴⁹

RECOMENDACIONES

Para definir estrategias terapéuticas dirigidas a mejorar el insomnio en un contexto de ansiedad y depresión, es necesario entender que **la etiología de estos trastornos es multifactorial**.⁷ Así, además de considerar las recomendaciones descritas en el apartado 4 sobre el abordaje general del insomnio, se recomienda:

Evaluar las condiciones de vida del paciente, cribar para el trastorno de insomnio en población vulnerable y fomentar hábitos de vida saludables.

Es importante **considerar factores predisponentes biológicos y psicosociales**, así como aquellos aspectos que pueden actuar como precipitantes y mantenedores de estos trastornos. Los factores predisponentes podrían ayudar a identificar a la población vulnerable a sufrir insomnio, ya que estos factores se relacionan con un modo no adaptativo de afrontar el estrés y la internalización de las emociones negativas, lo cual **favorece un estado de hiperactivación fisiológica, cognitiva y emocional** que altera el sueño y puede provocar insomnio.⁷

Fomentar la deshabitación de hipnosedantes.

Es necesario conocer que el patrón de **consumo común de fármacos para el tratamiento de ansiedad y depresión es mayor en mujeres y se incrementa con la edad.**⁴⁹ Además, existe un gradiente social en relación con localidad geográfica, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio por habitantes.⁴⁹ El contexto sanitario también es importante, ya que, por ejemplo, la situación de pandemia por COVID-19 ha generado consecuencias importantes en la salud mental de la población, generando un **mayor consumo de psicofármacos** como tranquilizantes o hipnóticos.⁴⁹

Tratar el insomnio y las condiciones comórbidas.

En línea con el abordaje multidisciplinar propuesto anteriormente, en este escenario es importante que todos los profesionales que intervienen en la asistencia de estos pacientes lo hagan alineados hacia un mismo objetivo de trabajo. En este sentido, se pueden realizar **sesiones clínicas transversales** que ayuden a resolver casos complejos de una manera integral.

9 | Insomnio crónico en enfermedades psiquiátricas mayores

IMPORTANCIA DEL TEMA



de los pacientes con **depresión mayor** pueden sufrir de **insomnio**⁵⁰

Los trastornos afectivos han sido la categoría psiquiátrica en que mejor se han estudiado los patrones del sueño. Los principales trastornos del estado de ánimo son los depresivos y los bipolares, donde **un 90% de los pacientes con depresión mayor pueden sufrir de insomnio**.⁵⁰

Las **alteraciones del sueño son más frecuentes e intensas en los periodos agudos, pero pueden llegar a cronificarse**, identificándose cambios polisomnográficos característicos en cuanto a la ruptura de la arquitectura del sueño en fase REM, y anomalías en las fases iniciales no REM.²⁰

En las psicosis, como en la esquizofrenia y en el trastorno esquizoafectivo, la fase de sueño suele estar retrasada y los pacientes muestran dificultades para iniciar y mantener el sueño, si bien prolongan su sueño hasta entrada la mañana. Las causas podrían estar relacionadas con el desorden conductual y el uso crónico de medicación neuroléptica. Aun así, en pacientes libres de medicación, el nivel de psicosis se ha correlacionado inversamente con la eficiencia y el tiempo total del sueño. Estos aspectos también se ven reflejados en las alteraciones de la arquitectura del sueño, observadas objetivamente en la polisomnografía.

RECOMENDACIONES

Es importante reconocer que el tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas puede tener un impacto en la generación de otros trastornos como el insomnio,¹⁸ por este motivo, además de las recomendaciones generales descritas en el apartado 4 sobre el abordaje general para el insomnio, es recomendable tener en cuenta:

Modular el impacto de los fármacos antidepresivos en el sueño.

Estos fármacos poseen diversos **efectos en la arquitectura del sueño**, incluidos los cambios en el sueño con movimientos oculares rápidos y en el sueño de ondas lentas.^{20,50}

Disminuir el consumo de benzodiazepinas.

Como ya se ha comentado anteriormente, en España se consumen **110 dosis de benzodiazepinas al día por cada 1.000 habitantes**, un volumen muy superior a otros países europeos como Bélgica, Portugal o Alemania (consumo más bajo de la región, con una 0,4 dosis al día cada 1.000 habitantes).¹⁹

Como alternativa, se sugiere **considerar el uso de hipnóticos no benzodiazepínicos, como zopiclona o zolpidem**, así como la prescripción de fármacos que anulan la acción de la proteína hipocretina u orexina, como daridorexant, en especial en las alteraciones del sueño asociadas con la edad, ya que estos fármacos han demostrado que reducen la vigilia y poseen una mejor tolerancia, así como menos efectos secundarios.⁵¹ Como líneas de investigación farmacológicas a futuro se están estudiando las vías de la histamina y de la adenosina.⁵¹

Evitar la cronificación del insomnio.

De nuevo, es necesario **avanzar en el diagnóstico del insomnio y, sobre todo, conseguir que un insomnio de inicio agudo, a partir de un desencadenante, no se cronifique**. Tratar precozmente a estos pacientes significaría no tener un porcentaje tan elevado de personas insomnes que sufren el trastorno durante años.

El tratamiento del insomnio en el manejo de trastornos adaptativos con ansiedad debe tomarse en consideración en pacientes jóvenes como prevención del paso o a la cronificación de trastornos afectivos.¹⁶

Mejorar o restablecer hábitos saludables de sueño.

Con el asesoramiento de especialistas en CBTi es posible controlar los problemas de insomnio en un plazo de entre tres y seis meses, con 5 a 10 sesiones.⁵²



10 | Insomnio crónico y abuso de sustancias

En este capítulo se ha destacado el abuso de aquellas sustancias que, por sus características sociales o clínicas, son relevantes en el abordaje del insomnio.

10.1 Alcohol

IMPORTANCIA DEL TEMA

Los **trastornos del sueño son comunes entre las personas que sufren de abuso del alcohol.**⁵³ Estas alteraciones del sueño suelen estar **asociadas con la abstinencia y las recaídas**, ya que, si una persona dependiente del alcohol no puede dormir bien, es más probable que vuelva a beber.⁵³ De esta manera, **la relación entre el trastorno por consumo de alcohol y el insomnio es bidireccional**, ya que el consumo de alcohol puede alterar la arquitectura del sueño y provocar insomnio, a la vez que el insomnio puede aumentar el riesgo de consumo y dependencia del alcohol.²¹

Existen múltiples **alteraciones del sueño relacionados con el abuso de alcohol, como la duración y eficacia del sueño, despertares nocturnos, pesadillas, entre otras.** Las dosis moderadas de esta sustancia disminuyen la duración del sueño REM, mientras que las dosis altas disminuyen la latencia de inicio del sueño y la eficiencia del sueño.²¹ Además, el alcohol aumenta el sueño de ondas lentas y el sueño en fase 2 pero alarga la latencia REM y reduce el porcentaje de sueño REM.²¹

RECOMENDACIONES

Las estrategias terapéuticas de estos pacientes se pueden clasificar de acuerdo con la prevención y tratamiento del insomnio y el alcoholismo.

Difundir información a la población y establecer un diagnóstico precoz como medidas de prevención.

Se pueden realizar **iniciativas y campañas de información y difusión, así como de prohibición**, aunque tienen un éxito limitado en su finalidad de prevenir estos escenarios y sus consecuencias. Existen muchas dificultades para el reconocimiento del consumo problemático de alcohol y la búsqueda de ayuda, así como poca motivación para el cambio por parte de las personas alcohólicas, debido a la pérdida del control inhibitorio prefrontal y las alteraciones en el sistema de recompensa.⁵⁴

Psicoterapia.

Las terapias conductuales, incluida la CBTi, han demostrado ser eficaces para mejorar la eficiencia del sueño en personas con trastornos relacionados con el alcohol y trastornos del sueño.⁵³ También se pueden considerar terapias grupales, además de las individuales, que ayudarían a solventar los problemas de disponibilidad que experimentan algunos centros para estas terapias.

Los tratamientos farmacológicos para el insomnio en la enfermedad alcohólica tienen una **eficacia desigual**.²¹

Trazodona

La trazodona, a pesar de ofrecer un beneficio a corto plazo sobre la calidad del sueño, podría impedir una reducción en el consumo de alcohol en el período posterior a la desintoxicación, así como un aumento del consumo de alcohol cuando se suspende el tratamiento.^{21,54,55}

Anticonvulsivos

Se ha observado que la **carbamazepina tiene un efecto estadísticamente significativo para mejorar la calidad del sueño, en comparación con el lorazepam, en pacientes con una abstinencia alcohólica de leve a moderada**. Sin embargo, el uso de anticonvulsivos para el insomnio en esta población es limitado y se necesitan más investigaciones para establecer su perfil de eficacia y seguridad.⁵⁶

También se han explorado otros anticonvulsivos, como la gabapentina, como posibles tratamientos para el insomnio en pacientes con enfermedad alcohólica, pero las pruebas sobre su eficacia son limitadas y es necesario realizar más investigaciones.^{56,57}

Antipsicóticos

Este grupo de fármacos ha sido evaluado como un posible tratamiento para el insomnio en pacientes con enfermedad alcohólica en recuperación. La **quetiapina mejora el sueño, pero estas mejoras no se mantienen en el largo plazo**. Dado que existe preocupación por el uso indebido y el abuso de la quetiapina, se han estudiado otras alternativas como la olanzapina y la risperidona, pero su eficacia en el tratamiento del insomnio en esta población no está clara.⁵⁶

Con todo, y en relación con estos dos grupos, aunque la gabapentina y la quetiapina han demostrado una mejora en la calidad del sueño en algunos estudios, es necesario realizar más investigaciones para poder ponderar mejor el riesgo beneficio.²¹

Por otro lado, también es importante señalar el papel de las **nuevas moléculas** con nuevas dianas terapéuticas, como los DORA, los receptores del ácido gamma-aminobutírico y los receptores de melatonina y serotonina.⁵⁶

DORA

No existen datos específicos sobre el uso de daridorexant en pacientes con antecedentes de abuso o adicción al alcohol. Aun así, en los estudios clínicos de daridorexant en sujetos con insomnio, **no se observó abuso o síntomas de abstinencia indicativos de dependencia física tras la suspensión del tratamiento**. Con todo, debido a que los sujetos con antecedentes de abuso o adicción al alcohol o a otras sustancias pueden presentar mayor riesgo de abuso de daridorexant, estos pacientes se deben supervisar estrechamente.⁹

Además, se debe advertir a los pacientes respecto al consumo de alcohol durante el tratamiento con daridorexant, ya que puede aumentar el **riesgo de alteración del equilibrio y la coordinación**.

