

NEUROFISIOLOGIA

INSOMNIO CRÓNICO

EXPERTOS DE VALIDACIÓN INTERNA (Autores)

Dra. Yaimí Rosales Mesa

Especialista de I Grado en Neurofisiología Clínica. Asistente.

Dra. Milagros Marot Casañas

Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesora Auxiliar

Lic. Gema Scull Planas

Licenciada en Psicología

EXPERTOS DE VALIDACIÓN EXTERNA

Dr.Cs. José Anías Calderón[†]

Especialista de II Grado en Fisiología. Profesor Titular. Profesor Consultante. Investigador Titular de la Universidad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. La Habana. Cuba.

Lic. María Elena Rodríguez

Licenciada en Psicología. Profesora Auxiliar del Servicio de Psicología del Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana. Cuba.

Dra. María Concepción Galiano Ramírez

Especialista de II Grado en Psiquiatría infanto-juvenil. Profesora Auxiliar. Hospital Pediátrico Centro Habana. La Habana. Cuba.

Servicio de Neurofisiología Clínica

yaimi.rosales@infomed.sld.cu

Teléfono: 876-1753

Actualización: febrero 2012

DEFINICIÓN

La segunda clasificación internacional de los trastornos del sueño (en inglés ICSD 2) señala que el insomnio como trastorno, consiste en dificultad repetida para iniciar, mantener o consolidar el sueño, así como deterioro de la calidad del sueño, que resulta en afectación diurna. (Anzures et al., 2010a)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Un desorden de insomnio se define por criterios generales que se aplican a todos los subtipos de insomnios: (Anzures et al., 2010a)

- Queja de dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantenerlo, despertar demasiado temprano o tener un sueño crónicamente no reparador o de pobre calidad.
- Las dificultades anteriores ocurren a pesar de la existencia de oportunidad para dormir y en circunstancias adecuadas para el sueño.
- El paciente reporta por lo menos uno de los siguientes problemas diurnos relacionados a la dificultad para dormir:
 - Fatiga o malestar diurno
 - Problemas de atención, concentración o memoria
 - Disfunción social, laboral o bajo desempeño en la escuela
 - Alteración humoral o irritabilidad
 - Somnolencia diurna
 - Reducción de la motivación, energía o iniciativa
 - Propensión a errores, accidentes en el trabajo o mientras conduce automóvil
 - Tensión, cefalea o síntomas gastrointestinales en respuesta a la pérdida de sueño
 - Preocupación relacionada al sueño

CLASIFICACIÓN (Anzures et al., 2010a)

La ICSD 2 considera los insomnios como la primera categoría general, la cual corresponde a un conjunto de trastornos que presentan como síntoma común la queja de insomnio. Los diferentes subtipos de insomnio que afectan al adulto son:

- Insomnio por desajuste (insomnio agudo, transitorio, de corta duración o por estrés)

- Insomnio psicofisiológico (primario, crónico, aprendido o condicionado)
- Insomnio paradójico (insomnio subjetivo, percepción inadecuada del sueño o pseudoinsomnio)
- Insomnio idiopático (insomnio de inicio en la infancia)
- Insomnio debido a desorden mental
- Higiene de sueño inadecuada
- Insomnio por drogas o sustancias
- Insomnio por otra condición médica
- Insomnio no especificado

Está incluido el insomnio agudo pues los estresores extrínsecos pueden precipitar, perpetuar o exacerbar el insomnio crónico.

A la vez estas entidades pueden ser clasificadas en 3 grupos principales: (Schutte-Rodin et al., 2008)

- **Insomnios primarios:** psicofisiológico, paradójico e idiopático
- **Insomnio comórbido:** asociado a desorden mental, condición médica o consumo de drogas o sustancias
- **Insomnio asociado a otro trastorno del sueño** como la apnea obstructiva y los movimientos periódicos durante el sueño y los trastornos circadianos del sueño

La presencia de un desorden específico no excluye la existencia de otro, pues pueden coexistir múltiples trastornos primarios y comórbidos.

Los criterios específicos para cada diagnóstico según la ICSD-2 aparecen a continuación: (Anzures et al., 2010a)

Insomnio por desajuste

- Los síntomas del paciente reúnen los criterios generales para el insomnio.
- El disturbo del sueño se asocia temporalmente con un estresor identificable que es psicológico, psicosocial, interpersonal, ambiental o físico.
- Se espera que el disturbo del sueño se revierta cuando el estresor agudo se resuelva o cuando el individuo se adapte a este.
- El disturbo del sueño dura menos de tres meses.
- El disturbo de sueño no puede ser mejor explicado por otro trastorno del sueño, desorden médico o neurológico, desorden mental, medicación o desorden por uso de sustancias.

