

Insomnio: un desafío complejo

Óscar Giménez



Aproximadamente una de cada tres personas manifiesta insatisfacción relacionada con el sueño, como dificultad para conciliarlo, problemas para mantenerse dormido durante toda la noche o despertares demasiado tempranos. El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, aunque no todas las quejas de los pacientes relacionadas con el dormir pueden considerarse insomnio.

Aunque existen estudios que han analizado la epidemiología del insomnio en la población general, las cifras de prevalencia varían mucho de unos a

No obstante, puntualiza que cuando se añaden en la definición las consecuencias clínicas diurnas del insomnio y la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño, la prevalencia se sitúa entre un 9-15% y un 8-18%, respectivamente. Finalmente, si la definición se basa además en la clasificación del DSM-V, la prevalencia se reduce al 6%.

Manejar estos casos es todo un reto para los médicos de familia, puesto que constituyen un motivo de consulta bastante frecuente. Pujol cita un metaanálisis realizado en Estados Unidos en el que se muestra que del total de

©yanyong/iStock/Thinkstock



otros, probablemente debido a diferencias metodológicas y, especialmente, a que no todos lo definen del mismo modo.

Jesús Pujol, médico de familia y máster en trastornos del sueño, además de miembro del Grupo de Neurología de la semFYC y de la Sociedad Española del Sueño, explica que «en términos de prevalencia en la población general, cuando nos referimos a “quejas” sobre el sueño (o quejas de insomnio), los estudios concluyen que alrededor de un 30% de la población tiene al menos alguna de sus manifestaciones».

pacientes que acuden a la consulta de AP, más del 50% se queja de insomnio solamente si se les pregunta específicamente por el sueño, el 30% lo menciona a su médico de cabecera por iniciativa propia, y únicamente el 5% acude a consulta con el objetivo principal de recibir tratamiento para este problema.

En nuestro ámbito, los estudios de prevalencia sobre trastornos de sueño en la población general son muy limitados y muestran que aproximadamente un 23% presenta alguna dificultad de sueño y que un 11% afirma tener insomnio. Estas cifras, recogidas

«Aproximadamente una de cada tres personas manifiesta insatisfacción relacionada con el sueño, como dificultad para conciliarlo, problemas para mantenerse dormido durante toda la noche o despertares demasiado tempranos. El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, aunque no todas las quejas de los pacientes relacionadas con el dormir pueden considerarse insomnio»

Tipos de insomnio

La clasificación más exhaustiva, según considera Jesús Pujol, es la de la Academia Americana de Medicina del Sueño:

- **Insomnio agudo o de corto plazo.** Puede afectar al 30% de la población. Generalmente está causado por una fuente de estrés y tiende a durar sólo unos pocos días o semanas. Puede ocurrir a cualquier edad y es más común en las mujeres que en los hombres, y en los adultos mayores que en los adultos jóvenes y los niños.
- **Higiene del sueño inadecuada.** Esta forma de insomnio es secundaria a malos hábitos de sueño que mantienen despierto y trastocan el horario de sueño a quien la padece. Está presente en el 1-2% de los adolescentes y adultos jóvenes, y afecta al 5-10% de las personas que consultan a su médico porque no duermen bien.
- **Insomnio secundario al consumo de fármacos u otras sustancias, enfermedades físicas y mentales.** Las encuestas sugieren que aproximadamente el 3% de la población tiene síntomas de insomnio que son causados por una enfermedad médica o psiquiátrica, especialmente depresión.
- **Insomnio paradójico.** Una queja de insomnio severo se produce a pesar de que no hay ninguna evidencia objetiva de una alteración del sueño. La prevalencia en la población general no se conoce. Entre las poblaciones atendidas en las unidades del sueño, este trastorno se encuentra típicamente en menos del 5% de los pacientes con insomnio. Se cree que es más común en los jóvenes y adultos de mediana edad.
- **Insomnio psicofisiológico.** La queja de insomnio se produce junto con una cantidad excesiva de ansiedad y preocupación en relación con el sueño o con el insomnio. Se detecta en el 1-2% de la población general y en el 12-15% de todos los pacientes atendidos en las unidades de sueño. Es más frecuente en mujeres que en hombres. Rara vez se produce en niños pequeños, pero es más común en los adolescentes y todos los grupos de edad adulta.

en la *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*³ del Sistema Nacional de Salud, ya se observan en adultos jóvenes y parecen aumentar con la edad.

