

Manejo del paciente con insomnio

CAMILO JOSE BORREGO

La queja de insomnio no es inocua y por tanto amerita una atención cuidadosa. Es común en la consulta médica general y, en alguna época de la vida, casi todas las personas pueden sufrirlo.

Esta revisión pretende relacionar dicha queja con algunas enfermedades somáticas y mentales, con el uso de medicamentos u otras sustancias, con los hábitos y el ambiente así como con patología intrínseca del sueño. Se hacen lineamientos para estudiar su etiología y se proponen medidas y procedimientos de fácil aplicación por parte del paciente para liberarse de tan molesto síntoma. Se dan argumentos que cuestionan la validez del uso indiscriminado de benzodiazepinas y se insta a los médicos a ser muy cuidadosos en su prescripción para no iniciar o facilitar posibles adicciones. Se resalta la importancia del sueño natural eficiente para el bienestar físico y mental y para la plenitud del funcionamiento fisiológico de la persona.

PALABRA CLAVE

INSOMNIO

INTRODUCCION

Una tercera parte de la vida del ser humano transcurre durmiendo. Durante el sueño se realizan importantes funciones fisiológicas, endocrinas e inmunológicas que llevan a un completo bienestar físico y mental. La ausencia total de sueño es incompatible con la vida. La falta de un sueño adecuado es uno de los síntomas más desagradables que se pueden padecer y por ello amerita una cuidadosa evaluación médica.

El insomnio es más una queja subjetiva acerca de lo que el paciente percibe de cómo debe ser su sueño en calidad y cantidad. Es el síntoma que impide a quien lo sufre alcanzar un sueño nocturno eficiente que le permita el adecuado bienestar físico y mental durante el período de vigilia subsiguiente. Lo que define lo sustancial del dormir es la calidad y no la cantidad de horas de sueño. Las manifestaciones clínicas del insomnio se expresan en dificultad para conciliar o mantener el sueño, aumento en el número de despertamientos en la noche o despertamiento temprano, antes de la hora habitual.

DOCTOR CAMILO JOSE BORREGO, Profesor Titular, Sección de Neurología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

La clasificación internacional más reciente (1990) de los trastornos del sueño (1), establece un total de 84 enfermedades producidas por o relacionadas con el sueño. El insomnio es uno de los síntomas más comunes de dichas enfermedades. Esta revisión no pretende detallar el tratamiento de cada una de las entidades que cursan con insomnio sino resumir las formas usuales de tratamiento de algunas de ellas. En ciertos casos se toma la queja del paciente como punto de partida para orientar el manejo terapéutico.

CONSIDERACIONES GENERALES

Indudablemente el insomnio es la queja más frecuente en los casos de problemas relacionados con el sueño. Diversos estudios (2-4) coinciden en que la tercera parte de la población se queja de insomnio; de ella en el 17% es una queja importante y el 8% consume habitualmente hipnóticos. El problema es mayor en la población que sobrepasa los 50 años, en mujeres y en pacientes con enfermedades mentales (trastornos neuróticos, afectivos y psicóticos), drogadicción y alcoholismo. El insomnio es también el síntoma de presentación de enfermedades orgánicas como el mioclonus nocturno, la apnea del sueño o del uso de fármacos como el propanolol.

En la vejez se presentan cambios fisiológicos que modifican las características del sueño: a los 60 años en los hombres y hacia los 72 en las mujeres casi hay desaparición de las etapas del sueño profundo; además, aumenta el número de despertamientos nocturnos por lo que el sueño se percibe como más superficial y menos eficiente. Estos cambios que acompañan a la edad senil no deben tratarse con fármacos sino con una orientación dirigida a que el paciente acepte la situación como algo natural.

Los medicamentos hipnóticos deben utilizarse con gran precaución pues no sólo crean dependencia, síntomas de abstinencia e insomnio de rebote sino que la duración de su efectividad es menor de 3 semanas por el desarrollo de tolerancia; pueden, además, agravar la situación de los pacientes con apnea del sueño. Por ello se insiste en no recomendarlos y más bien se propende por los aspectos prácticos del diagnóstico y del manejo no farmacológico; éste último es la terapia más efectiva, a largo plazo, para el insomnio (5).

