

un paciente con insomnio

En este artículo se hace una revisión de las consideraciones básicas para el abordaje del insomnio. En primer lugar, se hace una descripción del problema clasificándolo en función de distintos criterios (gravedad, duración, forma de presentación, etc.) y unos comentarios sobre datos epidemiológicos.

Seguidamente se exponen las diferentes etiologías del insomnio así como los requerimientos para realizar un buen diagnóstico diferencial. Por último, se exponen las distintas alternativas terapéuticas posibles en el insomnio en sus diferentes presentaciones.

F. Segarra, V. de la Fuente y E. Estivill
Unitat de la Son Dr. Estivill. Institut Universitari Dexeus. Barcelona. España.

El insomnio es una alteración con alta prevalencia (fig. 1). En la población general cuando se trata de insomnio crónico es de un 10% y si contabilizamos el insomnio crónico junto con el transitorio las cifras llegan hasta el 34%. El impacto social y sanitario es elevado, de ahí la importancia de realizar un tratamiento adecuado.

El término insomnio hace referencia a la incapacidad para dormir o a la falta total de sueño, lo que en términos clínicos constituye una percepción subjetiva de insatisfacción con la cantidad y/o calidad del sueño que incluye una dificultad para iniciar o mantener el sueño y/o despertar temprana y que va asociada con una queja de sueño no reparador acompañado de un mal funcionamiento diurno.

Clasificación del insomnio

Existen múltiples definiciones y clasificaciones del insomnio; sin embargo, en la práctica esta clasificación puede hacerse atendiendo a varios conceptos: a saber, por la duración, por la gravedad y por la forma de presentación.

Atendiendo a sus características se pueden distinguir distintos tipos de insomnio:

1. Según su duración: transitorio o agudo: menos de 4 semanas. A corto plazo o subagudo: más de 4 semanas pero menos de 3-6 meses. A largo plazo o crónico: más de 3-6 meses.
2. Según su intensidad: leve o ligero: casi cada noche. Asociado con un mínimo deterioro de la calidad de vida. Moderado: cada noche. Asociado con un moderado deterioro de la calidad de vida, con síntomas asociados (irritabilidad, fatiga, ansiedad, etc.). Grave: cada noche. Asociado con un importante deterioro de la calidad de vida con síntomas asociados (irritabilidad, fatiga, ansiedad, etc.) intensos.
3. Según su forma de presentación: insomnio de inicio o de conciliación; de mantenimiento, y del final de sueño.

Etiología del insomnio

Las causas de insomnio son muy numerosas y variadas y pueden agruparse en tres categorías diferentes: las de-

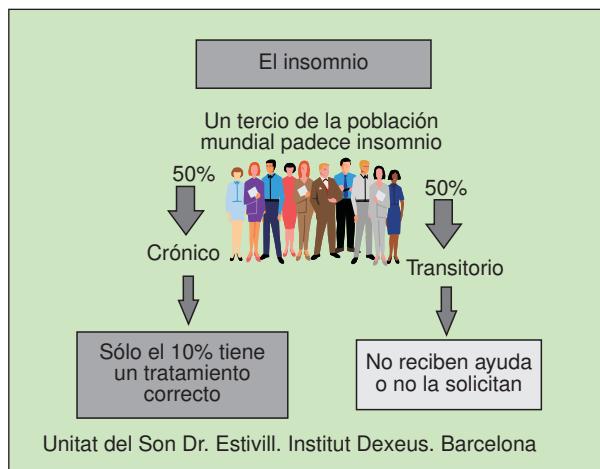


Fig. 1. Características epidemiológicas generales del insomnio.

pendientes del propio paciente o causas intrínsecas, las relacionadas con el entorno del paciente o causas extrínsecas y las denominadas causas circadianas, por alteración del ciclo vigilia-sueño. Dentro de estas categoría se incluye una serie de trastornos específicos que se realacionan en la tabla 1.