Insomnio psicofisiológico

- Los síntomas del paciente reúnen los criterios del insomnio.
- El insomnio está presente por lo menos durante un mes.
- El paciente muestra evidencias de dificultad condicionada del sueño y/o aumento de despertares según lo indicado por uno o más de los siguientes:
 - Atención excesiva y ansiedad aumentada sobre el insomnio.
 - Dificultad para quedarse dormido en cama cuando lo desea o durante siestas previstas, pero sin presentar dificultad para quedarse dormido durante otras actividades monótonas en donde no intente dormir.
 - Mejor capacidad para dormir fuera de casa.
 - Activación mental en cama caracterizada por pensamientos intrusivos o percepción de incapacidad para frenar voluntariamente la actividad mental que retarda el sueño.
 - Aumento en la tensión somática en cama reflejada por incapacidad de relajar el cuerpo suficientemente para permitir el inicio del sueño.
- El disturbo del sueño no es mejor explicado por otro desorden del sueño, desorden médico o neurológico, desorden mental, por medicación o desorden por uso de sustancias.

Insomnio paradójico

- Los síntomas del paciente reúnen criterios para el insomnio.
- El insomnio está presente por lo menos durante un mes.
- Presenta uno o más de los siguientes criterios:
 - El paciente reporta un patrón crónico de poco o nada de sueño la mayoría de las noches, reporta raras noches durante las cuales obtiene la cantidad relativamente normal de sueño.
 - Los datos del diario de sueño durante una o más semanas de monitoreo muestran un tiempo promedio de sueño debajo de los valores normativos publicados y ajustados para la edad, a menudo indicando insomnio de varias noches por semana; típicamente hay ausencia de siestas diurnas que sigan a tales noches.
 - El paciente muestra marcada y constante discrepancia entre los resultados objetivos de polisomnografía y estimaciones subjetivas del sueño derivadas de autoreportes del diario de sueño.
- Se observa por lo menos uno de los siguientes criterios:

- El paciente reporta atención constante o casi constante a estímulos ambientales durante la mayor parte de la noche.
- El paciente reporta un patrón de pensamientos repetitivos conscientes a través de la mayoría de las noches mientras se mantiene recostado.
- El problema diurno reportado coincide con aquel alcanzado por otros subtipos de insomnio, pero es mucho menos severo de lo esperado dado el nivel extremo de privación del sueño logrado por éstos; no hay reportes de episodios intrusivos de sueño durante el día, desorientación o accidentes serios debidos a la pérdida marcada de vigilancia o alerta, e incluso con noches consecutivas sin dormir.
- El disturbio reportado del sueño no es mejor explicado por otros trastornos del sueño como: desorden médico o neurológico, desorden mental, medicación o por uso de sustancias.

Insomnio idiopático

- Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- El curso del desorden es crónico, según lo indicado por cada uno de los siguientes:
 - Inicio durante la infancia o niñez
 - Ningún precipitante o causa identificable
 - Curso persistente sin períodos de remisión sostenida
- El disturbio del sueño no es mejor explicado por otro trastorno del sueño, desorden médico o neurológico, desorden mental, medicación o desorden por uso de sustancias.

Insomnio debido a desorden mental

- Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- El insomnio está presente por lo menos durante un mes.
- El desorden mental se ha diagnosticado según los criterios de estándares (es decir, criterios formales del manual de diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales).
- El insomnio se asocia temporalmente al desorden mental; sin embargo, en algunos casos, el insomnio puede aparecer varios días o semanas antes de la aparición del desorden mental subyacente.

- El insomnio es más prominente que aquel típicamente asociado a los desórdenes mentales, causando distrés marcado o constituyendo un foco independiente de tratamiento.
- El disturbio del sueño no es mejor explicado por otro trastorno del sueño, causa médica o neurológica, uso de medicamentos o desorden por uso de sustancias.