En cuanto al impacto que tiene el insomnio sobre la salud, los estudios realizados han demostrado su asociación a un peor estado de salud en general y a una mayor percepción de la propia salud como mala. Fatiga diurna, irritabilidad, falta de concentración, peor rendimiento laboral, incluso mayor riesgo de depresión y ansiedad, se citan a menudo como consecuencias del mal dormir, y es evidente que afecta negativamente a la calidad de vida tanto desde el punto de vista personal como social.

Insomnio a edad avanzada

Los datos epidemiológicos disponibles parecen indicar que la prevalencia aumenta a medida que envejecemos. Pero según Jesús Pujol, hay pocos estudios sobre prevalencia de insomnio en mayores de 65 años. «En estudios internacionales, las cifras varían entre un 12 y un 40% –explica–. En nuestro ámbito, los estudios muestran que, aunque alrededor de un 32% de los mayores presentan perturbaciones en la esfera del sueño, las cifras se sitúan en torno al 12% cuando se refieren a las clasificaciones del insomnio. Estas personas destacan como más prevalentes las que se refieren al “despertar precoz” y al “despertar cansado”.»

A su juicio, aunque no todas las alteraciones del sueño son patológicas en

estas franjas de edad, las perturbaciones del sueño graves pueden contribuir a la depresión y a un deterioro cognitivo. «Las tasas de prevalencia de insomnio son aún más altas cuando se tiene en cuenta la coexistencia de otras enfermedades clínicas o psiquiátricas –añade–. Los cambios de estilo de vida relacionados con la jubilación, la mayor incidencia de problemas de salud y el mayor uso de medicación sitúan a las personas mayores en un mayor riesgo de alteraciones del sueño.»

Las consecuencias del insomnio crónico en los mayores se traducen en tiempos de reacción más lentos y mayor dificultad para mantener el equilibrio, lo que conlleva un incremento del riesgo de caídas. «Estas caídas –comenta Pujol– están directamente relacionadas con un incremento del riesgo de mortalidad. También los mayores afectados presentan déficits en atención y memoria como resultado de un sueño pobre o escaso, síntomas que podrían ser malinterpretados como propios de un deterioro cognitivo leve o demencia.»

Manejo del insomnio en AP

Una buena entrevista clínica debe permitir al médico de familia conocer las características del problema que puede presentar una persona que acude a la consulta. El profesional, con las preguntas adecuadas, podrá descartar otras causas de la insatisfacción referente al sueño y comprender mejor qué tipo de insomnio presenta el paciente (ver recuadros), teniendo en cuenta que, como subraya Jesús Pujol en la entrevista adjunta, «no todo es insomnio».

El objetivo del tratamiento, según la citada *Guía de Práctica Clínica*, será mejorar la satisfacción del paciente. El médico de AP debe considerar un abordaje integral, en el que se tengan en cuenta todos los factores contribuyentes. Se conseguirá así mejorar la calidad y cantidad de sueño, reducir la latencia de sueño y los despertares nocturnos, además de incrementar el

EN PORTADA

Insomnio: un desafío complejo

tiempo total que se está dormido y aumentar el funcionamiento diurno.

Las intervenciones terapéuticas abarcan desde educación para la salud y las medidas de higiene del sueño hasta intervenciones psicológicas, farmacológicas y otros tratamientos. En primer lugar, se recomienda proporcionar información al paciente para que comprenda el origen de su problema y las medidas que se pueden llevar a cabo para resolverlo. Así, el médico puede informar sobre la estructura del sueño, la influencia de la edad, número de horas necesarias, la prevalencia del insomnio, el sueño como reflejo del funcionamiento diurno y viceversa, la importancia del condicionamiento y de los procesos mentales que causan la aparición de un círculo vicioso, el papel de la medicación en el tratamiento, el efecto de ciertas sustancias y la aclaración de objetivos fijados con el tratamiento para ajustarlos a las expectativas.

