
INSOMNIO. GUÍA PARA PACIENTES

Luna César

Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela, Caracas,
Venezuela
cesar.luna@ucv.ve

Resumen

El insomnio puede definirse como la sensación subjetiva de malestar respecto a la duración y/o calidad del sueño y afecta aproximadamente al 40% de la población según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fue planteado como objetivo desarrollar una guía práctica con pautas de acción a seguir por parte de los pacientes que sufren de insomnio. Para ello, se realizó la búsqueda y revisión de la bibliografía necesaria obtenida a través de fuentes primarias y secundarias, cuya información se analizó, evaluó y utilizó críticamente, luego se procedió al diseño de la guía práctica. Como resultado se obtuvo una guía de fácil manejo que consta de cuatro capítulos, el primero describe aspectos generales del insomnio, el segundo hace referencia a las medidas de higiene del sueño, el tercero se relaciona con el tratamiento y el último explica cómo prevenirlo. En conclusión, dado que el insomnio es una enfermedad que eventualmente puede padecer la población venezolana, esta guía constituye una herramienta de educación sanitaria cuya finalidad es ayudar a restaurar la cantidad y calidad del sueño.

Palabras clave: insomnio, sueño, malestar, guía para pacientes.

Introducción

Insomnio

El ser humano pasa un tercio de su vida durmiendo. Si viviera hasta los 70 años de edad, aproximadamente 27 años los hubiese invertido en dormir, el cual es un estado activo crítico de su bienestar físico, mental y emocional. En efecto, dormir es una necesidad básica de la vida y tan fundamental como el aire, la comida o el agua para el mantenimiento de la salud.

El insomnio puede definirse como la sensación subjetiva de malestar respecto a la duración (cuantitativa) y/o a la calidad (cualitativa) del sueño. También, puede decirse que es la dificultad para conciliar o mantener el sueño o alteración del patrón normal del mismo y que conduce a la sensación de que este es insuficiente.

El concepto “insomnio” implica problemas para quedarse dormido, despertarse con frecuencia durante la noche y tener dificultad para volver a conciliar el sueño o despertarse demasiado temprano por las mañanas; en definitiva, no lograr un sueño reparador. No debe considerarse como insomnio el dormir poco tiempo si la calidad del sueño es óptima y no se ven afectados ni la actividad ni el estado de alerta diurno. El insomnio es una condición común experimentada por una gran cantidad de personas. Cerca del 10% lo presenta de forma crónica y casi un 50% lo padece en algún momento de su vida. Datos de la OMS indican que al menos 40% de la población sufre de insomnio. Se considera que este es el desorden del sueño más común en Psiquiatría.

Puede ser identificado si una persona

experimenta dos o más de las siguientes situaciones:

- Le toma más de 30 minutos conciliar el sueño.
- Tiene dificultad para mantenerse dormida, se despierta por más de 30 minutos durante la noche o tiene una eficiencia del sueño menor al 85% (cociente entre el tiempo dormido y el tiempo que pasa en cama)
- Presenta disturbios en el sueño por más de tres noches en una semana.
- Disminuye la calidad en el trabajo durante el día debido a la falta de sueño.

Causas

El género femenino se ha asociado constantemente con el insomnio, con una proporción de aproximadamente 1,4:1, presumiblemente debido a alteraciones hormonales, ya sea por comienzo de la menstruación o por menopausia. Otros datos también sugieren que estar separado o divorciado, tener un nivel socioeconómico bajo, el aumento crónico del estrés y ser de raza negra también están asociados a la prevalencia del insomnio. El riesgo de desarrollar este desorden del sueño es mayor en pacientes con enfermedades crónicas o patologías psiquiátricas, trabajadores de turno (por ruptura o trastornos del ritmo circadiano), personas con antecedentes de abuso de sustancias, pacientes que utilizan cierto tipo de medicamentos (broncodilatadores, antidepresivos, hormonas, entre otros) y ancianos.

Consecuencias

El insomnio puede dar lugar a ciertos trastornos que incluyen ansiedad, dificultad de concentración y de memoria, disminución del rendimiento, fatiga, irritabilidad, disminución del

grado de alerta, cambios en el carácter y somnolencia diurna que puede provocar accidentes domésticos o laborales. Además, este problema afecta no sólo a quien lo padece, sino también a quienes lo rodean como familiares, compañeros de trabajo, amistades, entre otros.