El primer paso en el estudio consiste en establecer si se trata de un verdadero insomnio. En este caso el paciente presenta una o varias de las siguientes quejas: a) dificultad para conciliar el sueño o sea demora mayor de 30 minutos para quedarse dormido. b) Dificultad para mantener el sueño: el paciente despierta muchas veces en la noche o temprano en la madrugada y no puede volver a dormirse. c) Al día siguiente, el verdadero insomne, se siente fatigado e irritable, con dificultad para concentrarse, no rinde en sus actividades y está propenso a sufrir accidentes de tránsito o de trabajo (6).

Las características anteriores difieren de las de quien necesita poco sueño y duerme sólo de 4 a 6 horas; transcurridas éstas no logra dormir más y al otro día amanece descansado y sin las quejas arriba anotadas. A esta persona basta hacerle saber que no sufre de insomnio y estimularla a emplear de manera positiva su mayor tiempo de alerta.

Una vez determinado que la queja de insomnio es real se buscan por medio de la anamnesis sus posibles causas.

ETIOLOGIA

1. Enfermedades somáticas

Mioclonus nocturno, síndrome de piernas inquietas, reflujo gastroesofágico, síndrome de apneas del sueño, fibromialgia, artritis, dolor crónico, neumopatías crónicas (EPOC, asma y enfermedades restrictivas) y otras.

2. Uso de sustancias

Cafeína, alcohol y otros estupefacientes, hipnóticos, sedantes, medicamentos como el propanolol y los broncodilatadores.

3. Trastornos de los ritmos circadianos

Cambios frecuentes del horario de acostada y levantada, síndrome de fase retardada, cambios de meridianos en viajes largos.

4. Psicológicos

Estrés, ansiedad, psicosis, depresión, pesadillas, reposo prolongado en cama, trastornos obsesivos.

5. Ambiente de sueño inadecuado

Ruido, calor o frío excesivos, iluminación intensa, la cama, la presencia o ausencia de la pareja.

6. Hábitos de sueño inadecuados

Siestas prolongadas, exceso de horas de sueño por las mañanas y asociación de la cama con el insomnio.

Debido a su etiología multifactorial el tratamiento del insomnio debe dirigirse a la causa y no al síntoma. Por ello el primer paso es realizar una buena anamnesis, preguntando por cada uno de los factores mencionados en la etiología, y llevar a cabo un examen físico completo. Si se sospecha síndrome de apneas del sueño o mioclonus nocturno se ordena un polisomnograma o estudio del sueño nocturno.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

De acuerdo a las circunstancias particulares de cada caso se escogen una o varias de las siguientes medidas para el manejo del insomnio (7-9).

1. Higiene del sueño

Con el objeto de facilitar el sueño deben evitarse los siguientes hábitos o circunstancias que lo perturban: horarios irregulares de sueño, permanecer excesivamente en la cama por las mañanas, hacer siestas prolongadas, ingerir bebidas colas, café o alcohol, exceso de cigarrillo, ejercicios extenuantes cerca a la hora de dormir, comprometerse en actividades emocionantes o de excesiva concentración o interés. El ambiente, además, debe invitar al descanso físico y mental evitando excesos de luz, frío o calor.

2. Instrucciones de control del estímulo

Están diseñadas para establecer conductas consistentes de sueño y para asociar la cama y la alcoba con el sueño y el descanso; son ellas:

A. Acostarse sólo cuando se sienta sueño.

B. Asociar la cama con el dormir.

C. Si el sueño no sobreviene luego de 30-60 minutos levantarse y cambiar de lugar. Hacer algo que distraiga y volver a acostarse sólo cuando se sienta sueño. No mirar el reloj.

D. Repetir el paso anterior si es necesario. El ideal es asociar la cama con el sueño fácil.

E. Poner el despertador a las 6 a.m. u otra hora apropiada, sin importar cuánto haya dormido.

Inicialmente estas medidas causan déficit de sueño pero progresivamente, por la misma privación, el paciente notará mayor facilidad para dormir.

