

Insomnio

Clasificación, prevención y tratamiento farmacológico



El insomnio es problema muy extendido que tiene un alto impacto social y sanitario. Dado que es una disfunción infradiagnosticada, habitualmente no se le da un tratamiento correcto. El farmacéutico comunitario puede desempeñar un papel importante en la detección del insomnio, aconsejar las medidas higiénicas básicas del sueño y derivar al paciente al especialista en caso de que sea necesario. La autora analiza la fisiología del sueño y su clasificación, así como la prevención del insomnio y su tratamiento farmacológico.

El sueño es una situación fisiológica del organismo que mediante una pérdida reversible de la conciencia y actividad motora consigue una reparación del cansancio físico y psíquico. La alteración del sueño común se denomina insomnio y se trata de uno de los síntomas más frecuentes que afectan a la población. Cerca del 10% lo presenta de forma crónica y casi un 50% lo padece en algún momento de su vida. Su prevalencia es mayor en ancianos, mujeres, pacientes con problemas médicos o psiquiátricos, consumidores de sustancias de abuso y personas con posiciones socioeconómica y educacional.

M. RAFAELA ROSAS MORALES

LICENCIADA EN FARMACIA Y CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LOS ALIMENTOS.



Fisiología del sueño

El sueño es un proceso activo complejo que se caracteriza por desarrollarse en dos estados característicos que se observan mediante electroencefalograma.

Fase REM (*rapid eye movement*)

Es un sueño de movimientos oculares rápidos conocido también como sueño paradójico, de sincronizado o D. Es una etapa que se caracteriza por una actividad neuronal muy elevada e hipotonía muscular. Es la fase en la que se producen los sueños.

Fase NREM o de sueño lento (sin movimientos oculares rápidos)

Comprende cuatro estadios y se caracteriza por una retardación progresiva de la actividad neuronal, pero persiste el tono muscular. Los diferentes estadios son:

- **Estadio 1 (adormecimiento).** Estado de somnolencia que dura unos minutos (5% del tiempo total del sueño).
- **Estadio 2 (sueño ligero).** Disminuyen tanto el ritmo cardíaco como el respiratorio. Se dan variaciones en el tráfico cerebral, períodos de calma y súbita actividad. Es más difícil despertarse que en la fase 1 (50% del tiempo total de sueño).
- **Estadio 3.** Es una fase de transición hacia el sueño profundo. Se pasan unos 2–3 min aproximadamente en esta fase.
- **Estadio 4 (sueño delta).** Es una fase de sueño lenta, las ondas cerebrales en esta fase son amplias y lentas, así como el ritmo respiratorio. Cuesta mucho despertarnos estando en esta fase, que dura unos 20 min aproximadamente. No suelen producirse sueños (20% del tiempo total de sueño).

Durante el sueño tienen lugar varios ciclos (4–6 por noche) en los que se alternan fases REM y NREM. Se estima que el sueño paradójico ocupa el 25% del total del sueño.

Las necesidades de sueño varían según la edad y características del individuo. La mayoría de los adultos duerme 5–9 h, aunque lo más frecuente es unas 7–8 h. La duración del sueño disminuye con el envejecimiento.

Generalidades

Se define el insomnio como una sensación subjetiva de malestar respecto a la duración y/o la calidad del sueño, que se percibe como insuficiente y no reparador. La persona con insomnio presenta alguno de los siguientes síntomas: incapacidad para conciliar el sueño, aumento del número de despertares nocturnos, disminución del tiempo de sueño (despertar temprano) o sensación de sueño insuficiente.

El insomnio puede dar lugar a fatiga, ansiedad y disminución del grado de alerta. Aparece somnolencia diurna, que puede provocar accidentes domésticos o laborales.

Las causas del insomnio (tabla 1) pueden ser de índole muy diversa y, en ocasiones, no presentarse aisladas y/o ser fácilmente identificables. El conocimiento de la etiología del insomnio será necesario para tratarlo adecuadamente, ya que en una gran mayoría de los casos se trata de una manifestación secundaria de otra afección o estado subyacente que afecta al paciente, y sólo en un pequeño porcentaje es el resultado de un trastorno primario del sueño.

El insomnio también se relaciona con la edad. Se trata del trastorno del sueño infantil más frecuente y puede afectar desde lactantes hasta niños de 5–6 años. Normalmente, la causa es una deficiente adquisición del hábito del sueño. Por otra parte, la edad avanzada conlleva también una alteración de los ciclos de sueño. El sueño se vuelve menos reparador, ya que se acortan las fases 3 y 4 y se alargan las restantes.