En sujetos sanos, **el consumo concomitante de alcohol resultó en una absorción prolongada de daridorexant** (el t_{\max} aumentó en 1,25 h) pero no la exposición a daridorexant (C_{\max} y AUC) o el $t_{1/2}$.

10.2 Benzodiacepinas

IMPORTANCIA DEL TEMA

Los **hipnóticos**, incluidos los fármacos Z, los agonistas de los receptores de la melatonina, los antagonistas de los receptores de orexina y los antidepresivos con efectos hipnóticos, **se utilizan ampliamente para tratar a la mayoría de los pacientes que sufren de insomnio**.²³

Sin embargo, actualmente existe el fenómeno del **uso no médico y el abuso de hipnóticos sedantes**, principalmente

benzodiazepinas y fármacos Z. Este tipo de abuso de drogas puede conducir a la dependencia mental y física, deterioro cognitivo, ansiedad y depresión, mayor riesgo de caídas y muerte.^{23,58} Por lo tanto, la efectividad y la seguridad de los hipnóticos sedantes deben verse periódicamente en la clínica, y es necesario realizar una evaluación objetiva y científica de su posible abuso con vistas al fracaso clínico.²³

Los medicamentos que tienen más probabilidades de provocar abstinencia son alprazolam, lorazepam, triazolam, y otros distintos de las benzodiazepinas, como paroxetina, venlafaxina, flufenazina, perfenazina, clozapina y quetiapina.⁵⁹

RECOMENDACIONES

Para este escenario se ofrecen recomendaciones tanto para pacientes ya en tratamiento como sin tratamiento previo con benzodiazepinas.

Evitar la prescripción de benzodiazepinas.

Antes de la prescripción de estos medicamentos, es necesario **valorar si el paciente presenta algún factor que pueda aumentar el riesgo de desarrollar problemas asociados con la dependencia** (diagnóstico, historial de abuso de drogas o alcohol, entre otros). También es importante descartar otras alternativas farmacológicas y no farmacológicas previamente, así como **considerar posibles interacciones con otros fármacos**, como los opioides, que desaconsejen la prescripción concomitante.

De considerar la prescripción de benzodiazepinas igualmente, se debe **informar debidamente de los riesgos asociados y tomar la decisión de prescribir bajo el modelo de decisiones compartidas**, integrando activamente al paciente en la decisión. Posteriormente, se debe buscar la **dosis mínima eficaz**, planificar las **revisiones** y, fundamentalmente, determinar una **fecha previsible de retirada** del fármaco.

Evitar el abuso de benzodiazepinas.

Debido a los efectos negativos de la **pandemia de COVID-19** sobre la salud mental, hubo un aumento de las tasas de depresión, insomnio y trastorno de estrés postraumático, lo que llevó a un **incremento del consumo** de estos fármacos. De hecho, el abuso de estos fármacos se consideró como una **epidemia dentro de la propia pandemia**.⁵⁸

La **tendencia actual con respecto al consumo de benzodiazepinas es fluctuante**, y los profesionales de la salud deben **seguir actuando con cautela** antes de recetar benzodiazepinas.⁵⁸ Se necesitan más investigaciones para conocer los patrones cambiantes y evitar el uso indebido o el abuso a nivel epidémico.⁵⁸

Por otro lado, cuando estos medicamentos son **utilizados a largo plazo, principalmente fuera de indicación, o en dosis altas, pueden conducir a la dependencia, la tolerancia, el insomnio de rebote y el abuso**.²³

Fomentar la deshabitación y retirada de las benzodiazepinas y fármacos Z.

Cuando se disminuyen, se suspenden o se cambian los medicamentos psicotrópicos pueden producirse síndromes de abstinencia. Para evitarlos, es necesario realizar una **retirada paulatina del fármaco e integrar activamente al paciente** bajo el modelo de decisiones compartidas.^{12,14}

Las directrices recomiendan una cuidadosa **reducción gradual de las benzodiazepinas y los fármacos Z reduciendo lentamente la dosis y la frecuencia** de administración y cambiando de medicamentos de acción corta a medicamentos de acción prolongada.^{14,60,61} En este sentido, cabe señalar la utilidad de la **formulación magistral**, que permitirá disminuir la dosis de fármaco de la forma más adecuada incluso cuando no existen presentaciones comerciales con la dosis necesaria por el paciente.

En base a la experiencia clínica, la terapia CBTi, la mejora de la higiene de sueño y los fármacos con mecanismos de acción diferentes, como los DORA (siempre que estén indicados), pueden ayudar en este sentido.

10.3 Cannabis

IMPORTANCIA DEL TEMA

La **prevalencia de insomnio entre las personas con adicción a las drogas es mayor que entre la población general**, e, igual que con el alcohol, se trata de una **relación bidireccional**: las personas con insomnio son más propensas a consumir drogas.²²

Aunque esto es así para diferentes sustancias, como la cocaína, es especialmente **relevante el uso y consumo de producto de cannabis**, por su uso más **frecuente** y su **banalización** entre la población.

En los últimos años, se ha extendido el **interés en utilizar productos de cannabis con fines terapéuticos**, incluso para mejorar los resultados del sueño, como reducir los síntomas del insomnio.⁶² Sin embargo, **los beneficios pueden ser temporales y, con el tiempo, su uso puede volverse perjudicial**. Así, factores como el **aumento de la tolerancia y la abstinencia** después del uso crónico pueden provocar **alteraciones del sueño**, probablemente debido al impacto en el sistema endocannabinoide del cerebro.⁶³⁻⁶⁵

La disparidad de resultados en la literatura sobre si el cannabis beneficia o perjudica el sueño se debe fundamentalmente al hecho de que **el cannabis se compone de más de 100 sustancias potencialmente psicoactivas** cuyos efectos no se conocen en profundidad.⁶⁶ También se puede relacionar con diversos factores de confusión como la edad, el sexo o la raza, y a que los estudios epidemiológicos transversales no permiten atribuir causalidad a los resultados. Con todo, el factor **edad** (mayor repercusión negativa sobre el sueño cuando más jóvenes) parece ser el más determinante.

El **consumo de marihuana que contiene Δ 9-Tetrahidrocannabinol (Δ 9-THC) y cannabidiol (CBD), afecta la estructura del sueño y alteran aún más el desarrollo de neuronas** en el cerebro de los adolescentes.⁶⁷ Estas alteraciones del sueño se han observado en un 30% de los consumidores de marihuana.⁶⁷

Aunque el porcentaje de consumo de marihuana entre los adolescentes es menor que el consumo de alcohol o café, la evidencia sugiere que su **percepción es que la marihuana es menos peligrosa que otras sustancias** y, en consecuencia, la utilizan con frecuencia.⁶⁷

RECOMENDACIONES

La evidencia disponible para este escenario de insomnio en relación con el consumo de cannabis es limitada. Los aspectos metodológicos de los estudios actuales no permiten realizar recomendaciones claras y específicas.

El cannabis no es un producto sanitario, por lo que no pasa por los mismos controles que un medicamento. En este sentido, **no existen productos farmacéuticos a base de cannabis para el tratamiento del insomnio**.

11 | Insomnio crónico y tecnologías digitales

IMPORTANCIA DEL TEMA

El **uso excesivo de tecnologías digitales** ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un **problema de alcance global** que conlleva una incapacidad en el manejo adecuado del tiempo, la energía y la atención durante el día, pudiendo provocar alteraciones del sueño o insomnio durante la noche.^{24,25}

Esta problemática ha cobrado mayor relevancia en relación con la pandemia de COVID-19, afectando **mayormente a adolescentes y adultos jóvenes, aunque no exclusivamente, y cada vez se puede observar un uso inadecuado en edades más tempranas.**²⁴ Además, se han observado distintos patrones de uso en hombres y mujeres, ya que los primeros tienden a utilizar más videojuegos, mientras que las mujeres hacen un mayor uso de redes sociales.²⁴

El DSM-5-TR y el CIE-11 han incluido a las alteraciones del sueño dentro de las consecuencias clínicas relacionadas con el uso excesivo de las tecnologías digitales, al igual que el *distress* emocional, ansiedad, depresión, alteraciones mnésicas, trastornos en la conducta alimentaria, retraimiento y, eventualmente, aislamiento social.²⁴ En casos extremos, estas consecuencias pueden llevar al suicidio.²⁴

En cuanto a la causalidad, se ha propuesto que pueden intervenir **alteraciones en los sistemas gabaérgicos y glutamatérgicos similares al efecto en el uso crónico de sustancias,** alteraciones en el balance entre vías serotoninérgicas y dopaminérgicas, en la plasticidad neuronal y en el metabolismo de melatonina y vitamina D.²⁴ Estos mecanismos determinan un **estado de permanente activación** que impide la relajación necesaria para iniciar el sueño.²⁴ Asimismo, la exposición a la luz azul de los dispositivos electrónicos antes de dormir también influye en la inhibición de la secreción de melatonina.²⁴ La privación del sueño y la depresión se retroalimentan mutuamente, ya que intervienen aspectos como menor exposición a la luz solar, poca actividad física, mala alimentación, aislamiento social, entre otros.²⁴

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los distintos retos identificados en relación con esta problemática, se proponen recomendaciones tanto de prevención como de tratamiento.