Síndrome de las piernas inquietas

Este tipo de alteración está caracterizada por una desgradable sensación de incomodidad en las piernas durante los períodos de reposo y, generalmente, antes del inicio del sueño. Es característico que estas molestias disminuyan o desaparezcan con el movimiento de las extremidades inferiores. Esto ocasiona dificultades para iniciar el sueño y da lugar a un insomnio de inicio. De forma muy frecuente se asocia con un *mioclonus* nocturno (sacudidas de las extremidades) y precisamente por un despertar nocturno puede volver a aparecer la

TABLA 1
Clasificación del insomnio según su etiología

| |
|---|
| Causas intrínsecas |
| Asociado con trastornos comportamentales/psicofisiológicos |
| Asociado con trastornos psiquiátricos |
| Asociado con empeoramiento respiratorio inducido por el sueño |
| Asociado con trastornos del movimiento |
| Asociado con parasomnias |
| Asociado con trastornos del sistema nervioso central |
| Causas extrínsecas |
| Asociado con factores ambientales |
| Asociado con dependencia de drogas |
| Causas circadianas |
| Asociado con trastornos del modelo temporal del ciclo sueño-vigilia |
| Insomnio idiopático |

Esquema resumen 1

El insomnio es una alteración con alta prevalencia que puede llegar hasta el 34% de la población general si se contabiliza el insomnio crónico con el transitorio

Por insomnio se entiende la dificultad para iniciar o mantener el sueño y/o despertar precoz acompañado de un mal funcionamiento diurno

A efectos prácticos el insomnio se puede clasificar por su duración, por su gravedad y por su forma de presentación

Generalmente se considera el insomnio como síntoma de alguna alteración que lo provoca. Otra forma de clasificar el insomnio es atendiendo a las diferentes etiologías que lo precipitan (trastornos psiquiátricos, factores ambientales, asociado con parasomnias, etc.). Por su alta prevalencia es destacable, como etiología del insomnio, el síndrome de piernas inquietas, que se describe en este artículo

sensación de «piernas inquietas». Es muy importante entender que «no son rampas, ni dolor, ni problemas en la circulación» sino una sensación real de «inquietud». Es vital para los pacientes la necesidad de movilizar las piernas con el fin de mejorar esta desgradable sensación. Este trastorno puede llegar a ser grave cuando alcanza una fase avanzada, ya que la persona no puede estar acostada para dormir, y lo que en un principio pueden ser molestias, termina convirtiéndose en un dolor. La intensidad varía según los casos. Puede aparecer de forma ocasional, incluso en formas gravísimas que conducen a una incapacitación, ya que al no poder conciliar el sueño, a pesar de la «gran cantidad de sueño que se acumula», el paciente llega a ser tildado de «enfermo psiquiátrico» cuando no se conoce este síntoma.

Normalmente es observable en distintos miembros de una familia, y ocasionalmente también se manifiesta durante el día (aunque siempre de forma más llamativa durante la noche). Durante el día es mucho más llevadero porque la sensación de inquietud no modifica la vigilia. Simplemente, el paciente se levanta de donde está y realiza unos cuantos pasos, lo que hace ceder la sensación desgradable.

Diagnóstico

Para el diagnóstico del insomnio disponemos de unos procedimientos básicos y otros opcionales. Entre los primeros están la historia clínica, la historia del sueño y la exploración física y las pruebas complementarias

Esquema resumen 2

Diagnóstico

Para un buen diagnóstico diferencial podemos destacar unos requerimientos básicos y otros opcionales. De los requerimientos básicos destaca la realización de una completa historia clínica y una historia de sueño. En los requerimientos opcionales destaca la polisomnografía nocturna utilizada como prueba complementaria en determinados insomnios y el test de latencias múltiples usado normalmente en la detección de la narcolepsia.