Tabla 1. Causas del insomnio

Insomnio secundario	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónicas: alergia, trastornos cardiovasculares, EPOC, demencia, procesos oncológicos, endocrinos o alteraciones metabólicas, etc. • Problemas psiquiátricos: depresión, trastornos de adaptación, obsesivo-compulsivos, de ansiedad, etc. • Consumo de excitantes: alcohol, café, té, cacao, cola, tabaco, cocaína, etc. • Situaciones de estrés • Factores ambientales inadecuados • Acontecimientos vitales • Ruptura del ritmo circadiano (de corta duración, como el <i>jet-lag</i>)
Insomnio primario	<ul style="list-style-type: none"> • Apnea del sueño, que se diagnostica mediante polisomnografía • Síndrome de piernas inquietas • Síndrome del movimiento periódico de las piernas: movimientos bruscos por la noche, generalmente asociados al envejecimiento • Estrés crónico, que causa una hipervigilancia una vez pasada la situación que lo originó • Trastornos del ritmo circadiano, sobre todo, en turnos de trabajo nocturno
Medicamentos que pueden causar insomnio	<ul style="list-style-type: none"> • Aminas simpaticomiméticas • Anticolinérgicos • Antidepresivos • Antihipertensivos • Antineoplásicos • Estimulantes del SNC • Hormonas • Otros: fenitoína, nicotina, levodopa, quinidina, cafeína



Clasificación

En la clasificación del insomnio se pueden utilizar diferentes criterios que nos evidencian distintos tipos.

En función de la duración

- **Agudo o transitorio.** Dura 2-3 días y a continuación desaparece. Suele aparecer relacionado con situaciones estresantes no habituales como exámenes, viajes o trabajo. No se recomienda tratamiento, ya que remite cuando se elimina la causa que ha provocado la situación de estrés.
- **De corta duración.** Dura un máximo de 4 semanas y se relaciona con situaciones estresantes de mayor duración o gravedad, problemas familiares, económicos, laborales, etc.
- **Crónico o de larga duración.** Dura más de 3 semanas o un mes. Sus causas son múltiples y muchas veces no están claras. Para muchos se trataría del verdadero insomnio.

En función de la intensidad

- **Leve o ligero.** Se presenta casi cada noche, pero se asocia con un deterioro mínimo de la calidad de vida.
- **Moderado.** Se sufre cada noche. Se relaciona con un deterioro moderado de la calidad de vida y se observan síntomas asociados como irritabilidad, ansiedad, fatiga, etc.
- **Grave.** Igual que el anterior, tiene lugar cada noche y se relaciona con un deterioro moderado de la calidad de vida, pero en este caso los síntomas asociados se presentan con una intensidad mayor.

CONSEJOS DESDE LA FARMACIA

Instrucciones del control de estímulos

- Acostarse sólo cuando se esté en estado somnoliento.
- Utilizar la cama y el dormitorio sólo para dormir o mantener relaciones sexuales.
- Salir de la cama e ir a otro cuarto cuando se sea incapaz de dormirse o volver a dormirse en 15-20 min. Volver a la cama al cabo de media hora, pero sólo si está somnoliento de nuevo. El proceso se repetirá durante toda la noche si es necesario.
- Levantarse cada mañana a la misma hora, independientemente de las horas dormidas durante la noche.
- Evitar las siestas durante el día. ■

Según su naturaleza y forma de presentación

- **De conciliación.** Cuando se tarda más de 30 min en conciliar el sueño.
- **De mantenimiento.** Cuando el sueño se ve interrumpido durante la noche y hay dificultad para volver a conciliarlo.
- **De despertar precoz.** El individuo se despierta antes de lo normal. Es el más frecuente en ancianos y en pacientes con depresión.

Prevención. Medidas higiénicas del sueño

Independientemente de la causa que origine el insomnio y antes de instaurar un tratamiento, es necesario establecer una serie de pautas que puedan ayudar a conciliar el sueño.

La premisa es que el paciente debe tener unas expectativas de sueño realistas. Puede tranquilizar saber que es normal dormir poco si durante el día no se está cansado o somnoliento, que el tiempo de sueño disminuye con la edad y que muchas veces el insomnio desaparece sin hacer nada especial.

Horario regular y pautas establecidas

El sueño presenta un ritmo que se debe respetar para no producir alteraciones en él. Es aconsejable que el individuo vaya a la cama a la misma hora más o menos todos los días, ya que así el organismo reconoce que ha llegado su hora de dormir. Se debe evitar acostarse si no se tiene sueño. La constancia a la hora de despertarse ayudará a cumplir los horarios de inicio del sueño.