Concienciar a la sociedad acerca de las consecuencias del abuso de las tecnologías digitales.

Es necesario **evitar la banalización de los riesgos y la exposición temprana a las tecnologías digitales,** las cuales muchas veces son promovidas a nivel familiar y social. También es importante identificar los factores predisponentes que puedan existir a nivel personal o que provengan del entorno. Para lograr que estas medidas sean efectivas, los profesionales sanitarios deben cumplir principalmente el rol de **informar y sugerir posibles estrategias,** así como orientar acerca de Programas de Salud Pública y psico-educativos, **que puedan ayudar a abordar esta temática de manera transversal.**

La evidencia actual demuestra que el uso de medios digitales, particularmente a la hora de acostarse y durante la noche, puede resultar en acostarse más tarde, menos tiempo de sueño, peor calidad del sueño y cansancio durante el día. Es necesario generar una mayor conciencia sobre el uso de la pantalla y la activación antes de dormir.^{25,68,69}

Informar a la población específicamente sobre los cambios cerebrales que determinan cambios en los sistemas de recompensa.

Una de las mayores dificultades para poder realizar una intervención eficaz se debe a la poca motivación para el cambio por parte del paciente. Esto se debe a que ocurre una **pérdida de control inhibitorio prefrontal** y se generan **alteraciones en los sistemas de recompensa**, por lo que es fundamental realizar una **comunicación específica para informar** adecuadamente a la población sobre estos efectos. Es importante señalar que esta comunicación puede ser tomada de manera negativa por parte del paciente, ya que se trata de establecer un proceso “en contra” de su sistema de recompensa, por lo que se pueden generar resistencias al tratamiento. Con todo, es necesario **continuar informando sobre los peligros de estas conductas sin culpabilidad al paciente**.

Psicoterapia.

Como en los casos anteriores, la CBTi es la terapia de elección para el tratamiento del insomnio. Además, se pueden considerar otras alternativas, como *mindfulness*. Se recomienda **adoptar conductas rutinarias, nocturnas y disciplinadas desde una edad temprana**, que incluyan un toque de queda con dispositivos electrónicos. Esto puede ayudar a generar una base saludable durante los próximos años y también puede extenderse a un enfoque de “apagar las luces” para garantizar el aumento de los niveles de melatonina y la disminución de los niveles de adenosina.⁶⁹

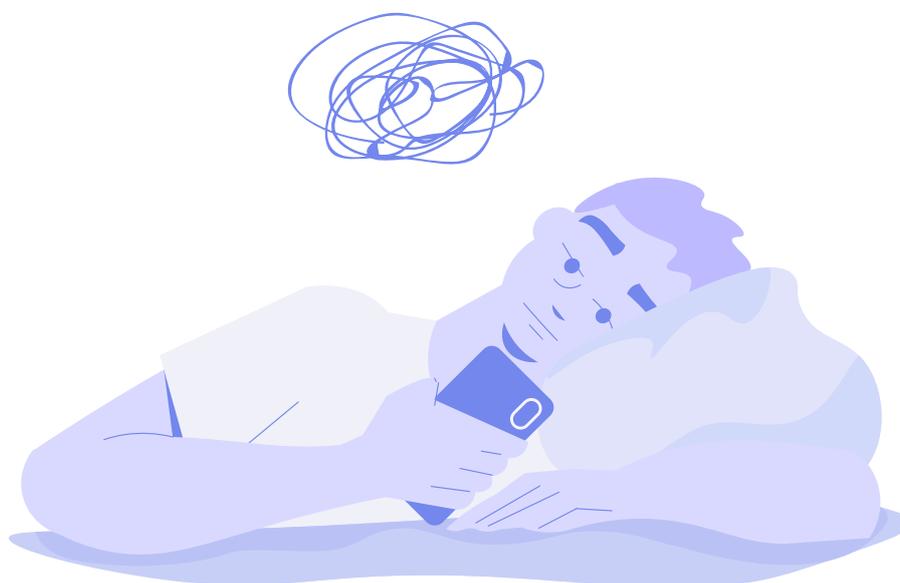
Farmacoterapia.

Los fármacos que tienen **efectos sobre los sistemas de serotonina y/o dopamina**, como antidepresivos y antipsicóticos, pueden ser una opción válida para tratar estos casos.

Se ha estudiado también el papel del sistema de **orexinas** en el comportamiento de búsqueda-recompensa y la adicción. La disminución de la señalización de orexinas puede limitar el insomnio y la hipermotivación, y quizás también limitar la plasticidad de la respuesta en las neuronas orexinérgicas.⁷⁰⁻⁷² Los DORA, al antagonizar la acción de las orexinas, podrían ser otra alternativa terapéutica.

Otras terapias biológicas.

Se dispone de otras estrategias que pueden ser consideradas en estos escenarios, como la estimulación del nervio vago, la estimulación magnética transcraneal, la estimulación cerebral profunda, y la estimulación binaural.



12 | Insomnio crónico en la mujer en edad adulta

12.1 Perimenopausia y menopausia

IMPORTANCIA DEL TEMA

El periodo de la perimenopausia y la menopausia suponen cambios importantes en la fisiología femenina, los cuales, a menudo, se acompañan de alteraciones en el sueño. **La frecuencia de insomnio en estas etapas de la vida se incrementa notablemente.** Paralelamente, también aumenta la frecuencia de otros trastornos de sueño, como la apnea obstructiva durante el sueño o el síndrome de piernas inquietas, que, en ocasiones, pueden manifestarse como un sueño de mala calidad, fragmentado o con dificultades de conciliación y ser confundidos con un trastorno de insomnio.

El estudio SWAN (*Study of Women's Health Across the Nation*), mostró que, mientras la prevalencia de trastornos de sueño en la etapa premenopáusica oscilaba entre el 16% y 42%, en la perimenopausia se elevaba hasta el 39-47%, llegando al 35-60% en la menopausia.⁷³ Este **incremento en la frecuencia de trastornos de sueño obedece a varios factores.**

En primer lugar, los **cambios hormonales**, con reducción de los niveles de estrógenos y progesterona y desaparición de los ciclos ováricos, ocasionan por sí mismos, y por los fenómenos disautonómicos que ocasionan, con crisis de sofocación y sudoración, frecuentemente hípnicas, una alteración importante en la calidad y cantidad de sueño. Estos se relacionan con los **trastornos de ánimo y ansiedad**, cuya prevalencia aumenta con la edad, debido a cambios sobre las áreas cerebrales con receptores estrogénicos.

Además, como ya se ha comentado anteriormente, se producen **cambios fisiológicos en el sueño** que ocurren con la edad, de modo que el sueño se hace más fragmentado, corto y menos rico en sueño profundo y sueño REM a medida que se envejece.

Finalmente, **problemas físicos asociados a la edad**, como dolores articulares, necesidad de orinar más a menudo, que favorece la nicturia, o aparición de enfermedades crónicas, son también causa de pérdida de calidad de sueño.⁷⁴⁻⁷⁶

RECOMENDACIONES

Tras la consideración de las medidas ya mencionadas en el abordaje general del insomnio en el apartado 4, especialmente las relacionadas con la CBT-I y los hábitos de sueño saludables, en esta población es relevante prestar importancia a las siguientes recomendaciones específicas:

Reducir los síntomas provocados por déficits hormonales, principalmente en relación con los sofocos y la sudoración nocturna.

La **terapia hormonal sustitutiva**, tanto con los regímenes orales como transdérmicos, suponen un **impacto positivo sobre la calidad de sueño** de estas pacientes, si bien estos últimos consiguieron un mayor beneficio.

En ese sentido, tanto los preparados con **17-beta estradiol como los conjugados estrogénicos equinos** consiguieron mejorar los síntomas debidos al déficit hormonal y mejorar la calidad de sueño.

Por su parte, solo la **combinación de estrógenos con progesterona** ha demostrado ser eficaz para mejorar la calidad de sueño en mujeres postmenopáusicas, pero no así los preparados con estrógenos solamente. Esto se ha atribuido al efecto gabaérgico de la progesterona.

Un inconveniente de la terapia hormonal puede ser el incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, trombosis venosas o cáncer de mama, por lo que la **idoneidad de la terapia sustitutiva hormonal debe valorarse individualmente según las características de cada paciente.**^{77,78}

Tratar los síntomas vasomotores.

Ya sea mediante la **terapia hormonal sustitutiva, gabapentina, inhibidores de la recaptación de serotonina y duales serotonina-noradrenalina.**

Fármacos como la paroxetina, el escitalopram, la venlafaxina, la desvenlafaxina o la mirtazapina han mostrado **eficacia en la reducción de síntomas vasomotores**, mejorando de esta forma la calidad de sueño.⁷⁹ No obstante, hay que ser **cuidadoso en el empleo de fármacos como la venlafaxina, de perfil excitador**, por el riesgo de agravar el insomnio, aunque mejoren los síntomas vasomotores.⁸⁰

La utilidad de fitoestrógenos, como las isoflavonas, es controvertida, y su efectividad debe ser estudiada más exhaustivamente.⁸¹⁻⁸³

Ejercicio.

