

INSOMNIO

María Arrieta, Javier Goena

El insomnio es la dificultad en conciliar o mantener el sueño, a pesar de tener unas condiciones adecuadas para dormir. La falta de sueño repercute en el funcionamiento diario. No se define el insomnio en función de las horas de sueño, ya que la cantidad necesaria de sueño varía de una persona a otra. ¿Es una de las quejas más frecuentes para acudir al médico?

En algunos casos suele asociarse con otra patología concomitante, ya sea una enfermedad, dolor o estrés. En dichos casos, el poder tratar la patología subyacente, puede ayudar a mejorar el sueño. De todos modos, el insomnio se considera frecuentemente como un trastorno independiente, que puede no tener una causa identificable o no remitir a pesar de tratar con éxito dicha causa. Deben tratarse tanto el insomnio como la comorbilidad, ya que el insomnio puede empeorar o precipitar esas comorbilidades y su tratamiento puede mejorarlas.

Hay que tener en cuenta el potencial riesgo en la salud de un insomnio crónico no tratado, ya que puede llevar a disminución de la calidad de vida, aumento de comorbilidades psiquiátricas y abuso de sustancias y peor rendimiento. Se asocia a mayor mortalidad en general y a patología cardiovascular.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico de insomnio requiere 3 componentes: dificultad persistente en el sueño, oportunidad adecuada para dormir y disfunción diurna asociada (cansancio, falta de atención, fallos de memoria, cambios en el humor, ansiedad, irritabilidad, somnolencia, confusión, falta de energía, aumento de errores o accidentes, problemas de conducta, preocupación continua acerca del sueño...). La restricción de sueño voluntaria puede asociarse también a sintomatología diurna, pero en este caso el paciente conseguiría conciliar el sueño rápidamente en el caso de que se le ofreciera un oportunidad para ello. Hay que tener en cuenta que muchos pacientes tienden a subestimar el tiempo de sueño.

Tipos de insomnio

- **Insomnio agudo o "short-term"**: Dura menos de 3 meses, y suele asociarse a algún estresor (físico, psicológico, psicosocial o interpersonal: pérdida de trabajo, duelo, divorcio, pelea...). El insomnio puede darse en episodios, en relación con los estresores.

- **Insomnio crónico:** Tiene una frecuencia como mínimo de 3 veces a la semana durante 3 meses o más. Latencia de sueño de más de 30 minutos (más de 20 en niños) o periodos de despertar de más de 30 minutos (más de 20 en niños) o despertar precoz de más de 30 minutos antes de la hora esperada. El insomnio crónico suele coexistir con trastornos psiquiátricos. También se asocia a enfermedades pulmonares, hipertensión, diabetes, cáncer, dolor crónico y fallo cardíaco.

Muchas veces no se puede establecer una correlación clara entre el insomnio y la enfermedad (orgánica o psiquiátrica); suele ser una relación bidireccional.

En la depresión hay una disminución de la latencia para el sueño REM con aumento de éste en el primer tercio de la noche. La resolución del insomnio predice una respuesta favorable al tratamiento de la depresión. Y al contrario, si no se trata la depresión puede no resolverse el insomnio.

La retirada de algunos fármacos como sedantes, hipnóticos o corticoides puede causar insomnio. También hay fármacos que favorecen el insomnio.

Los pacientes que no reciben tratamiento adecuado para el insomnio tienden a buscar tratamientos alternativos y tienen mayor potencial de abuso de sustancias. El alcohol puede reducir la latencia de sueño a corto plazo, pero a la larga causa fragmentación del sueño o despertar precoz. El insomnio puede ser un factor de recaída en el consumo de alcohol en pacientes que ya habían logrado la abstinencia.

Criterios de Trastorno de insomnio

A. Insatisfacción por la cantidad o calidad del sueño, asociado a uno o más de los siguientes:

1. Dificultad para iniciar el sueño.
2. Dificultad para mantener el sueño (despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño).
3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.

B. Asocia malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento (social, laboral, académico...).

C y D. Problema en el sueño un mínimo de 3 noches a la semana durante un mínimo de 3 meses.

Otros trastornos del sueño: síndrome de apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, síndrome de movimientos periódicos de las piernas y alteración del ritmo circadiano.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser individualizado para cada caso y es preferible iniciar con pautas de higiene de sueño antes que introducir medicación. También hay que tratar paralelamente las posibles causas del insomnio (ej. dolor crónico, un duelo...).

Se recomienda una terapia combinada de 6-8 semanas que incluya medicación y terapia cognitivo-conductual para el insomnio, para ir luego reduciendo la medicación. Hay pacientes en los que se inicia solamente con la terapia si la medicación está contraindicada o tiene mayor riesgo de efectos adversos (embarazadas, ancianos, enfermedad renal, hepática o pulmonar).

En la terapia se trata de corregir las creencias erróneas sobre el sueño que tienen los pacientes y aumentan su ansiedad y preocupación (diferentes necesidades de horas de sueño según cada persona, pasar más horas en la cama para recuperar sueño no es eficaz, ideas catastrofistas sobre el rendimiento laboral al día siguiente por no haber dormido...). Además, dentro de la terapia se aconsejan técnicas de relajación o restricción de sueño.

