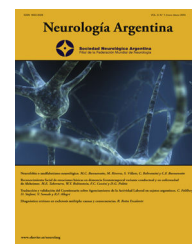




Sociedad Neurológica Argentina
Filiat de la Federaci3n Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Artículo especial

Insomnio: Actualizaci3n en estrategias diagn3sticas y terapéuticas



Daniel Alejandro Álvarez^{a,b}, Elda C. Berrozpe^{c,d}, Leonor Griselda Castellino^e, Leonardo Adrián González^f, Cecilia B. Lucero^g, Silvana C. Maggi^{h,*}, Marcela Ponce de Leónⁱ, Mariana Rosas^j, Mariela Tanziⁱ, Stella Valiensi^{d,i}, Roque A. Zalazar^k y Grupo de Trabajo de Medicina del Sueño de la Sociedad Neurológica Argentina

^a Unidad de Patologías del Sueño del Instituto Modelo de Neurología - Fundaci3n Lennox, Córdoba, Argentina

^b Unidad de Patologías del Sueño, Servicio de Neurología, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

^c Unidad de Medicina del Sueño, servicio de Neurología, FLENI, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^d Unidad de Medicina del Sueño, servicio de Neurología, Hospital Británico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^e Servicio de Neurología y Neurocirugía, Hospital Lagomaggiore. Medicina del Sueño Instituto Neuromed, Mendoza, Argentina

^f Laboratorio de Sueño, Centro Universitario de Neurología. Divisi3n Neurología, Hospital J.M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^g Departamento de Neurología, Universidad Nacional de Córdoba. Servicio de Neurología, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina

^h Laboratorio de Medicina del Sueño y Neurofisiología, Servicio de Neurología, CEMIC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

ⁱ Medicina del Sueño, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^j Servicio de Neurología, Hospital Mognillanski, Cipolletti, Río Negro, Argentina

^k Unidad de trastornos del sueño, Secci3n neurología, departamento de Clínica Médica, Centro Integral del Sueño, Corrientes capital, Corrientes, Argentina

INFORMACI3N DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de diciembre de 2015

Aceptado el 16 de marzo de 2016

On-line el 30 de mayo de 2016

Palabras clave:

Insomnio

Tratamiento cognitivo conductual

Sueño

R E S U M E N

El insomnio es un trastorno frecuente en la pr3ctica clínica y su prevalencia aumenta con la edad. Disminuye la calidad de vida e interfiere en las relaciones/funcionamiento social y, si no es tratado, constituye un factor de riesgo para desarrollar depresi3n.

Objetivo: La guía pretende orientar al médico neurólogo para su correcto diagnóstico y tratamiento, basada en la bibliografía científica disponible.

Desarrollo: Según la Clasificaci3n Internacional de Desórdenes del Sueño del año 2014 (ICSD-3), el insomnio se clasifica en insomnio cr3nico, insomnio de corto plazo y otros insomnios. Es necesaria una evaluaci3n correcta del paciente para la determinaci3n del tipo de insomnio. Al abordar al paciente, se deben considerar sntomas diurnos y nocturnos, puesto que tienen diferentes manifestaciones. El diario del sueño y los cuestionarios aportan datos útiles, difciles de detectar solo con la entrevista médica. La polisomnografía es de utilidad cuando se sospecha que el insomnio se presenta en forma concomitante o es secundario a otros trastornos del sueño. El tratamiento del insomnio incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas.

* Autor para correspondencia.

Correo electr3nico: silvana.c.maggi@gmail.com (S.C. Maggi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.03.003>

1853-0028/© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: El insomnio es un importante problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo. El tratamiento depende de numerosos factores relacionados con el paciente y su entorno.

© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Insomnio: Diagnosis and treatment update

A B S T R A C T

Keywords:

Insomnia
Cognitive behavior therapy
Sleep

Insomnia is a frequent disorder in the clinical practice and its prevalence increases with age. It decreases the quality of life and interferes with social life and, if left untreated, it is a risk factor for depression.