3. Restricción del sueño

En esta técnica, como en la anterior de control del estímulo, la acumulación de sueño por privación aumenta la probabilidad del mismo en las noches sucesivas. Por esto, limitar las horas de cama a las que el paciente dice que duerme produce déficit de sueño y mayor facilidad para conciliarlo en las noches sucesivas. Progresivamente se aumentarán las horas de cama en la misma medida en que aumenten las de sueño. Con este mecanismo se busca que la persona duerma realmente las horas que permanezca en cama.

4. Terapia de relajación

Algunos insomnes concilian el sueño más fácilmente si logran relajar su cuerpo por completo. Una de las técnicas para lograrlo es la relajación progresiva de grupos musculares, comenzando por la parte distal de una extremidad; después de algunos segundos se pasa a otro segmento y se sigue el proceso hasta cubrir todo el cuerpo. También puede conseguirse la relajación muscular a través de la meditación. Probablemente estas técnicas implican acciones que hacen olvidar a la persona su ansiedad por no poder dormir. Algunos pacientes con trastornos obsesivos responden bien a esta modalidad.

5. Terapia cognitiva

Es recomendable, para propósitos del tratamiento, examinar con el paciente los mecanismos, reales o imaginarios, que le producen ansiedad o preocupación respecto de su queja de insomnio. Conjuntamente con él se hace un análisis de la causa del insomnio y de los posibles pasos para solucionarlo. Así el paciente se hace partícipe de su situación y se compromete con las medidas a seguir.

6. Cronoterapia y fototerapia

Están indicadas para el tratamiento de algunos problemas específicos del sueño como el síndrome de fase retardada y el insomnio por despertar tem-

prano; su aplicación requiere la ayuda del especialista en trastornos del sueño.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El manejo medicamentoso parte del supuesto de que cualquier sedante es un hipnótico en potencia. Se diferencian en la dosis, la vida media, la facilidad para inducir tolerancia y el margen de seguridad entre las dosis terapéutica y tóxica. Por ser más seguras que sus predecesoras en este último aspecto se hicieron famosas las benzodiazepinas desde su aparición en los años 60. Pese a que han sido hasta ahora los fármacos más prescritos para controlar el insomnio su uso ha declinado desde 1970, entre otras razones porque no reproducen el sueño natural y porque pueden poner en peligro la vida del paciente si éste sufre apneas del sueño. Por otra parte, producen síntomas de abstinencia e insomnio de rebote y pierden su eficacia si se usan por más de tres semanas. Debe pues evitarse la simple sustitución de un hipnótico por otro cuando el anterior pierda eficacia; lejos de solucionar el problema esta conducta lo agrava creando dependencias múltiples. Hay que instruir al paciente para que nunca se auto-medique.

Se comenzó a utilizar benzodiazepinas cuando no existía mayor conocimiento científico sobre el sueño ni sobre los factores causales de insomnio. Sólo debe prescribírselas por pocas noches y, excepcionalmente, por más de tres semanas. Hay que tener máxima precaución al emplearlas en ancianos porque ellos presentan mayor sensibilidad a las dosis usuales y con frecuencia desarrollan pseudodemenia y amnesia anterógrada.

A largo plazo el manejo no farmacológico es más efectivo que las benzodiazepinas y tiene la ventaja de que la persona pasa a ocupar un lugar activo en su tratamiento.

Las personas que se quejan de insomnio y no consumen hipnóticos duermen mejor que las que los consumen (10).

El insomnio provocado por la depresión debe manejarse con antidepresivos que tengan propiedades sedantes y no con benzodiazepinas. Cuando mejora la depresión desaparece el síntoma insomnio. En la mayoría de los depresivos el insomnio mejora el estado de ánimo del día siguiente. El paciente, si está debidamente advertido, puede so-

portar el dormir mal unas pocas noches mientras hace efecto el tratamiento causal.