Higiene inadecuada del sueño (Anzures et al., 2010b)

- Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- El insomnio está presente por lo menos durante un mes.
- Las prácticas inadecuadas de la higiene de sueño son evidentes según lo indicado por la presencia de por lo menos uno de los siguientes criterios:
 - Horario de sueño incorrecto que consiste en siestas diurnas frecuentes, variación del tiempo de acostarse y levantarse o pasar cantidades excesivas de tiempo en cama.
 - Uso rutinario de productos que contienen alcohol, nicotina o cafeína, en especial antes de acostarse.
 - Estimulación mental, activación física o disgustos emocionales cerca del tiempo de acostarse.
 - Uso frecuente de la cama para actividades ajenas al sueño (ver televisión, leer, estudiar, comer, pensar o planear).
 - Falla en el mantenimiento de un ambiente cómodo para dormir
- El disturbio del sueño no es mejor explicado por otro trastorno del sueño, desorden médico o neurológico, desorden mental, uso de medicación o desorden por uso de sustancias.

Insomnio por drogas o sustancias

- Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- El insomnio se ha presentado por lo menos durante un mes.
- Debe incluir uno de los siguientes criterios:
 - Existe dependencia en curso o abuso de droga o sustancia conocida con propiedades disruptivas del sueño durante períodos de uso, intoxicación o durante la supresión de la sustancia.
 - El paciente actualmente usa o se expone a un medicamento, alimento o toxina, que perturba el sueño en individuos susceptibles.

- El insomnio se asocia temporalmente con la exposición, uso, abuso o a la supresión aguda de la sustancia.
- El disturbo de sueño no es mejor explicado por otro trastorno del sueño, desorden médico, neurológico o desorden mental

Insomnio debido a condición médica

- Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- El insomnio está presente por lo menos durante un mes.
- El paciente tiene una condición médica conocida o coexistente que altera el sueño.
- El insomnio está con claridad asociado a la condición médica o fisiológica y aparece cercanamente al tiempo de inicio o con progresión significativa de la condición médica o fisiológica y aumenta o disminuye con las fluctuaciones en la severidad de la condición.
- El disturbo del sueño no es mejor explicado por otro trastorno del sueño, desorden mental, por medicación o uso de sustancias.

Insomnio no especificado

Insomnio que no puede ser incluido en las categorías anteriores.

PROCEDERES DIAGNÓSTICOS BÁSICOS O CONFIRMATORIOS, O AMBOS

(Schutte-Rodin et al., 2008; Lee-Chiong, 2011)

- Interrogatorio detallado que incluya:
 - historia del síntoma principal (distinguir entre problemas para iniciar y problemas para el mantenimiento del sueño, valorar factores contribuyentes ambientales, conductuales y psicosociales; duración, frecuencia, síntomas nocturnos, funcionamiento diurno, tratamientos recibidos y respuesta ante estos, entre otros)
 - evaluación de enfermedades médicas
 - antecedentes de desorden mental
 - consumo de medicamentos y sustancias
- Examen físico y mental
- Agenda o diario del sueño: durante dos semanas consecutivas se registran los horarios, patrones generales y variabilidad diaria del sueño. Útil cuando la historia es inconsistente o no confiable

- Cuestionarios específicos: índice de calidad del sueño de Pittsburgh, índice de severidad del insomnio
- Polisomnograma: ante sospecha clínica de otro trastorno del sueño, diagnóstico impreciso o fracasos terapéuticos (Kushida et al., 2005)

Los pacientes serán referidos al protocolo asistencial correspondiente si existe sospecha de enfermedades como el hipertiroidismo.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS (Schutte-Rodin et al., 2008)

- La terapia específica de los trastornos comórbidos debe ser simultánea al tratamiento del insomnio (Roth, 2009)
- Las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas pueden combinarse
- Si un solo tratamiento o combinación de tratamientos ha sido inefectivo, deben considerarse otras terapias conductuales y/o farmacológicas, o reevaluarse la presencia de trastornos comórbidos

Tratamiento no farmacológico (Morgenthaler et al., 2006)

Terapia cognitivo-conductual

Combinación de terapia cognitiva con tratamiento conductual. Se realiza durante 5 sesiones como mínimo, de forma individual, aunque en determinados pacientes resulta imprescindible trabajar con la familia para reforzar las redes de apoyo. La terapia cognitiva es un método psicoterapéutico en el que el paciente es educado en la corrección de creencias erróneas o negativas acerca del sueño y en la disminución de preocupaciones excesivas sobre las consecuencias de no dormir adecuadamente. (Shatzmiller, 2012) Permite racionalizar pensamientos nocivos y reemplazarlos por actitudes adaptativas. (Díaz y Pareja, 2008)

Se realiza también terapia centrada en los problemas para lograr conocer el origen del trastorno y trabajar con la terapia centrada en las soluciones, en la cual el problema ya es el punto de partida.