Por otra parte, es importante establecer una serie de rutinas antes de acostarse, como pueden ser ponerse el pijama, cepillarse los dientes y el cabello, desmaquillarse, tomar un vaso de leche o preparar la cama, que van a ayudar a predisponer el organismo a conciliar el sueño.

Realización de ejercicio

Es aconsejable la realización de un ejercicio moderado al menos 3 días por semana, p. ej., andar seguido y sin parar durante 15 min. Es preferible realizarlo durante el día, nunca antes de acostarse.

Controlar la dieta

Es importante llevar una alimentación adecuada y no irse nunca a la cama con hambre o después de una comida copiosa. Deben evitarse el consumo de bebidas estimulantes como el café, refrescos de cola, té u otras que puedan incidir sobre el sistema nervioso central, sobre todo, por la tarde. Por otra parte, alimentos como la leche, ricos en triptófano, pueden ayudar a conciliar el sueño por su efecto sedante.



El consumo de alcohol se desaconseja antes de acostarse. Su ingestión excesiva en una primera fase produce somnolencia, pero es también la causa de un sueño fragmentado.

Es interesante limitar la ingesta excesiva de líquidos y diuréticos al final del día, que pueden aumentar la necesidad de orinar por la noche.

También se tiene que evitar el consumo de nicotina a través del tabaco.

Control de los condicionantes a la hora de conciliar el sueño

El individuo se tiene que relajar antes de coger el sueño y para ello se deben controlar las variables como mantener el dormitorio en óptimas condiciones ambientales para dormir (temperatura fresca y agradable, luz tenue, humedad adecuada, silencio, etc.), controlar que la cama sea la adecuada (colchón, somier, ropa) y utilizar prendas cómodas.

Actuaciones que induzcan la relajación

Es importante que el individuo se dedique tiempo a sí mismo haciendo cosas que le gusten (leer, escuchar música, aprender nuevas cosas, etc.) y también es muy positivo practicar técnicas de relajación.

Hay que interrumpir el estrés durante el día, con pequeñas pausas y cambiando de actividad o relajándose, ya que se evita la acumulación de tensión y favorece la conciliación del sueño.

Seguir las instrucciones del control de estímulos

Persiguen el objetivo de que el paciente asocie irse a la cama con el hecho de dormirse rápidamente.

Conclusión

El insomnio es una entidad altamente prevalente que tiene un impacto social y sanitario muy alto. Con todo, incluso hoy día, el insomnio está infra-diagnosticado y no se le da un tratamiento correcto.

Es importante que el farmacéutico, como agente sanitario que es, actúe en la detección del problema, oriente al paciente, sobre todo en las medidas higiénicas del sueño, y le derive, en casos de insomnio subagudo o crónico, a una consulta médica para un estudio profundo y un tratamiento adecuado.

El abordaje del insomnio se debe hacer tras un diagnóstico correcto, y debe orientarse hacia un tratamiento etiológico con medidas no farmacológicas y, eventualmente, farmacológicas, siempre teniendo en cuenta las características particulares de cada paciente. ■

Bibliografía general

- Albares J, De la Fuente V. Terapéutica del paciente con insomnio. Barcelona: Jano. 2004;1531:49-51.
- Anónimo. Insomnio. Madrid: Consejo General de COF; 2002 [consultado 27-12-2006]. Disponible en: <http://bbs.cofb.net/dbtw-wpd/textbase/PDF/insomnio.pdf>
- Anónimo. Tratamiento del insomnio y la narcolepsia. Pharmaceutical Letter. 2004;6:65-70.
- Carretero M. Insomnio: Tratamiento con un potenciador de la acción neuroinhibidora del GABA. Offarm. 2006;25:90-2.
- Catálogo de Especialidades farmacéuticas. Madrid: Consejo General de COF; 2006. p. 2263-306.
- Encabo B, Gaminde M, Gurrutxaga A, Gutiérrez A, Rodríguez E, Sakona L, et al. Protocolos de atención farmacéutica: insomnio. Farmacia Profesional. 2000;14:72-82.
- Estivill E, Pin G. Tratamiento del insomnio. Barcelona: Jano. 2005;1578:93-5.
- Garrote A, Bonet R. Insomnio (II). Prevención y tratamiento. El Farmacéutico. 2004;320:94-104.



Tratamiento farmacológico

El insomnio es un cuadro, tal y como hemos comentado, bastante complejo, lo que dificulta su tratamiento. Previamente a la instauración de cualquier medida farmacológica, deberá realizarse un diagnóstico diferencial de las causas que lo originan. El tratamiento del insomnio debe estar siempre enfocado hacia la eliminación de las causas que lo provocan.