Objective: This guide is meant to help neurologists achieve a correct diagnosis and treatment based on the available scientific literature.

Discussion: According to the 2014 International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3), insomnia may be classified into chronic insomnia, short-term insomnia, and others. A correct patient evaluation is necessary to determine the class of insomnia. The approach should consider day and night symptoms, since insomnia presents with different manifestations. Both sleep logs and questionnaires provide useful information that is difficult to obtain during the medical interview. Polysomnography is useful when insomnia is suspected as concurrent with or secondary to other sleep disorders, or in cases that are refractory to treatment. Treatment includes pharmacological and non-pharmacological measures.

Conclusions: Insomnia is an important public health issue, which affects millions of people worldwide. Its treatment depends on numerous factors associated with the patient and patient's environment.

© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Alcances y objetivos de esta guía

El objetivo principal es orientar a los neurólogos en el diagnóstico del insomnio en pacientes adultos y en la selección del tratamiento, basados en la evidencia científica disponible.

Metodología

Para la realización de este trabajo de actualización se realizó una revisión sistemática de la literatura científica disponible, jerarquizando aquellos trabajos de revisión de reciente publicación y los trabajos de actualización de mayor relevancia clínica.

Definición

El insomnio se define como la dificultad persistente en el inicio, duración, consolidación o calidad del sueño, que ocurre a pesar de contar con la oportunidad y las circunstancias adecuadas para dormir, y resulta en alguna forma de alteración diurna¹.

Los síntomas diurnos incluyen: fatiga, cambios en el estado de ánimo, disminución en la motivación o iniciativa, tensión, cefalea, síntomas gastrointestinales, preocupación por el sueño, malestar general, compromiso cognitivo, entre otros².

El insomnio disminuye la calidad de vida y altera el funcionamiento social y laboral^{3,4}.

Se considera un cuadro que implica las 24 h, por lo que es característica la dificultad para dormir inclusive durante el día.

Es un trastorno psicobiológico que incluye aspectos psicológicos, neuroendocrinos y neuroinmunológicos⁵.

Un concepto importante a tener en cuenta es el «estado de hiperalerta»; este postula que el sujeto que tiende a enfocarse cognitivamente en su alteración del sueño y comienza a rumiar mentalmente sobre su insomnio es propenso a aprender asociaciones preventivas del sueño, lo que explica la cronicidad del problema. Se ha demostrado que se acompaña de un aumento en la actividad autonómica. Las conductas maladaptativas (tiempo en cama prolongado, siestas, consumo de alcohol, etc.) colaboran en el proceso⁵.

La alerta se expresa como una activación somática, cognitiva y cortical. Los pacientes presentan un procesamiento sensorial aumentado al momento de ir a dormir, lo que los hace vulnerables a ser perturbados por estímulos ambientales u otros⁵.

El modelo neurocognitivo del insomnio contempla que este ocurre debido a factores predisponentes (ej. familiares de primer grado con insomnio⁶) y precipitantes (ej. problemas laborales) y se cronifica por factores perpetuantes (ej. permanecer mucho tiempo en la cama)⁷.

Tipos de insomnio

Según la Clasificación Internacional de Desórdenes del Sueño del año 2014 (ICSD-3)¹, se diferencian los siguientes tipos de insomnio:

1. **Insomnio crónico** (alteración de por lo menos 3 meses de duración o intermitente pero recurrente a largo plazo). Subtipos:
 - **Insomnio psicofisiológico**: se acompaña de un estado de hiperalerta caracterizado por ansiedad con relación al sueño y síntomas neurocognitivos como fatiga e irritabilidad⁸.
 - **Insomnio paradójico**: existen síntomas subjetivos de mal dormir o mala calidad del sueño a pesar de estudios objetivos (polisomnografía) normales⁸.
 - **Insomnio idiopático**: generalmente comienza antes de la pubertad y persiste en la edad adulta. Suele haber antecedentes familiares⁸.
 - **Insomnio debido a trastorno mental**.
 - **Inadecuada higiene del sueño**.
 - **Insomnio conductual de la infancia**: insomnio por inadecuada asociación al inicio del sueño, insomnio por ajuste de límite, insomnio combinado o mixto.
 - **Insomnio debido a diversas drogas o sustancias**.
 - **Insomnio debido a condición médica**.
2. **Insomnio de corto plazo**.
3. **Otros insomnios**.