Es recomendable iniciar el tratamiento con al menos una de las intervenciones conductuales:

- Control de estímulos.- para formar asociaciones positivas entre la cama y el sueño. Instrucciones:
 - Ir a la cama solo cuando tenga sueño

- Mantener un horario regular de sueño (trate de levantarse siempre a la misma hora incluso los fines de semana)
- Use la cama solo para dormir y tener sexo. Evite leer y ver TV acostado
- Si no puede dormir, levántese, salga de la habitación y haga algo relajante. Regrese a la cama sólo cuando esté somnoliento. Repita este paso tantas veces como sea necesario en una misma noche
- Evite recostarse o dormir durante el día
- Restricción del sueño.- para mejorar la continuidad del sueño. Instrucciones:
 - Limitar el tiempo que el paciente permanece en cama a la cantidad real de tiempo (no menos de 5 horas) que habitualmente duerme, según el diario del sueño
 - Hacer ajustes semanales: si la eficiencia del sueño (tiempo total de sueño/tiempo en cama $\times 100$) $< 85\%$, disminuir el tiempo en cama de 15-30 minutos. Si por el contrario, el sueño mejora, se le permite aumentar gradualmente el tiempo en cama (15-30 minutos/semana) hasta alcanzar la cantidad de sueño deseada
 - Relajación.- incluye diversas técnicas como la relajación muscular progresiva, detención de pensamientos irracionales. Puede asociarse a técnicas de biofeedback. (Shatzmiller, 2012)

Terapia Multicomponente

Utiliza varias combinaciones de terapias conductuales conjuntamente con educación en la higiene del sueño. (Silber, 2005; Shatzmiller, 2012)

- Higiene del sueño: hábitos y prácticas orientados a lograr buena calidad del sueño o hacerlo más resistente a las interrupciones. Instrucciones:
- Mantener horarios regulares para acostarse y levantarse, así como los horarios sociales y de alimentación
- Ir a la cama solo si tiene sueño
- Restringir el tiempo de sueño al estrictamente necesario
- Permanecer en sitios bien iluminados en la mañana
- No dormir siestas
- Eliminar o disminuir el consumo de cafeína, alcohol y nicotina a partir de la tarde
- Realizar ejercicios físicos, pero nunca durante las 4 horas previas a dormir

- No ir a la cama con hambre o sed, ni después de comer o beber en demasía
- Establecer un ritual relajante antes de acostarse
- Puede tomar un baño de agua caliente como mínimo 30 minutos antes de acostarse
- El dormitorio deberá tener una temperatura adecuada, estar oscuro y en silencio
- Vaciar la vejiga antes de acostarse
- No pensar en los asuntos pendientes mientras se encuentre en la cama
- No esforzarse por dormir
- Evitar tener relojes al alcance de la vista o el oído en la habitación

Tratamiento farmacológico (Shatzmiller, 2012)

Recomendaciones generales

- Individualizar la prescripción
- Iniciar a baja dosis y mantener la dosis efectiva menor
- En pacientes de la tercera edad (Bloom et al., 2009) o con enfermedad hepática la dosis será inferior
- Evitar uso diario, preferible solo cuando sea necesario
- Si es posible, limitar la duración a 2-4 semanas
- Evitar las benzodiazepinas en pacientes con diagnóstico o sospecha de apnea durante el sueño
- Tener en cuenta el tiempo de vida media del fármaco
- El empleo de medicamentos a largo plazo puede ser necesario en pacientes con insomnio severo, resistente a tratamiento o comórbido con otro trastorno crónico. Requiere valoración sistemática de su necesidad, eficacia y efectos adversos
- La administración de fármacos a largo plazo puede ser intermitente (2-5 veces/semana), cada noche o cuando sea necesario
- Durante el tratamiento a largo plazo debe mantenerse adecuada terapia cognitivo-conductual
- Disminuir progresivamente la dosis y frecuencia de administración durante la retirada del medicamento
- Precaución con la polifarmacia, particularmente en pacientes sin terapia cognitivo-conductual

Secuencia general recomendada para la selección del fármaco (Schutte-Rodin et al., 2008)