TABLA 2
Pasos en el diagnóstico del insomnio

| |
|---|
| Entrevista con el paciente |
| Exploración psicopatológica |
| Factores predisponentes, desencadenantes o perpetuantes |
| Trastornos depresivos, ansiosos o de la personalidad |
| Exploración del grado de afectación diurna |
| Entorno psicosocial |
| Consumo de fármacos |
| Hábitos de vida |
| Exploraciones complementarias |
| Estudio psicopatológico: MMPI, SCL-90R |
| Evaluación de ansiedad o depresión |
| Escala Hamilton de ansiedad, STAI |
| Escala de depresión de Beck |
| Polisomnografía nocturna |
| Exámenes analíticos |

básicas. Entre los segundos están las agendas de sueño, la polisomnografía, los tests de latencias múltiples (MSLT), la actigrafía, la consulta al especialista en medicina del sueño y otros.

Historia clínica

En la historia clínica (tabla 2) deberán constatarse las dificultades para el inicio y/o mantenimiento del sueño, así como la alteración o distrés que provoca en el funcionamiento diurno. También será importante investigar las enfermedades concomitantes, tratamientos farmacológicos y la historia de abuso de sustancias.

Historia de sueño

La historia de sueño deberá comprender los datos referentes a los parámetros de sueño (latencias, despertares, etc.), frecuencia y tiempo de evolución, factores desencadenantes, efectos residuales, higiene del sueño (siestas, horarios, etc.) y respuesta a tratamientos anteriores.

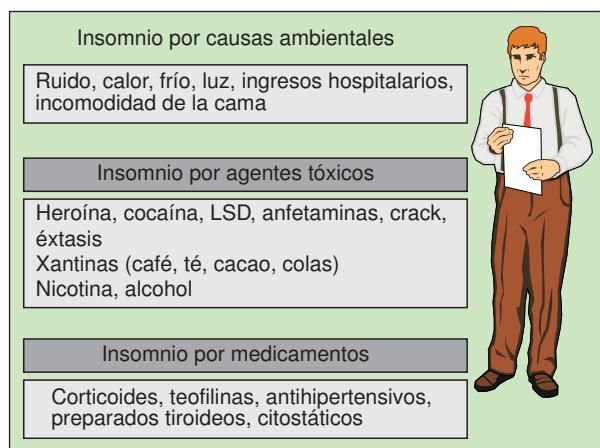


Fig. 2. Factores ambientales que pueden causar insomnio.

Polisomnografía

Consiste en realizar un estudio de sueño nocturno. No está indicada para el diagnóstico de rutina del insomnio. No obstante, deberá realizarse si tras la historia clínica, de sueño, y la exploración física se sospecha la presencia de: alteración respiratoria relacionada con el sueño; trastorno neuromuscular; narcolepsia; algunas parasomnias; epilepsia relacionada con el sueño; sospecha de *mioclonus* nocturno y/o síndrome de piernas inquietas, y otras afecciones diagnosticables mediante polisomnografía.

Tratamiento

Las posibilidades de abordaje del insomnio giran alrededor de dos tipos de medidas, generalmente complementarias: biológicas (psicofarmacológicas y cronobiológicas) y psicológicas (cognitivas y conductuales) de forma que se puede utilizar varios tipos de recursos que incluyen:

- 1. Tratamiento etiológico.** Implica el diagnóstico diferencial de las causas del insomnio ya que su etiología determinará su tratamiento.
- 2. Intervenciones psicológicas y educativas.** Incluyen medidas de higiene del sueño, técnicas de control de estímulos, técnicas de relajación, restricción de sueño y terapias cognitivas.
- 3. Farmacología.** Hipnóticos, antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos, entre otros.
- 4. Cronoterapia y fototerapia.**
- 5. Medidas específicas.** Como norma general al iniciar un tratamiento con fármacos hipnóticos, deben asociarse siempre medidas de higiene del sueño. Sin embargo, el tipo de tratamiento dependerá del tipo de insomnio:
 - Insomnio transitorio: el tratamiento hipnótico puede estar indicado desde el principio del síntoma.