El primer paso ante el insomnio es la prevención, con el cambio de estilo de vida. Se deben adoptar las llamadas medidas higiénicas del sueño que se combinarán, ante la persistencia del problema, con ciertas técnicas, llegando, si es necesario, al tratamiento farmacológico (tabla 2).

Los principales objetivos del tratamiento farmacológico del insomnio

buscarían erradicar o mitigar los problemas subyacentes, prevenir la progresión del insomnio agudo, mejorar la calidad de vida del paciente y su sueño y, sobre todo, evitar la evolución hacia un insomnio crónico.

La elección del tipo fármaco dependerá del tipo de insomnio y, en general, atendiendo a su duración, se seguirán los criterios que se resumen en la tabla 3.

Tabla 2. Diferentes actuaciones frente al insomnio

Técnicas conductuales	Buscan cambiar los malos hábitos del sueño, reducir la ansiedad y modificar las creencias disfuncionales que pueden exacerbar el insomnio
Técnicas de restricción del sueño	Tratan de asegurar el ciclo sueño-vigilia estable, basándose en que los que tienen insomnio tienden a largar su permanencia en la cama (acostándose más temprano o levantándose más tarde)
Técnicas de relajación	Se encaminan a controlar la acumulación de la tensión diurna a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Relajación muscular progresiva • Respiración abdominal • Visualización guiada de imágenes • Entrenamiento autógeno
Tratamiento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> • Hipnóticos • Antihistamínicos H₁ • Fitoterapia • Homeopatía

Los pacientes con insomnio secundario a otra enfermedad darán prioridad al tratamiento de ésta.

A continuación se describen los principales grupos de fármacos en el tratamiento del insomnio. Cabe decir que en la mayoría de los casos se responde con los dos primeros grupos. La fitoterapia y la homeopatía se utilizan en casos leves o como tratamiento complementario.

Hipnóticos

Son los medicamentos que ayudan a iniciar y mantener el sueño. Su administración la debe controlar un profesional médico.

Barbitúricos

Fueron los primeros hipnóticos usados pero, en la actualidad, su utilización está contraindicada. No son capaces de inducir el sueño fisiológico, producen tolerancia y

dependencia y su sobredosis puede resultar fatal, especialmente si se combinan con alcohol.

Benzodicepinas

Actúan uniéndose a receptores específicos presentes en el sistema nervioso central y periférico, aunque en este último caso se trata de receptores de baja afinidad. Son eficaces en la reducción de la latencia del sueño y el aumento del tiempo total del sueño, aunque alteran su estructura. Son agonistas no selectivos del complejo receptor GABA-A, lo que les confiere propiedades ansiolíticas, miorrelajantes y anti-convulsivantes.

Hay una amplia variedad de moléculas dentro de este grupo y esto nos da un amplio abanico en cuanto a la potencia farmacológica, propiedades farmacocinéticas y duración de la acción.

Los efectos adversos más frecuentes son somnolencia diurna, fatiga y ataxia, aunque hay otros efectos colaterales. Pueden causar tolerancia y dependencia en dosis elevadas y tratamientos prolongados.

Hipnóticos no benzodicepínicos

Son los fármacos de elección hoy día y se trata de agonistas selectivos del complejo receptor GABA-A, como el zolpidem, la zopiclona y el zaleplón. Se caracterizan por conferir propiedades hipnóticas sin acción miorrelajante ni anticonvulsivante. Tienen una absorción y eliminación rápidas y son eficaces y seguros para su uso clínico. El zolpidem y zaleplón no producen insomnio de rebote, ni síndrome de retirada, siempre que se controlen las dosis, y el zolpidem y la zopiclona respetan la arquitectura del sueño en personas sanas e incluso la mejoran en personas con insomnio.

El profesional sanitario elegirá el hipnótico respetando siempre una serie de criterios (tabla 4).

Tabla 3. Criterios para el tratamiento del insomnio según su duración

Insomnio transitorio	<ul style="list-style-type: none"> • Puede no ser necesario el tratamiento • En caso de necesidad de tratamiento, se recomiendan hipnóticos de acción corta, en dosis bajas y durante 1-3 noches
Insomnio de corta duración	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda aplicación de medidas de higiene del sueño y técnicas de relajación • Si se precisa un hipnótico, éste tiene que ser de acción corta y la dosis mínima eficaz • La duración del tratamiento no debe exceder 1-3 semanas (es preferible administrar el hipnótico de forma intermitente e interrumpir el tratamiento de forma gradual)
Insomnio de larga duración	<ul style="list-style-type: none"> • Es preciso un estudio médico, fisiológico y psiquiátrico para identificar la causa y aplicar un tratamiento etiológico; o por el contrario, descartar enfermedades subyacentes • Se recomiendan medidas de higiene del sueño y tratamientos psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Son aconsejables hipnóticos de acción intermedia o larga, con una administración intermitente 	