La pérdida de sueño a largo plazo resulta en un insomnio no tratado, el cual incrementa el riesgo de accidentes industriales y automovilísticos (los insomnes son 2,5 a 4,5 veces más propensos a sufrir de accidentes que aquellos que no lo son), pérdida del empleo, problemas sociales y de pareja, salud pobre, desórdenes endocrinos y metabólicos, enfermedades coronarias, depresión mayor y suicidio. Dormir poco está íntimamente relacionado con la morbilidad y la mortalidad en ancianos. Los pacientes geriátricos que sufren de insomnio son 1,6 a 2 veces más propensos de morir que aquellos que duermen normalmente.

La creciente evidencia muestra que un insomnio crónico no remitente puede predisponer al desarrollo de desórdenes psiquiátricos. Estas investigaciones revelan un incremento del riesgo para nuevos ataques de desórdenes de ansiedad y problemas de abuso de sustancias en las personas con insomnio persistente. Estos datos solos, sin embargo, no son concluyentes para establecer causa y efecto, pero deben ser observados cuidadosamente como una fuente potencialmente importante para identificar y tratar problemas de insomnio crónico. Muchos estudios han sugerido que el insomnio puede tener un papel causal en la aparición de depresión en pacientes sin antecedentes

de depresión y en el pronóstico de recaídas en pacientes cuya depresión está en remisión.

Estudios revelan que la privación del sueño en jóvenes y adultos saludables está asociada con disminución de los niveles de leptina, incremento de los niveles de ghrelina y aumento del apetito. Esto conlleva a una elevación de la presión arterial y un sensible aumento de las concentraciones sanguíneas de proteína C reactiva, predictor de mortalidad cardiovascular. La duración del sueño alrededor de 6 horas o menos está asociada a un incremento de la prevalencia de diabetes y resultados alterados en los test de tolerancia a la glucosa.

Las consecuencias de este trastorno van, naturalmente, mucho más allá de la salud de las personas. Si se computan los gastos médicos y farmacológicos junto con las horas laborales perdidas y la calidad del trabajo desempeñado por los insomnes, se llega a la conclusión de que es una enfermedad que le sale muy cara al sistema de salud de cualquier país.

Fisiopatología del insomnio

Al parecer, los insomnes inhiben, niegan y reprimen sus emociones, resultando en un estado de hiperactivación o excitabilidad, lo que a su vez se traduce en una activación fisiológica excesiva, que puede interferir con la conciliación y el mantenimiento del sueño.

Modelos propuestos suponen que el incremento de la actividad del factor de liberación de corticotropina es responsable de la patogénesis del insomnio primario. Esta teoría se basa en tres evidencias: 1) la observación de algunas similitudes neuroendocrinas

y clínicas entre el insomnio primario y el desorden de depresión mayor; 2) regulación anormal del factor de liberación de corticotropina en la patogénesis de la depresión mayor; y 3) hiperactividad de las neuronas del factor de liberación de corticotropina (específicamente aquellas que inervan el locus coeruleus) que muestran un cuadro clínico severo de insomnio, incluyendo hiperactivación y disturbios del sueño. Pacientes con insomnio primario tienen altos niveles de cortisol libre en la orina, el cual se presume es responsable de las continuas levantadas durante la noche. Aquellos pacientes con insomnio crónico muestran una variedad de marcadores fisiológicos que sugieren hiperactivación del sistema nervioso simpático. Tanto animales como humanos muestran una sobreactividad del axis adrenal – pituitario – hipotalámico durante el insomnio. Los resultados de los estudios con tomografía por emisión de positrones también apoyan la hipótesis de la hiperactivación; los individuos con insomnio primario presentan un aumento del metabolismo cerebral total durante el sueño y la vigilia y una activación regional de los centros afectivos y de activación durante el sueño lento (NREM).

El insomnio crónico también está relacionado con un incremento de los niveles plasmáticos de cortisol y la hormona adenocorticotrópica (ACTH). En efecto, altos niveles de cortisol producen una reducción de la eficiencia del sueño.

En pacientes con insomnio se ha observado niveles elevados de melatonina durante el día y secreción

nocturna disminuida. También se ha visto que los pacientes exhiben muy bajos niveles de inmunidad celular (CD3+, CD4+, CD8+) comparados con personas que duermen normalmente.

Antecedentes históricos en el tratamiento del Insomnio

La farmacoterapia ha ido evolucionando considerablemente con el pasar de los años. En la antigüedad se empleaban bebidas alcohólicas y pociónes que contenían láudano y diversas hierbas para inducir el sueño. El primer agente que se introdujo de manera específica como sedante, y poco después como hipnótico fue el bromuro, a mediados del siglo XIX. Hidrato de cloral, paraldehído, uretano y sulfonal empezaron a usarse antes de la aparición del barbital, en 1903, y del fenobarbital en 1912.