Un reciente metaanálisis ha concluido que **la práctica regular de ejercicio físico**, en sesiones de 30 a 60 minutos más de 3 veces por semana, **contribuye significativamente a mejorar la calidad de sueño en mujeres perimenopáusicas.**⁸⁴

Farmacoterapia.

En el caso de tener que instaurar un tratamiento farmacológico, se debe evitar el uso de benzodicepinas y optar por fármacos Z, como zopiclona o zolpidem, melatonina de liberación retardada o daridorexant. En casos de depresión asociada, antidepresivos de acción sedante como paroxetina, mirtazapina o trazodona pueden ser útiles.^{85,86}

12.2 Embarazo y lactancia

IMPORTANCIA DEL TEMA

Muchos trastornos comunes del sueño o asociados, como la apnea obstructiva del sueño o el síndrome de piernas inquietas, pueden **aparecer o exacerbarse en las mujeres durante el periodo perinatal.**⁸⁷ Además, es importante señalar que muchas veces es necesario **modificar las estrategias terapéuticas debido al embarazo o la lactancia.**⁸⁷

El insomnio es frecuente en las mujeres embarazadas, sobre todo en el tercer trimestre, y se relaciona con la depresión gestacional y el tabaquismo.⁸⁷ Se estima que un **40% de las mujeres pueden tener sueño de mala calidad en el periodo perinatal.**⁸⁷ Así mismo, el insomnio empeora a medida que se acerca el parto, lo que afecta a la tolerancia al dolor y aumenta el riesgo de partos más prolongados, prematuros y cesáreas.⁸⁷ Así, los trastornos del sueño aumentan a medida que avanza el embarazo, pudiendo alcanzar un **52-61% en las últimas 8 semanas de gestación**, con una media de 2 a 3 despertares nocturnos.⁸⁷

Por otro lado, **los problemas de insomnio pueden persistir después del parto**, especialmente entre las mujeres que se sometieron a una cesárea. Además, mientras que la lactancia materna puede aumentar la duración total del sueño de la madre, el colecho, es decir, compartir la cama con el bebé, puede interrumpir su sueño.⁸⁷ Por último, el cuidado del bebé puede afectar al sueño de la madre, ya que entre el 20 y el 30% de los bebés sufren cólicos durante los primeros meses de vida.⁸⁷

RECOMENDACIONES

Es muy importante tratar el insomnio durante el embarazo y/o la lactancia, ya que puede suponer **múltiples consecuencias tanto para la salud de la madre como para el desarrollo de la criatura**, y es un **factor de riesgo de depresión posparto**.⁸⁷

En este sentido se recomienda:

Usar terapia cognitivo-conductual (CBT-I).

Este enfoque cognitivo y conductual ya ha sido mencionado dentro de las medidas generales para el abordaje del insomnio, pero **en esta población cobra especial relevancia**, ya que **se desconoce el perfil teratogénico de la mayoría de los fármacos hipnóticos, o su paso a través de la leche materna**, por lo que **se desaconseja el uso de la farmacoterapia**.⁸⁷

El objetivo ha de ser **fortalecer el ritmo circadiano de la madre así como las medidas para favorecer la higiene del sueño**, influyendo decisivamente en el establecimiento del ritmo circadiano del neonato.

Abordar adecuadamente las comorbilidades.

En aquella comorbilidad de trastornos primarios de sueño que pueda estar relacionada o desencadenada por el embarazo, se deberá evaluar las estrategias terapéuticas de manera individualizada, como podría ser el uso de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) para casos de apnea obstructiva del sueño, o la suplementación con hierro en el síndrome de piernas inquietas gestacional.

13 | Insomnio crónico y dolor

IMPORTANCIA DEL TEMA

La **prevalencia de insomnio en pacientes con dolor crónico es mayor que en la población general**, y supone una reducción significativa de la calidad de vida y la capacidad cognitiva del paciente, así como una predisposición a sufrir ansiedad y depresión.²⁶

El insomnio en contexto de dolor se puede asociar a **múltiples consecuencias en distintas áreas**, pudiendo generar, por ejemplo, alteraciones cognitivas, trastornos del humor y conductuales, fatiga, cefalea, síntomas gastrointestinales, así como un impacto en la vida social y/o laboral, afectando muchas veces al entorno familiar o al cuidador del paciente.⁷

Se estima que entre **un 50-70% de los pacientes con dolor moderado-intenso sufren de trastornos del sueño asociados**, como despertares nocturnos, dificultad para quedarse dormido y sueño no reparador.²⁶ Este rango de porcentaje aumenta hasta el 89% en pacientes con dolor crónico registrados en las Unidades del Dolor, por lo que la calidad del sueño se considera un factor importante a la hora de evaluar el tratamiento del paciente con dolor crónico.²⁶

Los **trastornos del sueño presentan una relación directa y recíproca con la percepción al dolor**, ya que el dolor produce mala calidad del sueño y este último conlleva a un incremento en la percepción de la intensidad del dolor.²⁶

RECOMENDACIONES

Además de las recomendaciones generales descritas en el apartado 4 sobre el abordaje del insomnio, en un escenario clínico relacionado con el dolor es importante considerar:

Fomentar la detección precoz del insomnio asociado al dolor.

De esta manera, es posible **lograr un mejor control del dolor, impedir la cronificación del dolor y del insomnio, y romper el círculo vicioso dolor-insomnio**. En ese sentido, se debe de **evitar normalizar que el paciente con dolor crónico tenga trastornos del sueño** y no actuar.

Farmacoterapia.

Es importante **identificar estrategias farmacológicas que puedan tratar ambas afecciones de forma concomitante**, porque, a pesar de que el insomnio es un trastorno en sí mismo, hay fármacos que pueden ser útiles en ambas patologías. De esta manera se mejora la adherencia al tratamiento, disminuye el perfil de interacciones farmacológicas, y con ello, aumenta la seguridad del paciente.

Ejemplo de este tipo de estrategia es el uso de fármacos como:⁸⁸

- Amitriptilina en dosis entre 10 y 100 mg/día.
- Pregabalina en dosis de 150-300 mg/día.
- Gabapentina entre 100-600 mg/día

que están **indicados en dolor neuropático y que pueden resultar de utilidad en pacientes que presentan insomnio**.

Abordaje multidisciplinar junto a las Unidades del Dolor.

Esta estrategia cobra especial relevancia en este escenario, ya que es **necesario tener una visión holística del paciente**, en la que se pueda trabajar en conjunto desde distintas especialidades para abordar la causa multifactorial del insomnio y el dolor.⁷ En este proceso es fundamental contar con el apoyo de las unidades especializadas del dolor, que actúan como consultores en esta área, pudiendo derivar casos complejos.⁷

14 | Insomnio crónico en el paciente mayor y/o con enfermedades neurodegenerativas

IMPORTANCIA DEL TEMA

Como ya se ha comentado, **el insomnio tiene una relación con la edad**, ya que a medida que las **personas envejecen tienen un sueño más fragmentado** durante la noche (18-34 años 11,1%; 35-54 años 11,5%; 55+ años 17,9%).³

En las personas mayores con insomnio, con independencia de si tienen o no una patología cerebral asociada, deben de **tenerse en consideración posibles procesos concomitantes**, como la depresión u otros síndromes psiquiátricos, otros síndromes ligados al sueño (como la apnea obstructiva del sueño o el síndrome de piernas inquietas), el dolor, la nicturia, el efecto de determinados medicamentos y el uso de fármacos u otras sustancias.⁴

A esto se añade que la mayor prevalencia de **enfermedades neurodegenerativas**, como la enfermedad de Alzheimer o la de Parkinson, se observa, principalmente, en **adultos mayores o ancianos**.⁴ En ese sentido, el **insomnio relacionado con estas enfermedades está presente en hasta el 50% de los pacientes**, observándose un impacto relevante en la calidad de vida y una sobrecarga de los cuidadores, así como un aumento de los costes asociados a la atención e institucionalización precoz.⁴

En la evaluación de las personas mayores con enfermedades neurodegenerativas es preciso tener en cuenta que **estas enfermedades pueden suponer un problema añadido a las dificultades de sueño** que pueden sufrir los mayores en general.

Por otro lado, en la población de personas mayores, existe un **uso muy generalizado de hipnóticos**, principalmente benzodiazepinas y antihistamínicos, para intentar mejorar el insomnio.⁴ Estos fármacos se asocian a distintos **problemas significativos** a los que no siempre se les presta la atención adecuada, como la producción o agravamiento de déficits cognitivos y el aumento del riesgo de caídas. Además, es importante llamar también la atención acerca de la capacidad de producción de **parasomnias y fenómenos alucinatorios asociada al uso continuado de los fármacos Z** en las personas mayores.^{89,90}

RECOMENDACIONES

Además de las recomendaciones que se pueden sugerir para el tratamiento del insomnio en la población general, en el caso de los pacientes mayores y/o con enfermedades neurodegenerativas es necesario considerar algunas recomendaciones particulares.

Definir protocolos diagnósticos y diferentes perfiles de pacientes.