**Tabla 4. Criterios que hay que tener en cuenta en el tratamiento con hipnóticos**

Principios fundamentales	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la mínima dosis eficaz • Administrar el tratamiento de forma independiente • Prescribir medicación durante un período corto (no superior a 3-4 semanas) • Interrumpir el tratamiento de forma gradual • Vigilar la posible aparición de insomnio de rebote tras la suspensión de tratamiento
Puntos clave en la elección	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar hipnóticos de vida media corta (< 6 h) en caso de insomnio de conciliación, ancianos, pacientes con insuficiencia hepática o renal, o cuando sea necesaria una actividad diurna que requiera alerta y concentración • Elegir un hipnótico de 6-8 h de vida media en el insomnio de mantenimiento • Los hipnóticos de vida larga (> 8 h) están indicados en los pacientes con grados altos de ansiedad durante el día, aunque pueden producir un cierto grado de sedación diurna y dificultar algunas tareas laborales (la velocidad de metabolización se enlentece con la edad, por lo que los ancianos deben empezar el tratamiento con la mitad de la dosis)
Contraindicaciones de los hipnóticos	<ul style="list-style-type: none"> • Se contraindican en mujeres embarazadas, durante el primer trimestre y en el período de lactancia • En el caso de síndrome de apnea obstructiva del sueño no tratada • Pacientes con antecedentes de dependencia de alcohol u otras sustancias • Pacientes que en su estructura de sueño normal pueden necesitar despertar en determinadas condiciones de funcionamiento • Pacientes con enfermedad hepática, renal o respiratoria • Las distrofias musculares y la miastenia graves son contraindicaciones relativas

quilizante. Se puede utilizar la fitoterapia para el tratamiento de insomnio leve o moderado. Normalmente se tienen que utilizar de forma combinada. Suelen prescribirse preparados a partir de planta triturada, extractos, tinturas, etc., de *Crataegus monogyna*, *Humulus lupulus*, *Melissa officinalis*, *Citrus aurantium*, *Passiflora incarnata*, *Papaver rhoeas*, *Tilia cordata* y *Valeriana officinalis*.

Homeopatía

La medicina homeopática también dispone de diferentes tratamientos que tratan de abordar el problema del insomnio. Los medicamentos homeopáticos tratan de recuperar el descanso nocturno de una forma personalizada, sin producir efectos secundarios. ■

Antihistamínicos H₁

Otra alternativa útil, sobre todo en el caso de insomnios transitorios. El poder sedativo es menor (se trata de un efecto secundario) y poseen una mayor seguridad farmacológica. Los más utilizados son la doxilamina y la difenhidramina. Los efectos adversos observados son: sedación diurna, deterioro psicomotor y efectos anticolinérgicos.

La tabla 5 relaciona los principales fármacos hipnóticos y antihistamínicos describiendo el inicio de acción, semivida y dosis diarias necesarias para un adulto.

Fitoterapia

Sabemos que algunas plantas naturales tienen poder tran-

Tabla 5. Fármacos utilizados en el tratamiento del insomnio

FÁRMACO	INICIO DE LA ACCIÓN	VIDA MEDIA (H)	DOSIS ADULTOS (MG/DIA)
Benzodiazepinas			
• Midazolam	• Rápido	2-5	7,5-15
• Brotizolam	• Rápido	4-7	0,25-0,5
• Triazolam	• Intermedio	2-5	0,125
• Loprazolam	• Intermedio	6-8	1
• Lorazepam	• Intermedio	8-25	1-2
• Flunitrazepam	• Intermedio	13-19	0,5-1
• Lormetazepam	• Intermedio	9-15	0,5-1,5
• Nitrazepam	• Intermedio	18-34	5-10
• Clorazepato dipotásico	• Rápido	48	15
• Diazepam	• Rápido	24-48	5-10
• Flurazepam	• Rápido	47-100	15-30
• Quazepam	• Rápido	25-41	7,5-15
• Prazepam	• Lento	70-78	20
• Ketazolam	• Lento	2	15-60
Antihistamínicos			
• Difenhidramina	• Rápido	4-8	20-50
• Doxilamina	• Intermedio	10	25
Análogo a las benzodiazepinas			
• Zolpidem	• Rápido	2,5	10
• Zopiclona	• Rápido	3,5-6,5	7,5
• Zaleplón	• Rápido	1	10