Por su parte, las medidas de higiene del sueño se basan en una serie de hábitos que pretenden facilitar el comienzo o el mantenimiento del sueño. Entre las más importantes se citan el irse a la cama solamente cuando se tenga sueño; levantarse todos los días a la misma hora; evitar quedarse en la cama más tiempo del necesario; evitar las siestas; evitar o reducir el consumo de alcohol, cafeína e hipnóticos; evitar comidas copiosas antes de acostarse; mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir en relación con el ruido, la luz o la temperatura; evitar actividades estresantes antes de ir a dormir; practicar algo de ejercicio al final de la tarde; practicar ejercicios de relajación antes de acostarse, o bañarse con agua a temperatura corporal.

Respecto a las intervenciones psicológicas, Jesús Pujol considera que son un grupo de terapias clave en cualquier tipo de insomnio. Además de la higiene del sueño, «estamos hablando de la terapia de control de estímulos, la terapia de restricción del sueño y las

©Heike Brauer/Hemera/Thinkstock



terapias cognitivo-conductuales. Tenemos evidencia científica sólida y falta-ría situar estas intervenciones en algoritmos clínicos o guías de práctica clínica para el tratamiento del insomnio con el fin de clarificar el momento y el contexto clínico en que deben utilizarse».

Tratamiento farmacológico

Para los tratamientos farmacológicos este especialista subraya que existe una indicación muy clara: «prevenir la progresión de insomnio agudo a una forma crónica y, en caso de comorbilidad, mejorar la patología concomitante». En este contexto subraya que es muy importante asegurarse de que existe un equilibrio favorable entre los potenciales efectos terapéuticos y secundarios.

Por ejemplo, uno de los problemas que pueden darse es la adicción a hipnóticos, como puede suceder con las benzodiazepinas. «Estáramos ante un ejemplo de yatrogenia —comenta Pujol—. A las dos o tres semanas de su utilización, la benzodiazepinas, especialmente las de vida media corta, pueden estar ya desarrollando tolerancia».

Otros de los efectos secundarios de estos fármacos son la llamada «resaca del día siguiente», además de problemas de memoria (amnesia anterógra-

da y déficits cognitivos) y pérdida de rendimiento psicomotor, lo que deteriora la función diurna de los pacientes y puede dar lugar a un mayor riesgo de todo tipo de accidentes. «También pueden inducir conductas complejas durante el sueño, como sonambulismo y otras alteraciones de la conducta durante el sueño», añade.

La *Guía de Práctica Clínica* menciona que el tratamiento farmacológico es una medida coadyuvante dentro del modelo de tratamiento integral del insomnio, y que para optar por esta terapia deben tenerse en cuenta tanto la duración del problema como el tipo de insomnio. La eficacia de los medicamentos, el desarrollo de tolerancia, las manifestaciones que siguen a su retirada y las reacciones adversas son factores clave, junto con las características individuales de cada paciente.

En nuestro país se han publicado estudios que demuestran una excesiva prescripción de benzodiazepinas por parte de los médicos de AP, cuando la recomendación generalizada es que hay que evitar en la medida de lo posible la utilización crónica de hipnóticos. Tales estudios revelan que en el 80% de los casos la primera prescripción fue del médico de familia, y el perfil del paciente era mayoritariamente mujeres mayores de 65 años que llevaban, en un 46% de los casos, más de un año con el tratamiento.

Según la *Guía*, «en estos casos la retirada gradual de los fármacos es una prioridad que en muchas ocasiones requiere, simultáneamente, el uso de técnicas no farmacológicas, por ejemplo terapia cognitivo-conductual o entrevistas estandarizadas con visitas sucesivas».