- Agonistas del receptor benzodiazepínico (benzodiazepinas e hipnóticos no benzodiazepínicos): incluyen el **nitrazepam**, **zolpidem**, eszopiclona, zaleplon.
- Otro medicamento del grupo anterior, si la primera opción ha sido inefectiva. Entre las benzodiazepinas el **clonazepam** puede ser utilizado. (Ribeiro et al., 2010)
- Indicar antidepresivo sedante (**amitriptilina**, trazodona, doxepina, mirtazapina), en particular si existe comorbilidad con la depresión. Este tipo de medicamento a baja dosis no constituye adecuado tratamiento para la depresión en pacientes con insomnio comórbido.
- Combinar fármacos del primer grupo con el antidepresivo sedante.
- Otros medicamentos:
 - Antipsicóticos atípicos (**quetiapina y olanzapina**) y antiepilépticos (gabapentina): poseen bajo nivel de evidencia como terapia única para el insomnio y efectos adversos significativos. Pueden ser útiles en pacientes con insomnio comórbido que se benefician de su acción principal y efectos sedantes.
 - No son recomendables los barbitúricos ni el meprobamato: debido a efectos adversos, probabilidad de tolerancia y dependencia; baja eficacia terapéutica.
 - Antihistamínicos: no recomendables para el insomne crónico pues se caracterizan por aparición rápida de tolerancia, baja eficacia y efectos adversos.

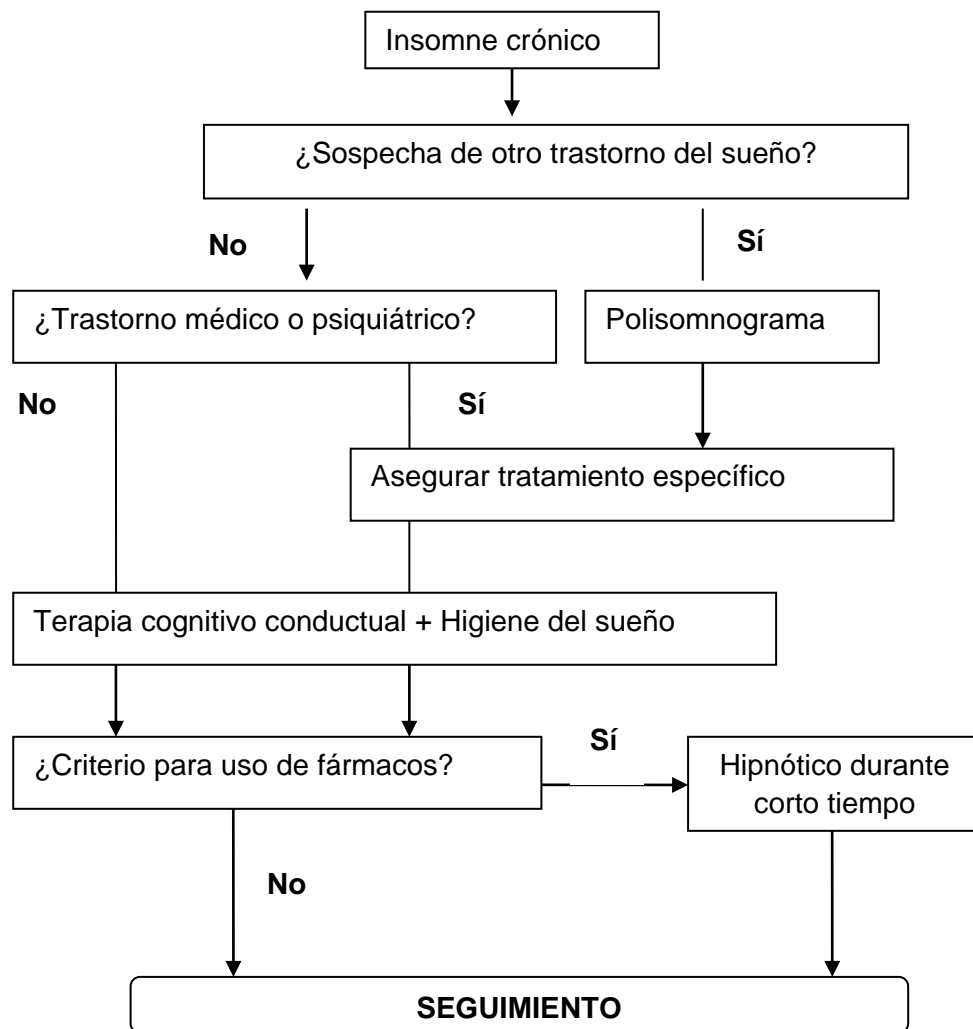
Dosis nocturnas recomendadas (vía oral):