Se debe **disponer de protocolos sencillos para el proceso diagnóstico del insomnio en este contexto**, permitiendo identificar adecuadamente diferentes poblaciones: personas mayores con problemas de mala higiene del sueño sin otra patología asociada; abuso de sustancias como cafeína o alcohol; problemas asociados como dolor o nicturia; o presencia de enfermedades psiquiátricas concomitantes como los trastornos de ansiedad o depresión.⁴

A todo esto, se han de añadir las situaciones directamente derivadas del padecimiento de una enfermedad neurodegenerativa, como es la inversión del ritmo circadiano en las demencias.⁴ La diferenciación de estos perfiles puede permitir el diseño de pautas concretas e individualizadas.⁴

Establecer árboles de decisión farmacoterapéuticos.

El tratamiento de la disfunción del sueño en las afecciones neurodegenerativas requiere una **evaluación exhaustiva para identificar los factores que contribuyen a su génesis** y de las patologías específicas del sueño, que deben abordarse con medidas generales y tratamientos específicos.^{6,27,28}

Aunque **no se dispone de cuestionarios específicos para pacientes con insomnio y enfermedades neurodegenerativas**, el **empleo de árboles de decisión terapéutica y de escalas simples**, como el *Insomnia Daytime Symptoms and Impacts Questionnaire* (IDSIQ) o los mencionados en el capítulo de manejo general del insomnio, puede resultar de gran ayuda. Estos cuestionarios pueden ayudar tanto a **evaluar de forma objetiva la importancia del problema como el impacto de las medidas puestas en marcha** para su tratamiento.

Así, estas herramientas pueden ser igualmente aplicables en los casos en los que el paciente no presenta un compromiso cognitivo significativo.

Farmacoterapia.

El **tratamiento del insomnio en este escenario es habitualmente farmacológico en nuestro contexto asistencial**, a base fundamentalmente de fármacos como benzodiazepinas y fármacos Z, otros agentes gabaérgicos (gabapentina o pregabalina), antihistamínicos, antidepresivos o antipsicóticos sedativos, y melatonina. Sin embargo, todos ellos pueden presentar problemas significativos en la población mayor con o sin enfermedades neurodegenerativas.⁴

Los **DORA suponen una novedosa opción terapéutica** muy prometedora también en estos pacientes. Aunque aún es necesario ampliar la experiencia con estos fármacos, la eficacia y seguridad de fármacos como daridorexant están bien establecida en personas mayores.^{91,92}

En términos generales, el uso de daridorexant en personas mayores:

- Produce mejoras de síntomas nocturnos y de dificultades diurnas en el corto y largo plazo.
- La dosis recomendada es la misma que para pacientes más jóvenes (50 mg/día).
- En diferentes estudios se ha registrado una baja incidencia de somnolencia y caídas, numéricamente inferior a placebo.
- No hay evidencia de insomnio de rebote ni síndrome de abstinencia tras suspender el fármaco.

Por otro lado, la fototerapia con luz intensa o los dispositivos domiciliarios que aumentan el sueño con ondas lentas, son futuros recursos prometedores como posibles intervenciones para la disfunción del sueño en estas enfermedades.²⁷

Por último, también es necesario **definir pautas claras de supresión y cambio de agentes** que estén causando efectos adversos o resulten ineficaces (por ejemplo, de benzodiazepinas) [[Anexo 9](#)] hacia agentes novedosos como los antagonistas de la orexina.²⁷

Intentar incluir otras opciones terapéuticas.

Las **intervenciones no farmacológicas** son recomendadas en todas las guías de práctica clínica, pero de difícil aplicación en nuestro contexto asistencial, especialmente en personas mayores, aunque **las recomendaciones básicas de higiene de sueño deben de ser siempre efectuadas**.^{4,27}

Referencias

1. WHO. Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>. Licencia de Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO).
2. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
3. de Entrambasaguas M et al. The prevalence of insomnia in Spain: A stepwise addition of ICSID-3 diagnostic criteria and notes. *Sleep Epidemiology*, Vol. 3, 2023, 100053, ISSN 2667-3436, <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.100053>.
4. Wilson S et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update. *J Psychopharmacol*. 2019 Aug;33(8):923-947. doi: 10.1177/0269881119855343.
5. Roth T. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013; *Am J Manag Care*. 2009;15(suppl):S6-S13; 2.
6. Riemann D et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017 Dec;26(6):675-700. doi: 10.1111/jsr.12594.
7. Martínez-Hernández O et al. Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. *Revista Médica Electrónica [Internet]*. 2019 [citado 10 Oct 2023]; 41 (2) :[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3190>.
8. Riemann D et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. Vol. 32, *Journal of Sleep Research*. John Wiley and Sons Inc; 2023. doi: 10.1111/jsr.14035
9. QUVIVIQ™ (daridorexant) – Ficha técnica disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1221638002/FT_1221638002.html. Último acceso: junio 2024.
10. Zopiclona. Ficha técnica disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/76243/FT_76243.html. Último acceso: junio 2024.
11. Zolpidem®. Ficha técnica disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/65400/FT_65400.pdf. Último acceso: junio 2024
12. Álvarez-Ruiz de Larrinaga A et al. Retirada de benzodiacepinas en el anciano. *Rev Neurol* 2022; 74: 242-3. doi: 10.33588/rn.7407.2021283.
13. Melatonina liberación retardada 2mg. Ficha técnica disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/86265/86265_ft.pdf. Último acceso: junio 2024
14. Watson NF et al. Alliance for Sleep Clinical Practice Guideline on Switching or Deprescribing Hypnotic Medications for Insomnia. *J Clin Med*. 2023 Mar 25;12(7):2493. doi: 10.3390/jcm12072493.
15. Perlis ML et al. Insomnia. *Lancet*. 2022 Sep 24;400(10357):1047-1060. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00879-0.
16. Liu Z. Association between perceived stress and depression among medical students during the outbreak of COVID-19: The mediating role of insomnia. *J Affect Disord*. 2021 Sep 1;292:89-94. doi: 10.1016/j.jad.2021.05.028.
17. Fernandes SN et al. When Night Falls Fast: Sleep and Suicidal Behavior Among Adolescents and Young Adults. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2021 Jan;30(1):269-282. doi: 10.1016/j.chc.2020.08.009.
18. Drake CLR et al. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: An overview. *Depress. Anxiety*, 18: 163-176. <https://doi.org/10.1002/da.10151>.
19. Thase ME. Antidepressant treatment of the depressed patient with insomnia. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 17:28-31; discussion 46-8.
20. Sharpley AL et al. Effect of pharmacologic treatments on the sleep of depressed patients. *Biol Psychiatry*. 1995 Jan 15;37(2):85-98. doi: 10.1016/0006-3223(94)00135-P.
21. Chakravorty S et al. Alcohol Dependence and Its Relationship With Insomnia and Other Sleep Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016 Nov;40(11):2271-2282. doi: 10.1111/acer.13217.
22. Grau-López L et al. Insomnia Symptoms in Patients With Substance Use Disorders During Detoxification and Associated Clinical Features. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 17;11:540022. doi: 10.3389/fpsy.2020.540022.
23. Zheng JW et al. [Appropriate Use and Abuse of Sedative-Hypnotic Drugs]. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2023 Mar;54(2):231-239. Chinese. doi: 10.12182/20230260302.
24. Dresch-Langley B et al. Digital Addiction and Sleep. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 5;19(11):6910. doi: 10.3390/ijerph19116910.
25. Brautsch LA et al. Digital media use and sleep in late adolescence and young adulthood: A systematic review. *Sleep Med Rev*. 2023 Apr;68:101742. doi: 10.1016/j.smrv.2022.101742.