Sobre el uso de fármacos, el citado documento dirigido a los profesionales de AP recomienda que los hipnóticos se utilicen a corto plazo, no más de 4 semanas, y siempre a la dosis más baja posible. Por lo tanto, no se aconseja el empleo a largo plazo y, si se hace, el paciente debe estar siempre monitori-

zado, con un diagnóstico y una pauta terapéutica específica.

Para evitar la dependencia a las benzodiacepinas, se recomienda que su uso se restrinja al insomnio agudo, con la dosis más baja posible y no más allá de 2 a 4 semanas de duración.

La guía indica también que, como hipnóticos de primera elección para el insomnio, se pueden elegir tanto los benzodiacepínicos como los no benzodiacepínicos, ya que no se han demostrado diferencias significativas, ni clínicas ni en los efectos adversos, entre ellos.

Por otro lado, si un paciente no responde al tratamiento con un hipnótico, no se aconseja cambiar a otro, salvo que presente efectos secundarios directamente relacionados con un fármaco específico. Se recomienda, además, utilizar el hipnótico más eficiente y con mejor respuesta para el paciente.

Respecto a otros tipos de medicación, los antidepresivos no han demostrado en ensayos clínicos suficiente evidencia sobre su efectividad sobre el insomnio primario, aunque sí en los casos de insomnio asociado a depresión. Sobre el ramelteon, la *Guía de Práctica Clínica* concluye que se necesitan más estudios comparativos a largo plazo. No se recomiendan el hidrato de cloral, el meprobamato ni los barbitúricos. Finalmente, se advierte que todos los antihistamínicos sin prescripción y muchos con prescripción puede tener graves propiedades anticolinérgicas, por lo que no se aconseja su uso en personas mayores.

Aparte de los fármacos, en el mercado hay otros productos de naturopatía y fitoterapia, así como técnicas de acupuntura y autoayuda. La valeriana es una de las plantas más populares para combatir el insomnio, pero no hay suficientes estudios para extraer conclusiones acerca de su efectividad, y aunque su combinación con lúpulo ha

Pasos a seguir a la hora de atender un caso de insomnio en AP

Es fundamental una historia clínica tanto del paciente que está sufriendo los síntomas como de su compañero de habitación o de cama que permita esclarecer múltiples aspectos. Jesús Pujol menciona los siguientes:

- ¿Cuál es la duración del problema? ¿Coincide con un cambio de humor del paciente? ¿Con ansiedad? ¿Con una época de estrés? El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.
- ¿La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo?
- La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia. Es decir, se descartan otras patologías frecuentes del sueño.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de sustancias o de una enfermedad médica.

1. 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 Nº 2007/5-1.

demostrado cierta eficacia en el tratamiento del insomnio leve-moderado, las guías clínicas consideran que se necesitan estudios de mayor tamaño muestral para confirmar los resultados. Respecto a la acupuntura ocurre lo mismo, y se considera que no se han realizado estudios con suficiente calidad metodológica como para recomendar su empleo en el insomnio primario.

Otro producto es la melatonina, la hormona que regula nuestro reloj biológico. Las evidencias disponibles muestran que su uso disminuye la latencia del sueño, pero no los despertares nocturnos ni su duración. La *Guía Clínica* española no la recomienda para el tratamiento del insomnio hasta que ensayos de calidad metodológica demuestren su eficacia.

Sin embargo, según explica Jesús Pujol, es diferente el caso de la melatoni-

na de liberación prolongada. «Desde hace poco tiempo se puede comprar en las farmacias una presentación de melatonina de liberación retardada que produce efecto hipnótico – explica –, pero sin los efectos adversos de los hipnóticos, y que se puede utilizar en tratamientos no más largos de 13 semanas. Su efecto se puede mantener hasta un año y la Asociación Británica de Farmacología la considera de primera elección para el tratamiento del insomnio en mayores de 55 años.»