- Nitrazepam (Tab 5 mg): 5-10 mg
- Zolpidem (Tab 5 y 10 mg): 5-10 mg
- Clonazepam (Tab 0.25, 1 y 2 mg): 1mg
- Amitriptilina (Tab 25 mg): 12.5- 50 mg
- Quetiapina (Tabletas de variable composición): 50 mg
- Olanzapina (la composición varía en las distintas presentaciones): 2.5 mg

Seguimiento: (Schutte-Rodin et al., 2008)

- Durante el periodo inicial del tratamiento debe realizarse de forma regular, cada 2-4 semanas. Posteriormente se controla cada 6 meses como mínimo. Se valora eficacia, efectos adversos, necesidad de continuar farmacoterapia, abuso o mal uso del medicamento, aparición o exacerbación de trastornos comórbidos, así como recaídas.

ALGORITMO TERAPÉUTICO



EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Indicadores de estructura	Estándar (%)
<i>Recursos humanos</i>	
Personal del GBT entrenado en el tema para aplicar el PA	>95
<i>Recursos materiales</i>	
Aseguramiento equipos médicos según PA	>80
Disponer del tratamiento expuesto en el PA	>60
Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	>85
<i>Recursos organizativos</i>	
% organización para asegurar la aplicación del PA	>95
% Planilla Recoleccion Datos por paciente atendido	100
% Planillas ingresada en la Base de Datos del PA	100
Indicadores de proceso	Estándar (%)
% insomnes crónicos valorados en consulta especializada	> 85
% pacientes con identificación de comorbilidad asociada	> 80
% con criterio tratamiento farmacológico que comienzan su adecuada aplicación	> 50
% pacientes que reciben terapia psicológica requerida	> 80
Indicadores de resultados	Estándar (%)
% pacientes que refieren mejoría	> 60
% pacientes que logran educación sobre el trastorno	> 90
% pacientes con satisfacción de la atención psicológica recibida	> 80
% pacientes con seguimiento sistemático durante 6 meses	> 50

BIBLIOGRAFÍA

- Bloom H.G., I. Ahmed, C.A. Alessi, S. Ancoli-Israel, D.J. Buysse, et al. (2009): Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 57 (5): 761-789.
- Díaz M. S., y J.A. Pareja (2008): Tratamiento del insomnio. *Inf. Ter. Sist. Nac. Salud*, 32(4):116-122.
- Kushida C.A., M.R. Littner, T. Morgenthaler, C.A. Alessi, D. Bailey, et al. (2005): Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: An update for 2005. *Sleep*, 28(4):499-521.
- Lee-Chiong T. (2011): Insomnia. [online] Disponible en: bestpractice.bmj.com> [Consultado Diciembre 15, 2011]
- Morgenthaler T., M. Kramer, C. Alessi, L. Friedman, B. Boehlecke, et al. (2006): Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. *Sleep*, 29(11):1415-1419.
- Ribeiro Pinto L., Cardoso Alves R., Caixeta E., Araújo Fontenelle J., Bacellar A., et al. (2010): New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 68(4): 666-675.
- Roth T. (2009): Comorbid insomnia: current directions and future challenges. *Am. J. Manag. Care*, 15: S6-S13.
- Schutte-Rodin S., L. Broch, D. Buysse, C. Dorsey, y M. Sateia M. (2008): Clinical Guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J. Clin. Sleep Med.*, 4(5):487-504.
- Shatzmiller R.A. (2012): Insomnia. [online] Disponible en: emedicine.medscape.com> [Consultado Febrero 10, 2012]
- Silber M.H. (2005): Clinical practice. Chronic insomnia. *N. Engl. J. Med.* 353(8):803-810.

Anzures M., J. Kassab y R. Alvarado (2010a): Manifestaciones clínicas y diferenciación de los tipos de insomnio. Primera parte. Arch. Neurocien. (Mex), 15(2):101-111.

_____ (2010b): Manifestaciones clínicas y diferenciación de los tipos de insomnio. Segunda parte. Arch. Neurocien. (Mex), 15(3):171-178.