La aparente eficacia de los barbitúricos indujo la síntesis de más de 2500 compuestos, de los cuales se comercializaron cerca de 12. Sin embargo, el hidrato de cloral, se utilizó comúnmente para inducir el sueño hasta bien entrados los años 70, pero luego progresivamente disminuyó su uso cuando los médicos empezaron a prescribir benzodiacepinas. Hoy en día, se sigue utilizando el hidrato de cloral como hipnótico pero a muy baja escala. Barbitúricos, como pentobarbital y secobarbital, eran fármacos de elección para tratar el insomnio entre 1950 y 1960. Sin embargo, en la actualidad, su utilización está contraindicada, debido a que no son capaces de inducir el sueño fisiológico, producen tolerancia y dependencia, poseen efectos adversos marcados, amplias interacciones

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

La síntesis del clordiazepóxido por Sternbach en 1957 y el descubrimiento de sus particulares acciones por Randall, abrieron la era de las benzodiacepinas en 1961. En los últimos 50 años, las benzodiacepinas son el grupo farmacológico más usado en el tratamiento del insomnio y en la práctica clínica se emplean casi todas ellas.

Insomnio en Venezuela

La vida actual caracterizada por un aumento de la longevidad, la revolución tecnológica, la inseguridad constante, el desempleo o multiempleo, cambios en la estructura familiar (divorcio, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral) y el cambio motivacional; se convierten en factores que pueden provocar alteraciones en el sueño, deteriorando la calidad de vida de las personas. Sin embargo, son prácticamente inexistentes los datos que se tienen del insomnio como problema de salud en nuestro país, de hecho, son pocos los estudios realizados en relación a este trastorno del sueño entre los que se pueden mencionar “Estudio Descriptivo Comparativo-Psicológico y Polisomnográfico de Adultos no Insomnes e Insomnes Crónicos” (Benaim, 2005) y “El insomnio ¿le quita el sueño? (Salinas, 2011), no obstante, dada la elevada prevalencia del insomnio según la OMS, junto al rápido alivio de los síntomas que se consigue con el tratamiento farmacológico, hace que los hipnóticos se encuentren entre los medicamentos que con mayor frecuencia se prescriben actualmente en el mundo;

si bien, su uso no está exento de riesgos, dado que existe un desconocimiento general de la población sobre las consecuencias de su uso incorrecto.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue desarrollar una guía práctica de consulta para los pacientes que sufren de insomnio, que le permita conocer su enfermedad y a cómo llevarla con responsabilidad.

Materiales y Métodos

Para llevar a cabo la investigación, se realizó un estudio documental. Se revisaron las orientaciones para el desarrollo y actualización de guías prácticas para pacientes de la NICE (Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido, de acuerdo a sus siglas en inglés). Luego se hizo la búsqueda, revisión, evaluación y selección crítica de la información que debía contener la guía obtenida a través de fuentes primarias y secundarias, posteriormente se procedió al diseño y redacción preliminar del instrumento inicial, el cual se entregó a un grupo de expertos. Con las recomendaciones derivadas del proceso de validación se procedió a la elaboración de la guía práctica final.

Resultados y Discusión

La guía contiene las monografías de los hipnóticos más comúnmente utilizados para el tratamiento del insomnio, una serie de medidas farmacológicas y no farmacológicas y de higiene del sueño que convienen recomendarle al paciente, además de proporcionarle criterios de prevención. Consta de cuatro (4) capítulos:

Aspectos generales del insomnio: definición, clasificación y diagnóstico, causas y consecuencias.

Medidas de higiene del sueño

Independientemente de la causa que origine el insomnio y antes de instaurar un tratamiento farmacológico o no, 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 el hecho de saber que es normal dormir poco si ese 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. No obstante, adoptando buenas medidas para la higiene del sueño y siguiendo una estricta rutina para dormir se puede evitar sufrir de insomnio.

Tratamiento: a) no farmacológico, b) farmacológico, y c) en niños.