El insomnio, y por extensión los problemas para dormir bien de los que se quejan muchas personas, constituyen un tema complejo que exige un buen conocimiento por parte de los médicos del primer nivel asistencial, quienes tienen a su favor la cercanía de sus pacientes y sus habilidades de comunicación para mejorar en la medida de lo posible la cantidad y la calidad de su sueño. ■

«No todas las personas que no duermen bien tienen insomnio»



Jesús Pujol

Médico de Familia y Máster en Trastornos del Sueño.
Miembro del Grupo de Neurología de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y de la Sociedad Española del Sueño

–¿Qué problemas genera el insomnio a quienes lo padecen?

–Son francamente diversos. Las repercusiones más notables que alteran manifiestamente la calidad de vida son la fatiga diurna, las alteraciones del humor, como irritabilidad, disforia, tensión, indefensión o estado de ánimo deprimido. Incluso algún estudio sugiere que el insomnio crónico no tratado puede ser uno de los factores de riesgo para desarrollar depresión mayor. Además, los pacientes con insomnio suelen presentar quejas somáticas, típicamente gastrointestinales, respiratorias, dolores de cabeza y dolores no específicos. Otros problemas de salud más graves son el incremento de la accidentabilidad laboral y de tráfico.

–¿Qué factores se han relacionado causalmente con el insomnio?

–El género, la edad, el nivel socioeconómico y el estado de salud son factores predisponentes para el insomnio. Entre los factores psicológicos destacan, sobre todo, los sentimientos negativos y la tendencia a pensar las cosas demasiado, algo que difícilmente se puede disociar de la tendencia a internalizar las emociones. Casi la totalidad de los pacientes con insomnio crónico presentan sintomatología y/o rasgos/trastornos de personalidad. Los más comunes son el trastorno distímico, los trastornos de ansiedad y los rasgos/trastornos de personalidad obsesivos. Por otra parte, los pacientes con insomnio crónico usan estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción que son menos eficaces en la resolución de problemas y típicamente incrementan la activación emocional.

Existen también factores precipitantes. Estudios controlados han demostrado que el comienzo del insomnio crónico está precedido de un aumento de acontecimientos estresantes.

Finalmente, hay factores perpetuantes que se relacionan, sobre todo, con el miedo a no dormir y con las creencias y comportamientos no adaptativos (con el consiguiente desarrollo de hábitos erróneos) en relación con el sueño.

–¿Cuáles son las recomendaciones que suele proporcionar el médico de AP a sus pacientes?

–Es fundamental el asesoramiento acerca de lo que conocemos como higiene del sueño, que son una serie de medidas que el médico de familia debe ser lo suficientemente hábil para adaptar a la realidad social del paciente concreto, con el que mantiene una relación de conocimiento más o menos larga.

Por eso, a las recomendaciones imprescindibles sobre la temperatura, el ruido y la luz en la habitación, se le debe sumar que evite comer copiosamente y hacer actividades estimulantes en los minutos previos a acostarse.

–¿Hay casos que deberían ser derivados al especialista?

–Por supuesto. Está indicado si el insomnio persiste más de un mes a pesar de haber realizado pautas de mejora de la higiene del sueño, haber intentado corregir las posibles causas clínicas del insomnio y haber intentado algún tratamiento, farmacológico o no. Cabe mencionar en este punto la importancia de que los servicios de AP mantengan buenos puentes de comunicación con la unidades del sueño, allí donde las haya, para poder resolver dudas y agilizar la atención a los pacientes y promocionar la formación de los médicos de familia.

–¿Qué mensaje enviaría a los médicos de AP sobre el abordaje del insomnio?

–Los problemas para dormir son una de las patologías en relación con las cuales los pacientes ven en el médico de AP al profesional que puede resolverlos. Por lo tanto, es muy importante que estos profesionales tengan acceso a formación de calidad que les dote de esta capacidad resolutoria. La orientación clínica del insomnio se hace mediante una historia clínica dirigida, y los médicos de familia son expertos en preguntar y hablar con sus pacientes. Y por último, se debe recordar esta máxima: no todo es insomnio. Hay situaciones en las que una persona no duerme bien y que corresponden al síndrome de piernas inquietas, a una alteración del ritmo circadiano o a una apnea del sueño. ■