26. Mencías Hurtado AB *et al.* Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2012 Dic [citado 2023 Oct 12]; 19(6): 332-334. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000600008&lng=es.
27. Voysey ZJ *et al.* The Treatment of Sleep Dysfunction in Neurodegenerative Disorders. *Neurotherapeutics*. 2021 Jan;18(1):202-216. doi: 10.1007/s13311-020-00959-7.
28. Sateia MJ *et al.* Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017 Feb 15;13(2):307-349. doi: 10.5664/jcsm.6470.
29. Ellis JG *et al.* Acute insomnia: current conceptualizations and future directions. *Sleep Med Rev*. 2012 Feb;16(1):5-14. doi: 10.1016/j.smrv.2011.02.002.
30. Vega-Escaño J, *et al.* La turnicidad como factor determinante en la aparición de insomnio en población laboral: revisión sistemática [Internet]. Vol. 94, *Rev Esp Salud Pública*. 2020. Disponible en: www.msccbs.es/resp.
31. Royuela A *et al.* Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia –Sueño*. 1997;9:81-94.
32. Schutte-Rodin S *et al.* Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008 Oct 15;4(5):487-504.
33. Mysliwiec V *et al.* The Management of Chronic Insomnia Disorder and Obstructive Sleep Apnea: Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. *Ann Intern Med*. 2020 Mar 3;172(5):325-336. doi: 10.7326/M19-3575.
34. Riemann D *et al.* Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*. 2020 Jan;45(1):74-89. doi: 10.1038/s41386-019-0411-y.
35. Baglioni C *et al.* The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: An initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. *J Sleep Res*. 2020 Apr;29(2):e12967. doi: 10.1111/jsr.12967.
36. Krystal AD *et al.* The assessment and management of insomnia: an update. *World Psychiatry*;18(3):337-52. doi: 10.1002/wps.20674.
37. Asnis G *et al.* Pharmacotherapy Treatment Options for Insomnia: A Primer for Clinicians. *Int J Mol Sci* [Internet]. 30 de diciembre de 2015;17(1):50. Disponible en: <http://www.mdpi.com/1422-0067/17/1/50>
38. Wilson S *et al.* British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update. *Journal of Psychopharmacology* [Internet]. 4 de agosto de 2019;33(8):923-47. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269881119855343>.
39. Nutt DJ. NICE: The National Institute of Clinical Excellence - or Eccentricity? Reflections on the Z-drugs as hypnotics. *Journal of Psychopharmacology*. 2005 Mar;19(2):125-7. doi: 10.1177/0269881105051988.
40. Uchiyama M. Effects of TS-142, a novel dual orexin receptor antagonist, on sleep in patients with insomnia: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 2 study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2022 Jul;239(7):2143-2154. doi: 10.1007/s00213-022-06089-6.
41. Kryger MH *et al.* Principles and Practice of Sleep Medicine. 6th ed. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier; 2015.
42. Everitt H *et al.* Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 May 14;5(5):CD010753. doi: 10.1002/14651858.CD010753.pub2.
43. Muehlan C *et al.* Clinical pharmacology, efficacy, and safety of orexin receptor antagonists for the treatment of insomnia disorders. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2020 Nov;16(11):1063-1078. doi: 10.1080/17425255.2020.1817380. Epub 2020 Oct 4.
44. Palagini L *et al.* The genetics of insomnia--evidence for epigenetic mechanisms? *Sleep Med Rev*. 2014 Jun;18(3):225-35. doi: 10.1016/j.smrv.2013.05.002.
45. Espie CA *et al.* The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiological insomnia: a theoretical review. *Sleep Med Rev*. 2006 Aug;10(4):215-45. doi: 10.1016/j.smrv.2006.03.002.
46. Baglioni C *et al.* Sleep and emotions: a focus on insomnia. *Sleep Med Rev*. 2010 Aug;14(4):227-38. doi: 10.1016/j.smrv.2009.10.007.
47. Shaha DP. Insomnia Management: A Review and Update. *J Fam Pract*. 2023 Jul;72(6 Suppl):S31-S36. doi: 10.12788/jfp.0620.
48. Andrés-Olivera P *et al.* Impact on Sleep Quality, Mood, Anxiety, and Personal Satisfaction of Doctors Assigned to COVID-19 Units. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 25;19(5):2712. doi: 10.3390/ijerph19052712
49. Suárez AG *et al.* Subdirección General de Calidad Asistencial. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2022-26. Gráficas Nacionales SL, Madrid, v. 2021 11 25. NIPO papel: 133-22-018-X NIPO en línea: 133-22-021-3.
50. Thase ME. Antidepressant treatment of the depressed patient with insomnia. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 17:28-31; discussion 46-8.

51. Pinto LR Jr et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010 Aug;68(4):666-75. doi: 10.1590/s0004-282x2010000400038.
52. Muench A et al. We know CBT-I works, now what? *Fac Rev*. 2022 Feb 1;11:4. doi: 10.12703/r/11-4
53. Brooks AT et al. Sleep Disturbances in Individuals with Alcohol-Related Disorders: A Review of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) and Associated Non-Pharmacological Therapies. *Subst Abuse*. 2014 Sep 16;8:55-62. doi: 10.4137/SART.S18446.
54. Abernathy K et al. Alcohol and the prefrontal cortex. *Int Rev Neurobiol*. 2010;91:289-320. doi: 10.1016/S0074-7742(10)91009-X.
55. Friedmann PD et al. Trazodone for sleep disturbance after alcohol detoxification: a double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008 Sep;32(9):1652-60. doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00742.x.
56. Roehrs TA et al. Current and potential pharmacological treatment options for insomnia in patients with alcohol use disorder in recovery. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2020 Sep;40(3):211-223. doi: 10.1002/npr2.12117.
57. Mason BJ et al. Gabapentin for the treatment of alcohol use disorder. *Expert Opin Investig Drugs*. 2018 Jan;27(1):113-124. doi: 10.1080/13543784.2018.1417383.
58. Sarangi A et al. Benzodiazepine Misuse: An Epidemic Within a Pandemic. *Cureus*. 2021 Jun 21;13(6):e15816. doi: 10.7759/cureus.15816.
59. Cosci F et al. Acute and Persistent Withdrawal Syndromes Following Discontinuation of Psychotropic Medications. *Psychother Psychosom*. 2020;89(5):283-306. doi: 10.1159/000506868.
60. Kaiser Foundation Health Plan of Washington. Benzodiazepine and Z-Drug Safety Guideline 2022.
61. Baldwin DS. Clinical management of withdrawal from benzodiazepine anxiolytic and hypnotic medications. *Addiction* 2022 May;117(5):1472-1482. doi: 10.1111/add.15695.
62. Babson KA et al. Cannabis, cannabinoids, and sleep: a review of the literature. *Curr Psychiatry Rep* 2017 Apr;19(4):23. doi: 10.1007/s11920-017-0775-9.
63. Angarita GA et al. Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: a comprehensive review. *Addict Sci Clin Pract* 2016 Apr 26;11(1):9. doi: 10.1186/s13722-016-0056-7.
64. Bolla KI et al. Sleep disturbance in heavy marijuana users. *Sleep* 2008 Jun;31(6):901-8. doi: 10.1093/sleep/31.6.901.
65. Whiting PF et al. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2015 Jun;313(24):2456-73. doi: 10.1001/jama.2015.6358.
66. Hanuš LO et al. Phytocannabinoids: a unified critical inventory. *Nat Prod Rep* 2016; 33: pp. 1357-1392. doi: 10.1039/C6NP00074F.
67. Phiri D et al. Prevalence of sleep disturbance among adolescents with substance use: a systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2023 Aug 26;17(1):100. doi: 10.1186/s13034-023-00644-5.
68. Kokka I et al. Exploring the Effects of Problematic Internet Use on Adolescent Sleep: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 18;18(2):760. doi: 10.3390/ijerph18020760.
69. Tsouklidis N et al. Lights Out! The Body Needs Sleep: Electronic Devices and Sleep Deficiency. *Cureus*. 2020 Jul 20;12(7):e9292. doi: 10.7759/cureus.9292.
70. Fragale JE et al. The Insomnia-Addiction Positive Feedback Loop: Role of the Orexin System. *Front Neurol Neurosci* 2021;45:117-127. doi: 10.1159/000514965.
71. Dehkordi O et al. Neuroanatomical Relationships between Orexin/Hypocretin-Containing Neurons/Nerve Fibers and Nicotine-Induced c-Fos-Activated Cells of the Reward-Addiction Neurocircuitry. *J Drug Alcohol Depend* 2017 Aug;5(4):273. doi: 10.4172/2329-6488.1000273.
72. Li SB et al. The hypocretin (orexin) system: from a neural circuitry perspective. *Neuropharmacology* 2020 May 1:167:107993. doi: 10.1016/j.neuropharm.2020.107993.
73. Kravitz HM JH. Sleep during the perimenopause: a SWAN story. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011 Sep;38(3):567-86. doi: 10.1016/j.ogc.2011.06.002.
74. Caretto M GAST. An integrated approach to diagnosing and managing sleep disorders in menopausal women. *Maturitas*. 2019 Oct;128:1-3. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.06.008.
75. Kim MJ YGPHY. Vasomotor and physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. *PLoS One*. 2018 Feb 20;13(2):e0192934. doi: 10.1371/journal.pone.0192934.
76. Gold EB et al. Relation of Demographic and Lifestyle Factors to Symptoms in a Multi-Racial/Ethnic Population of Women 40–55 Years of Age, *American Journal of Epidemiology* 2000 Sep 1;152(5):463-73. doi: 10.1093/aje/152.5.463.
77. Crandall CJ. Management of Menopausal Symptoms: A Review. *JAMA*. 2023 Feb 7;329(5):405-420. doi: 10.1001/jama.2022.24140.
78. Pan Z et al. Different regimens of menopausal hormone therapy for improving sleep quality: a systematic review and meta-analysis. *Menopause*. 2022 May 1;29(5):627-635. doi: 10.1097/GME.0000000000001945.

79. Silvestri R et al. Italian Association of Sleep Medicine (AIMS) position statement and guideline on the treatment of menopausal sleep disorders. *Maturitas*. 2019 Nov;129:30-39. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.08.006.
80. Wichniak A et al. Effects of Antidepressants on Sleep. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Aug 9;19(9):63. doi: 10.1007/s11920-017-0816-4.
81. Hill DA et al. Hormone Therapy and Other Treatments for Symptoms of Menopause. *Am Fam Physician*. 2016 Dec 1;94(11):884-889.
82. Lethaby A et al. Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 10;2013(12):CD001395. doi: 10.1002/14651858.CD001395.pub4.
83. Ensrud KE et al. Effect of escitalopram on insomnia symptoms and subjective sleep quality in healthy perimenopausal and postmenopausal women with hot flashes: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2012 Aug;19(8):848-55. doi: 10.1097/gme.0b013e3182476099.
84. Zhao M et al. Effects of exercise on sleep in perimenopausal women: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Explore (NY)*. 2023 Sep-Oct;19(5):636-645. doi: 10.1016/j.explore.2023.02.001.
85. Tal JZ et al. Treatment of Insomnia, Insomnia Symptoms, and Obstructive Sleep Apnea During and After Menopause: Therapeutic Approaches. *Curr Psychiatry Rev*. 2015;11(1):63-83. doi: 10.2174/1573400510666140929194848.
86. Bruyneel M. Sleep disturbances in menopausal women: Aetiology and practical aspects. *Maturitas*. 2015 Jul;81(3):406-9. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.04.017.
87. Abbott SM et al. Sleep disorders in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):159-68. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.003.
88. Contreras A. Insomnio, en busca del tratamiento ideal: Fármacos Y medidas no farmacológicas. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2021. 32(5), pp. 591-602. doi:10.1016/j.rmclc.2021.09.004.
89. Gunja N. In the Zzz Zone: The Effects of Z-Drugs on Human Performance and Driving. *Journal of Medical Toxicology*. junio de 2013;9(2):163-71. doi: 10.1007/s13181-013-0294-y.
90. Scharner V et al. Efficacy and safety of Z-substances in the management of insomnia in older adults: a systematic review for the development of recommendations to reduce potentially inappropriate prescribing. *BMC Geriatr*. 2022 Feb 1;22(1):87. doi: 10.1186/s12877-022-02757-6.
91. Zammit G et al. Daridorexant, a new dual orexin receptor antagonist, in elderly subjects with insomnia disorder. *Neurology*. 2020 May 26;94(21):e2222-e2232. doi: 10.1212/WNL.0000000000009475.
92. Fietze I et al. Efficacy and Safety of Daridorexant in Older and Younger Adults with Insomnia Disorder: A Secondary Analysis of a Randomised Placebo-Controlled Trial. *Drugs Aging*. 2022 Oct;39(10):795-810. doi: 10.1007/s40266-022-00977-4.