TABLA 3

Consejos prácticos para el paciente con insomnio

Consejos para una mejor noche

1. Procure levantarse cada día a la misma hora. Por la noche, acuéstese cuando sienta sueño pero no antes de las 23 h
2. Tomar un baño caliente antes de acostarse es relajante: procure estar al menos 10 min dentro del agua
3. El café, el té, las colas y el chocolate son excitantes. Evítelos
4. El alcohol «atonta» y da un sueño de mala calidad. No lo tome
5. Deje pasar al menos 2 h después de la cena antes de acostarse
6. Mantenga una temperatura constante en la habitación, entre 18 y 22 °C
7. El ruido y la luz excesiva rompen el sueño. Duerma sin luz y sin ruido

Consejos para un mejor día

1. Seguir horarios regulares de comida, trabajo y ocio
2. Realice ejercicios suaves (andar o gimnasia) a mediodía o por la tarde
3. Aprenda a decir que no está disponible siempre
4. Guarde momentos para desconectar y reflexionar sobre su actividad
5. La vida se compone de tareas por acabar que requieren un tiempo
6. Organice su tiempo, haga listas de las cosas que debe hacer y establezca prioridades
7. Durante al menos dos momentos al día relájese y respire profundamente durante 5 min

– Insomnio subagudo: el tratamiento hipnótico puede estar también indicado desde el inicio del síntoma debiendo recomendar tratamiento cognitivo-conductual.

– Insomnio crónico: si se administra medicación hipnótica deberá ser de manera temporal e intermitente. Debe realizarse siempre terapia cognitivo-conductual que constituirá la piedra angular del tratamiento.

En pacientes cuyo insomnio es secundario a otra afección, en concreto psiquiátrica (ansiedad, depresión, esquizofrenia, demencia), se dará prioridad al tratamiento de ésta con antidepresivos, ansiolíticos, entre otros.

En pacientes con EPOC y con SAOS los fármacos benzodiacepínicos están contraindicados.

Otros tratamientos

Antihistamínicos

La doxilamina y la difenhibramina son antihistamínicos usados habitualmente como inductores de sueño, a pesar de que producen sedación diurna, deterioro psicomotor y efectos adversos anticolinérgicos. No son recomendables por su larga duración.

Esquema resumen 3

Tratamiento

El tratamiento del insomnio se hará siempre desde una perspectiva multifocal que abarcará desde medidas psicofarmacológicas hasta intervenciones cognitivoconductuales y educativas, dependiendo siempre de la etiología causante del cuadro. Ambos enfoques son complementarios y generalmente es imprescindible abordar todos los aspectos del problema para un correcto tratamiento

Valeriana

Como hipnótico, los estudios son escasos y poco concluyentes. Utilizada durante el día puede ser útil para mejorar el sueño debido a su efecto ansiolítico.

Melatonina

Se ha demostrado su implicación en la regulación del ciclo sueño-vigilia, su eficacia terapéutica para disminuir el *jet-lag* y el síndrome de fase retrasada de sueño. Los estudios sobre eficacia hipnótica no son concluyentes. En España no está disponible para prescripción.

Antidepresivos

Están indicados en el tratamiento del insomnio secundario a la depresión, pero hay pocos datos que apoyen su uso en otros insomnios. Posibilidad de efectos adversos.

Etanol

Su uso está contraindicado como tratamiento del insomnio.

Homeopatía

Aunque es ampliamente utilizada, no existen datos que avalen ni contradigan su eficacia terapéutica.

Por último, el tratamiento del paciente con insomnio debe incluir una serie de consejos prácticos dirigidos a conseguir una mejor noche y un mejor día, que se relacionan en la tabla 3.

Bibliografía recomendada

- Kryger M, Roth T, Dement W. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia: Saunders, 1994.
- Culebras A. La medicina del sueño. Barcelona: Ancora, 1994.
- Estivill E, De Béjar S. Necesito dormir. Barcelona: Plaza y Janes, 1999.