La terapia con medicamentos hipnóticos ha sido un importante componente para el manejo del insomnio por décadas y las benzodiacepinas han constituido desde su aparición los medicamentos de primera elección probablemente a que no disminuyen la cantidad total del sueño paradójico (REM), por lo tanto, no disminuyen la capacidad de soñar. No obstante, es importante tener en consideración, que la instauración de un tratamiento farmacológico racional con benzodiacepinas (e incluso para cualquier otro grupo de hipnóticos) debería guiarse por cinco principios fundamentales: utilizar la dosis mínima eficaz, administrar el tratamiento de forma

intermitente, prescribir medicación para corto plazo (su uso regular no debería superar las 3 – 4 semanas), interrumpir el tratamiento de forma gradual; y, vigilar la posible aparición de insomnio de rebote tras la suspensión del tratamiento. Una estrecha vigilancia del uso de las benzodiacepinas se hace absolutamente necesaria, sobretodo en ancianos, con un mayor riesgo de experimentar efectos adversos, y con la finalidad de prevenir el uso crónico de estos medicamentos. También, es importante recalcar que se precisa algo más que sólo hipnóticos para tratar el insomnio. Siempre será interesante intentar la combinación de enfoques farmacológicos y no farmacológicos, y es de gran utilidad mejorar los conocimientos de los pacientes sobre sus consecuencias y profundizar en el estudio de la etiología, además debe considerarse la intervención educativa del individuo con el objetivo de asegurar una correcta higiene del sueño.

Prevención

En primer lugar deberán incentivarse las “medidas no farmacológicas”. La aplicación de unas correctas normas de higiene del sueño puede ser suficiente para lograr un buen pronóstico. Si se hace necesario el uso de fármacos, se aconseja limitar su uso a cortos períodos y con la dosis mínima eficaz. Se ha de prevenir al paciente del desarrollo de dependencia y de los posibles efectos de rebote, retirando de forma gradual el fármaco.

Conclusiones

Se obtuvo una guía práctica de fácil manejo para los pacientes que sufren de insomnio. Dado que el insomnio es una enfermedad que eventualmente puede padecer la población venezolana, esta guía constituye una herramienta de educación sanitaria para los pacientes y ayudar a restaurar la cantidad y calidad del sueño.

Referencias Bibliográficas

- Allen, S. (2005). Insomnia and its management. 274: The Pharmaceutical Journal. 243-246.
- Benaim, M. (2005). Estudio Descriptivo Comparativo-Psicológico y Polisomnográfico de Adultos no Insomnes e Insomnes Crónicos. Trabajo de Ascenso. Caracas: Universidad Simón Bolívar.
- Bogan, R.; Turner, J. (2007). News assessment tools that measure sleep vital signs: the SleepMed Insomnia Index and the Sleep Matrix. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 3(4): 501-510.
- Byusse, D. (2008). Insomnio Crónico. 11(8): (pp. 457-465). American Journal Psychiatry (Ed. Esp).
- Carretero, M. (2006). Insomnio. . OFFARM. 25(6): 90-92.
- Costa, J. (2006). Sleep disorders in psychiatry. Metabolism Clinical and Experimental. 55(2): 40-44.
- Doghramji, K. (2006). The Epidemiology and Diagnosis of Insomnia. The American Journal of Managed Care. 12(8): 214-218.
- Hajak, G.; Riemann, D. (2008). Chronic Insomnia. 1(1):(pp. 36-39). European Psychiatric Review.
- Hulisz, D.; Duff, C. (2009). Assisting Seniors with Insomnia: A Comprehensive Approach. US Pharmacist. 34(6): 38-43.
- Johnson, E.; Roth, T.; Breslau, N. (2006). The association of insomnia with anxiety disorders and depression: Exploration of the direction of risk. Journal of Psychiatric Research. 40:700-708.
- López, M. (2006). Insomnio. . OFFARM. 25(7): 60-63.
- Maestre, M. (2006). Guía de Atención Farmacéutica en Insomnio. Sevilla (España): Área de Atención Farmacéutica del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla.
- Plante, D. ; Winkelman, J. (2008). Alteraciones del sueño en el trastorno bipolar: implicaciones terapéuticas. American Journal Psychiatry (Ed Esp). 11(9):540-553.
- Rosas, M. (2007). Insomnio clasificación, prevención y tratamiento farmacológico. OFFARM. 26(3): 90-97.
- Roth, T. (2007). Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences. Journal of Clinical Sleep Medicine. 3(5): 7-10.
- Roth, T.; Roehrs, T.; Pies, R. (2007). Insomnia: Pathophysiology and implications for treatment. Sleep Medicine. 11(1): 71-79.
- Salinas, P. (2011). El insomnio ¿Le quita el sueño?.. MedULA. 20: 99-101.
- Serrano, M. (2007). Información pertinente para los pacientes que sufren de insomnio. . Infármate. 11: 1-8.
- Sivertsen, B.; Nordhus, I. (2007). Management of insomnia in older adults. British Journal of Psychiatry. 190:285-286.