Anexos

Anexo 1

Criterios diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* para el trastorno por insomnio

A. La queja principal es la insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño asociado a uno (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultad para iniciar el sueño. En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención de un cuidador.
2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.
3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.

B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, académico o en otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El problema de sueño se produce como mínimo tres noches a la semana.

D. El problema está presente durante un mínimo de 3 meses.

E. El problema de sueño ocurre a pesar de la adecuada oportunidad de poder dormir.

F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, alteraciones circadianas del ritmo, parasomnias).

G. El insomnio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento).

H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explican adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Especificar si existe:

- Comorbilidad con otro trastorno mental no relacionado con el sueño, incluido el abuso de sustancias.
- Comorbilidad con otro trastorno médico.
- Comorbilidad con otro trastorno del sueño.

Adaptado de Sociedad Española de Sueño: Pautas de actuación y seguimiento. Insomnio

Guía de Insomnio. Disponible en: <https://ses.org.es/wp-content/uploads/2016/12/guia-de-insomnio-2016.pdf>

Último acceso: junio 2024

Anexo 2

Ejemplo de entrevistas con los pacientes y check list

Síntomas específicos pueden orientar el diagnóstico

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

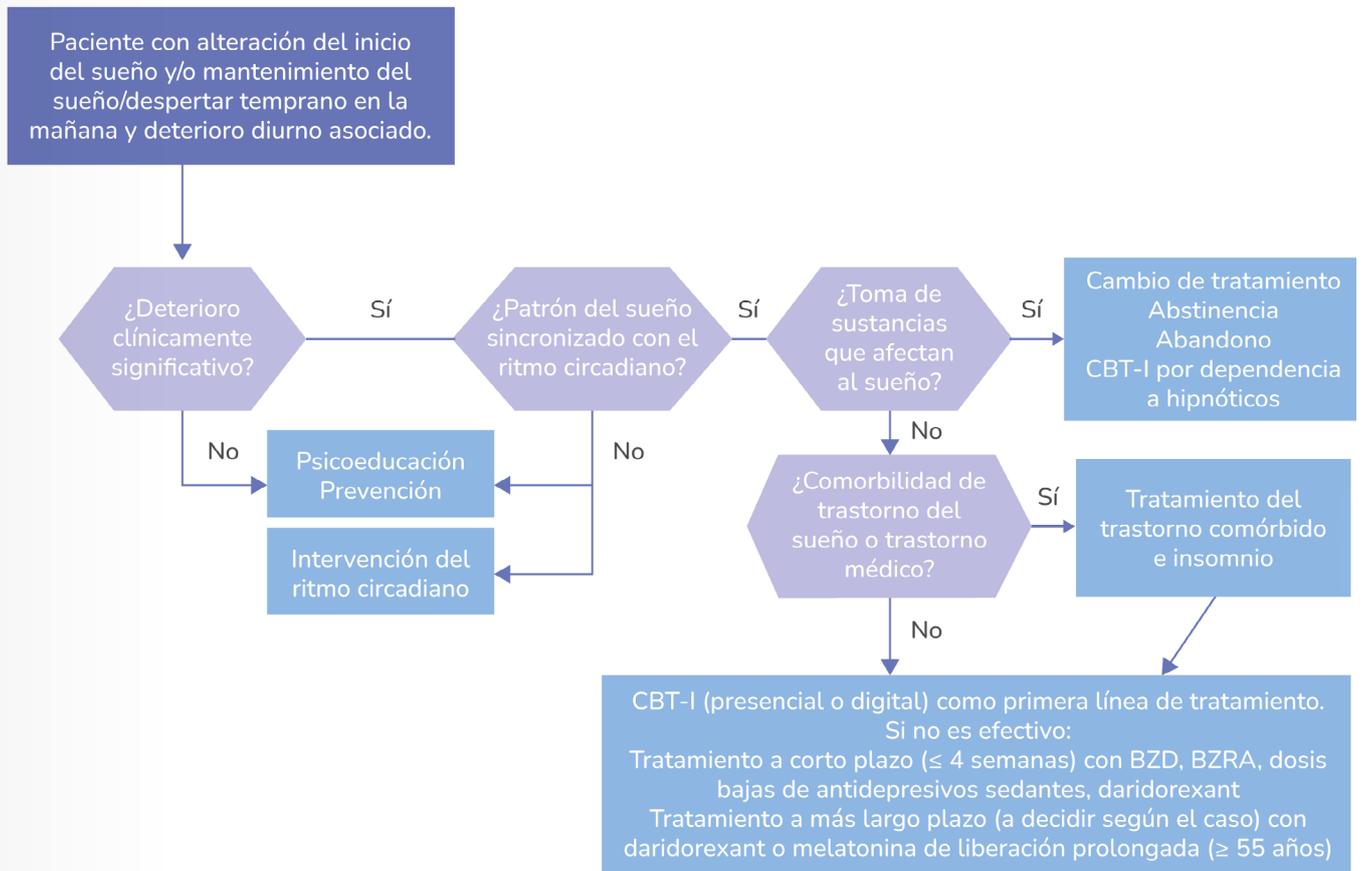
1. Dificultad para coger el sueño.
2. Despertarse frecuentemente por la noche.
3. Despertarse demasiado pronto por la mañana.
4. Dormirse con facilidad durante el día.
5. Hablar cuando está durmiendo.
6. Levantarse durante el sueño (sonambulismo).
7. Tener sueños desagradables que le despierten con sensación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

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 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 sd de piernas inquietas. 5 y 6: Están relacionados con parasomnias. 8, 9 10 y 11: Suelen observarse el SAHOS. 12: Se observa en el síndrome de piernas inquietas.

Adaptado de Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: Recomendaciones de valoración clínica y tratamiento inicial del insomnio en Atención Primaria.

Anexo 3

Algoritmo de decisión clínica



Adaptado de Riemann D, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. J Sleep Res. 2023;32(6):e14035.

Anexo 4

Ejemplo de diario del sueño

DIARIO DEL SUEÑO (Explicación para el paciente)

APÉNDICE 1

APELLIDOS Y NOMBRE: _____	Nº Hª C: _____
SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ EDAD: _____	FECHA: _____

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido Vd. **normalmente durante el último mes**. Intente ajustarse en sus respuestas a la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la **mayor parte** de los días y noches del **último mes**.
Muy importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Durante el **último mes**, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____

3. Durante el **último mes**, ¿a qué hora se ha levantado **habitualmente** por la mañana?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**?
(El tiempo puede ser diferente al que Vd. permanezca en la cama)

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

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

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

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

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

e) Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

f) Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

g) Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

Adaptado de Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: Recomendaciones de valoración clínica y tratamiento inicial del insomnio en Atención Primaria.

Anexo 5

PSQI - Cuestionario de la calidad de sueño de Pittsburgh ³¹

APÉNDICE 1

APELLIDOS Y NOMBRE: _____	Nº Hª C: _____
SEXO: _____	ESTADO CIVIL: _____
EDAD: _____	FECHA: _____

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido Vd. **normalmente durante el último mes**. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la **mayor parte** de los días y noches del **último mes**.
¡Muy importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Durante el **último mes**, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**?

APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____

3. Durante el **último mes**, ¿a qué hora se ha levantado **habitualmente** por la mañana?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**?
(El tiempo puede ser diferente al que Vd. permanezca en la cama)

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

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

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

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

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

e) Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

f) Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

g) Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

d) No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

h) Tener pesadillas o «malos sueños»:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

i) Sufrir dolores:

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

6. Durante el **último mes**, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?

Bastante buena _____
Buena _____
Mala _____
Bastante mala _____

7. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

Ninguna vez en el último mes _____
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**, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad?

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

9. Durante el **último mes**, ¿ha representado para Vd. mucho problema el «tener ánimos» para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

Ningún problema _____
Sólo un leve problema _____
Un problema _____
Un grave problema _____

10. ¿Duerme Vd. solo o acompañado?

Solo _____
Con alguien en otra habitación _____
Misma habitación, en otra cama _____
En la misma cama _____

POR FAVOR, SÓLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO.

Si Vd. tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el **último mes** Vd. ha tenido:

a) Ronquidos ruidosos.

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

b) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme.

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

c) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme.

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

d) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme.