Pautas higiene del sueño

- Acostarse y levantarse siempre a la misma hora, mantener unos horarios regulares de sueño.
- Permanecer en la cama solo el tiempo necesario, entre 7 y 8 horas.
- Mantener las mismas rutinas antes de acostarse (lavarse los dientes, ponerse el pijama, preparar la ropa del día siguiente...).
- Irse a la cama cuando se tenga sueño, evitar pasar demasiadas horas acostado.
- No dormir siesta, máximo 20-30 minutos.
- Usar la cama solo para dormir, asociarla a esa actividad (no ver la televisión en la cama).
- Mantener una temperatura adecuada (18-20°C), sin ruidos ni luces.
- Cenar moderadamente, unas 2-3 horas antes de acostarse. Evitar cenas copiosas o irse a la cama si cenar. Tomar algo ligero antes de acostarse (leche tibia).
- Evitar el consumo de café, te o bebidas estimulantes más allá de las 17h. No utilizar el alcohol como hipnótico. Reducir el consumo de tabaco (es estimulante).
- Realizar ejercicio físico suave regular, pero no a última hora de la tarde.
- No forzar el sueño. En caso de desvelarse, levantarse de la cama y hacer alguna actividad hasta que se vuelva a tener sueño.
- Evitar las pantallas antes de acostarse (móvil, televisión, ordenador...).
- Tratar de cerrar las preocupaciones antes de la hora de acostarse. Puede ayudar el hacer una lista de cosas pendientes para el día siguiente.

Tratamiento farmacológico

- **Melatonina 2mg.** La melatonina es una hormona que se secreta por la glándula pineal y está implicada en la inducción del sueño y en la sincronización del ritmo circadiano. Se puede administrar en pacientes con problemas de sueño asociados a desajuste de fase en el ritmo circadiano sueño-vigilia.

Tratamiento con benzodiacepinas (máximo 2 semanas de tratamiento, luego reevaluar):

- **Zolpidem (Stilnox®):** 10mg (5mg en insuficiencia hepática, edad avanzada). Hipnótico de vida media corta, menor riesgo de somnolencia residual.
- **Zopiclona (Limovan®):** 7,5mg (3,75mg en insuficiencia renal y hepática, edad avanzada).
- **Lorazepam (Orfidal®):** 1 mg (0,5mg en insuficiencia renal y hepática, edad avanzada).
- **Lormetazepam (Noctamid®):** 1 mg (0,5mg en pacientes de edad avanzada; 2mg en insomnio grave o persistente). Vida media larga: insomnio de mantenimiento y despertar precoz.
- **Síndrome de piernas inquietas:** 0,5-1 mg de clonazepam (Rivotril®)

¡Cuidado con potencial de abuso de las benzodiacepinas! Explicarlo al paciente y asegurar un seguimiento con algún médico que pueda reevaluarlo. Posteriormente, realizar una retirada gradual para evitar efecto rebote o síntomas de abstinencia.

**Un consumo elevado de alcohol tiende a empeorar el sueño (no añadir benzodiacepinas, 1º desintoxicación de alcohol).*

- **Trazodona 50mg** (pacientes con sintomatología ansioso-depresiva asociada o poca eficacia de otros tratamientos). Tiene actividad antihistamínica asociada.

Valorar el riesgo de efectos secundarios de los hipnóticos y benzodiacepinas:

- Pueden asociar efectos residuales durante el día (sedación diurna, mareos, inestabilidad, deterioro cognitivo, descoordinación y dependencia).
- Su uso prolongado puede producir dependencia e insomnio de rebote al tratar de retirarlos.
- No deben combinarse con alcohol por riesgo de excesiva sedación y depresión respiratoria.
- Tener precaución por posible acumulación de estos fármacos en pacientes con

patología renal o hepática que pueden tener el aclaramiento del fármaco enlentecido.

- Son depresores del centro respiratorio, pudiendo empeorar el SAOS o causar hipoventilación en pacientes con enfermedad pulmonar.
- En ancianos mayores de 75 años hay mayor riesgo de efectos secundarios por posibles comorbilidades y cambios del SNC asociados a la edad (sedación excesiva, deterioro cognitivo, delirium, confusión, agitación, mayor riesgo de caídas...).
- Durante el primer trimestre de embarazo pueden aumentar el riesgo de malformaciones en el feto.
- Zolpidem tiene como efecto adverso causar alucinaciones.

**Considerar la derivación a un especialista de la Unidad del sueño en caso de que no responda a la terapia o presente síntomas de otros trastornos del sueño (apnea, movimientos periódicos de las piernas, narcolepsia, parasomnias y alteración del ritmo circadiano).*

Insomnio en la infancia-adolescencia

Descartar causas comportamentales, fisiológicas o trastornos psiquiátricos (trastornos del humor o ansiedad). En el niño se recomienda iniciar con técnicas higiénico-conductuales.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Insomnio

- Preguntar por tiempo que tarda en conciliar el sueño, número de despertares y despertar precoz.
- Ver si tiene impacto diurno.
- Valorar enfermedades comórbidas y posible repercusión.
- Preguntar por consumo de cafeína, estimulantes, alcohol, cannabis y posible abuso de benzodiazepinas.

- 1º Pautas higiene del sueño.
- 2º Tratar patología comórbida.
- 3º Valorar terapia cognitivo-conductual y medicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. KAPLAN & SADOCK, Sinopsis de psiquiatría. 11ª Edición, Wolters Kluwer.
2. MARTINEZ y LOZANO, Insomnio (Pautas de actuación y seguimiento).

UPTODATE:

3. BONNET & ARAND, Overview of insomnia in adults.
4. BONNET & ARAND, Clinical features and diagnosis of insomnia in adults.
5. BONNET & ARAND, Treatment of insomnia in adults.