Investigaciones recientes han dado resultados promisorios con el aislamiento de una sustancia de naturaleza inmune conocida como péptido inductor del sueño la que, al parecer, reproduce el sueño fisiológico (11). Para algunas formas específicas de insomnio se han ensayado con éxito fármacos que inhiben selectivamente los receptores H₂ de la serotonina; el más potente es la ritanserina, disponible en Europa. La ciproheptadina (*Periactin* R) y el pizotifeno (*Sandomigrán* R) tienen un efecto inhibitorio moderado sobre dichos receptores. Los medicamentos de esta clase son útiles para algunos pacientes con insomnio ocasionado por el síndrome generalizado de ansiedad.

TRATAMIENTO CAUSAL

El tratamiento de la enfermedad que lo origina es el ideal para el manejo del síntoma insomnio. Así, las apneas del sueño se manejan con el CPAP, con medicamentos como la viloxacina, mediante el tratamiento quirúrgico o aparatos de ortodoncia.

El mioclonus nocturno con benzodiazepinas o L-dopa. El alcoholismo y la adicción a otras drogas con el tratamiento médico y el manejo psiquiátrico adecuados para cada entidad; se emplea medicación apropiada con efectos sedativos, a la hora de dormir.

Para el insomnio causado por enfermedades reumáticas se emplean medicamentos para el dolor en las horas de sueño. Cuando se debe a reflujo gastroesofágico o enfermedad ácido péptica se usan inhibidores de la secreción de ácido clorhídrico en las horas nocturnas; en los pacientes que sufren insomnio por neumopatías crónicas se administran oxigenoterapia nocturna o ventilación intermitente con presión positiva.

SUMMARY

MANAGEMENT OF THE PATIENT WITH INSOMNIA

Insomnia is not a harmless complain and it therefore deserves careful medical attention. It is commonly found in general medical practice and almost every person is afflicted with it at

some period of his or her life. This review deals with insomnia as it relates with somatic and mental illnesses, the use of different substances including some drugs, specific habits and the environment; also considered is intrinsic sleep pathology.

Several outlines for the etiological study of insomnia are presented and simple measures and procedures for its control are proposed. The indiscriminated use of benzodiazepines is questioned: to avoid favoring or maintaining addictions physicians should be very careful in prescribing them.

The importance of natural sleep for physical and mental well-being and for obtaining an entirely physiological functioning is emphasized.

BIBLIOGRAFIA

1. International classification of sleep disorders. Diagnostic and coding manual. American Sleep Disorders Association. 1990.

2. DEMENT WC. Overview of the efficacy and safety of benzodiazepine hypnotics using objective methods. *J Clin Psych* 1991; 52 (9) Suppl: 27-30.

3. ORR WC, ALTSCHULER KZ, STAHL ML. Managing sleep complaints. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1982.

4. GIBLLIN JC, BYERLEY WF. The diagnosis and management of insomnia. *New Engl J Med* 1990; 322: 239-248.

5. McCLUSKY HY, MILBY JB, SWITZER PK, WILLIAMS V, WOOTEN V. Efficacy of behavioral versus triazolam treatment in persistent sleep-onset insomnia. *Am J Psych* 1991; 148: 121-126.

6. NINO-MURCIA G. Diagnosis and treatment of insomnia and risks associated with lack of treatment. *J Clin Psych* 1992; 53 (12) Suppl: 43-47.

7. NINO-MURCIA G, KEENAN S. A multicomponent approach to the management of insomnia. *Ann Behav Med* 1988; 10: 101-106.

8. HAURI PJ, ESTHER MS. Insomnia. *Mayo Clin Proc* 1990; 65: 869-882.

9. BOOTZIN RR, PERLIS ML. Nonpharmacologic treatment of insomnia. *J Clin Psych* 1992; 53 (6) Suppl: 37-41.

10. KALES A, BIXLER EO, TAN TL, SCHARF MB, KALES JD. Chronic hypnotic-drug use. Ineffectiveness, drug withdrawal insomnia and dependence. *JAMA* 1974; 2279: 513-517.

11. SCHEIDER-HELMERT D. Effects of delta-sleep-inducing peptide on 24 hour sleep wake behaviour in severe chronic insomnia. *Eur Neurol* 1987; 27: 120-129.



Esta Publicación es
cortesía de
Laboratorios ITALMEX