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

e) Otros inconvenientes mientras Vd. duerme (Por favor, descríbalos a continuación):

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

APÉNDICE 2

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO DE PITTSBURGH

El Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) consta de 19 preguntas autoaplicadas y de 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero/a de habitación (si éste está disponible). Sólo las preguntas autoaplicadas están incluidas en el puntaje. Los 19 ítems autoevaluados se combinan entre sí para formar siete «componentes» de puntuación, cada uno de los cuales tiene un rango entre 0 y 3 puntos. En cualquier caso, una puntuación de 0 puntos indica que no existe dificultad, mientras que una puntuación de 3 indica una severa dificultad. Los siete componentes entonces se suman para rendir una puntuación global, que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de 0 puntos la no existencia de dificultades, y una de 21 indicando severas dificultades en todas las áreas estudiadas.

Componente 1: Calidad subjetiva del sueño

Examine la pregunta n° 6, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación del componente 1
Muy buena	0
Bastante buena	1
Bastante mala	2
Muy mala	3

Puntuación del comp. 1: _____

4.º Asigne la puntuación del componente 2 como sigue:

Suma de n° 2 y n° 5a	Puntuación
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación del comp. 2: _____

Componente 2: Latencia del sueño

1.º Examine la pregunta n° 2, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación
< ó = a 15'	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
> 60 minutos	3

Puntuación de la preg. 2: _____

2.º Examine la pregunta n° 5a, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación de la preg. 5a: _____

3.º Sume las puntuaciones de las preguntas n° 2 y n° 5a

Suma de las puntuaciones de las preguntas n° 2 y n° 5a: _____

Componente 3: La duración del sueño

1.º Examine la pregunta n° 4, y siga las puntuaciones correspondientes:

Respuesta	Puntuación
> 7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
< 5 horas	3

Puntuación del comp. 3: _____

Componente 4: Eficiencia de sueño habitual

1.º Escriba aquí la cantidad de horas dormidas:
2.º Calcule el número de horas permanecidas en la cama:

Hora de levantarse (preg. n° 3) _____
Hora de acostarse (preg. n° 1) _____
Nº de horas permanecidas en la cama _____

3.º Calcule la eficiencia habitual del sueño como sigue:

(Número de horas dormidas/número de horas permanecidas en la cama) x 100 = Eficiencia habitual de sueño (%)

(_____ / _____) x 100 = _____ %

4.º Asigne la puntuación del componente 4 como sigue:

Eficiencia habitual del sueño	Puntuación
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Puntuación del comp. 4: _____

Componente 5: Perturbaciones del sueño

1.º Examine las preguntas del nº 5b al 5j, y asigne puntuaciones para cada pregunta según sigue:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación	nº 5b	nº 5c	nº 5d	nº 5e	nº 5f	nº 5g	nº 5h	nº 5i	nº 5j
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

2.º Sume las puntuaciones de las preguntas 5b a 5j:

Suma de 5b a 5j: _____

3.º Asigne la puntuación del componente 5 como sigue:

Suma de 5b a 5j	Puntuación
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación del comp. 5: _____

Puntuación global del PSQI:

Sume las puntuaciones de los 7 componentes:

Componente 6: Uso de medicación hipnótica

Examine la pregunta nº 7 y asigne la puntuación que corresponda:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación del comp. 6: _____

Componente 7: Disfunción diurna

1.º Examine la pregunta nº 8 y asigne la puntuación que corresponda:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación de la preg. 8: _____

2.º Examine la pregunta nº 9 y asigne la puntuación que corresponda:

Respuesta	Puntuación
Ningún problema	0
Sólo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3.º Sume las puntuaciones de las preguntas nº 8 y nº 9:

Suma de nº 8 y nº 9: _____

4.º Asigne las puntuaciones del componente 7 como sigue:

Suma de nº 8 y nº 9	Puntuación
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación del comp. 7: _____

Puntuación total del PSQI: _____

Anexo 6

ISI: *Insomnia Severity Index*. Índice de Gravedad del insomnio

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
Despertar 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

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)

Adaptado de Bastien CH, et al. Sleep Med. 2001 Jul;2(4):297-307, como se citó en Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-1. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf

Anexo 7

Principales estrategias incluidas en el protocolo de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio.³⁵

ESTRATEGIA CBT-I	DESCRIPCIÓN
Restricción del sueño	Estrategia conductual: método que tiene como objetivo fortalecer la presión homeostática del sueño y estabilizar el control circadiano del sueño y la vigilia, al disminuir la oportunidad de dormir durante noches sucesivas. Se indica a los pacientes que restrinjan su tiempo en cama para que coincida con la duración total promedio de sueño (de los informes en los diarios de sueño). Luego, el tiempo en cama se aumenta gradualmente hasta alcanzar la necesidad óptima de sueño de los pacientes. Un método alternativo, llamado compresión del sueño, implica una reducción gradual del tiempo en la cama, que luego se incrementa de manera similar hasta alcanzar la necesidad óptima de sueño.
Control de estímulos	Estrategia conductual: conjunto de instrucciones que tienen como objetivo fortalecer la cama como señal para dormir, debilitarla como señal para actividades que podrían interferir con el sueño y ayudar al paciente a adquirir un ritmo de sueño consistente, basado en el condicionamiento operativo. Modelo: (1) Acuéstese para dormir sólo cuando tenga sueño. (2) No use su cama para nada excepto dormir y actividad sexual. (3) Si no puede conciliar el sueño, levántese y vaya a otra habitación. Quédese despierto todo el tiempo que desee y vuelva a la cama cuando tenga sueño. (4) Si aún no puede conciliar el sueño, repita el paso 3. Haga esto tantas veces como sea necesario durante la noche. (5) Configure su alarma y levántese a la misma hora todas las mañanas, independientemente de cuánto haya dormido durante la noche. (6) No duerma durante el día.
Educación e higiene del sueño	Estrategia conductual y educativa: instrucciones generales de salud sobre factores internos y externos que pueden influir en el sueño (p. ej., deporte, luz, temperatura, etc).
Relajación	Estrategia conductual y cognitiva: conjunto de métodos que tienen como objetivo reducir la hiperactivación somática o cognitiva (p. ej., relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno, entrenamiento de imágenes, meditación).
Reevaluación cognitiva	Estrategia cognitiva: Estrategias diseñadas para reducir creencias, actitudes, preocupaciones y falsas creencias disfuncionales sobre la causa del insomnio y sobre la incapacidad para dormir.
Control cognitivo/tiempo de preocupación	Estrategia cognitiva: se le indica al paciente que se siente cómodamente en un sillón y escriba una lista de preocupaciones junto con los planes para el día siguiente. El objetivo de esta estrategia es prevenir pensamientos intrusivos cargados emocionalmente durante el período de inicio del sueño, ya que todas las preocupaciones “ya” han sido procesadas antes de acostarse.
Intención paradójica	Estrategia cognitiva: Estrategia encaminada a reducir la ansiedad anticipatoria a la hora de conciliar el sueño. Se indica a los pacientes que permanezcan quietos en la cama con los ojos cerrados y que intenten permanecer despiertos el mayor tiempo posible. Esto reduce el esfuerzo para dormir, lo que a su vez a menudo conduce a conciliar el sueño más rápido.

Adaptada de la tabla 2 de Baglioni, et al. *J Sleep Res.* 2020;29(2):e12967.³⁵

Anexo 8

Recomendación de consenso para cambiar los medicamentos contra el insomnio, tanto dentro de la clase como a una nueva clase de medicamentos, adaptada de la Tabla 2 del artículo “*Alliance for Sleep Clinical Practice Guideline on Switching or Deprescribing Hypnotic Medications for Insomnia*” (basados en las indicaciones de las fichas técnicas americanas).¹⁴

Clase/Grupo terapia inicial	Recomendación en consenso para cambio en diferentes clases	Grado de evidencia	Recomendación en consenso para cambio en misma clase	Grado de evidencia
BZDs	Titulación lenta / cruzada*	B / C	Cambio directo	B
Zolpidem	Titulación y esperar 1-2 días	B	Titulación y esperar 1-2 días	B
Daridorexant	Cambio directo	B	Cambio directo	B
Dopexina 3-6 mg	Cambio directo	B	N / A	
Trazodona	Titulación lenta / cruzada*	D	No se recomienda	E
Mirtazapina	Titulación lenta / cruzada*	E	No se recomienda	E
TCA's	Titulación lenta / cruzada*	D	No se recomienda	E
Quetiapina	Titulación lenta / cruzada*	D	No se recomienda	E

*En el caso de cambiar a daridorexant no hace falta titulación de entrada ni de retirada, siendo la dosis única 50 mg.⁹

Anexo 9

Pautas sugeridas a partir del contenido del material de “Retirada de benzodiazepinas en las personas mayores”.¹²

El tiempo necesario para la deshabitación es variable, desde 4-6 semanas hasta un año, ya que cada caso necesita un ritmo de retirada personalizado.

La recomendación general es disminuir la dosis de benzodiazepinas entre un 10 y un 25% cada 2-3 semanas.

Si el paciente consume una benzodiazepina de semivida corta, se puede intentar cambiar a otro fármaco con semivida larga (dosis equivalente) antes de comenzar la retirada, ya que disminuye la probabilidad de síndrome de abstinencia. Una vez estable, hay que comenzar con la deshabitación del fármaco.

Si aparecen síntomas adversos al proceso de retirada se debe reducir el ritmo, manteniendo la misma dosis durante algunas semanas.

Es recomendable realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes cada 2-4 semanas para reforzar las pautas.