Síntomas aislados y variantes normales

1. **Tiempo en cama excesivo**.
2. **Dormidor corto**. Es una disposición constitucional. Los sujetos no lo perciben como un trastorno del sueño y no tienen alteración en la *performance* diurna.

Epidemiología del insomnio

La prevalencia del insomnio depende de la definición y tipo de estudio realizado⁹, pero es claro que se trata de un trastorno frecuente en la práctica clínica.

En un estudio, el insomnio ocasional fue reportado por el 50% de los entrevistados y el 19% reportó insomnio crónico¹⁰.

La prevalencia aumenta con la edad. En un trabajo realizado en personas ancianas, un 57% reportó insomnio y solo el 12%, sueño normal¹¹.

Afecta a ambos sexos, pero las mujeres adultas refieren insomnio con más frecuencia que los hombres¹².

Otros factores que aumentan su prevalencia son el desempleo, la falta de pareja (divorciados, viudos, separados) y el bajo nivel económico⁹.

El síndrome completo de insomnio crónico ocurre en el 10% de la población, pero el 30-35% tiene síntomas transitorios¹.

Características clínicas

El paciente con insomnio se queja principalmente de insatisfacción con la calidad o cantidad del sueño. Refiere dificultades para conciliar o mantener el sueño, o despertar precoz.

El grado de «mal dormir» es subjetivo. Habitualmente se considera una latencia de inicio de sueño o tiempo despierto luego de iniciado el mismo de 30 min o más y un tiempo total de sueño de 6 h o menos, 3 o más noches por semana¹.

Muchos pacientes pueden identificar los factores que interfieren en el sueño como viajes, ruidos, dolor, estrés, nicturia³.

Impacto del insomnio durante el día; cargas asociadas

Como se explicó previamente, el paciente con insomnio tiene síntomas diurnos. Se asocia a fatiga, astenia y alteraciones del humor tales como irritabilidad, disforia, tensión, indefensión o, incluso, estado de ánimo deprimido¹³.

El insomnio crónico no tratado podría ser un factor de riesgo para desarrollar depresión mayor¹⁴.

Además, los pacientes suelen presentar quejas somáticas, típicamente gastrointestinales, respiratorias, dolores de cabeza y dolores no específicos¹⁵.

Diagnóstico

En la evaluación del paciente insomne es esencial realizar una meticulosa historia clínica¹⁶.

La evaluación comienza por determinar si el problema es en la conciliación, en el mantenimiento del sueño, en el despertar a horarios deseados o bien una combinación de estos. El siguiente paso es caracterizar la severidad del problema, interrogando acerca del tiempo de evolución del insomnio, la frecuencia de aparición, y en cómo afecta la vida cotidiana.

Siempre se debe establecer si el ambiente y la oportunidad de sueño son los adecuados².

Es fundamental una buena descripción de los signos y síntomas específicos relacionados con el sueño y su historia médica general, incluyendo cuestiones psiquiátricas, médicas, hábitos tóxicos, el consumo de sustancias, etc. Se hace muchas veces necesaria la presencia en el interrogatorio de un compañero de cama u otra persona de la familia que conviva con el paciente. Es muy importante saber si el sujeto ronca, o tiene una respiración irregular, si manifiesta alguna alteración o movimiento relacionado con el sueño.

Se debe registrar información específica acerca del paciente, a saber¹⁷:

- Horario en el que se acuesta.
- Latencia de sueño (tiempo que tarda en dormirse desde que se apaga la luz).
- Despertares nocturnos (si puede establecer su causa, número y duración).
- Horario del despertar final en la mañana.
- Horario en el que se levanta de la cama.
- Número, horario y duración de siestas diurnas o intentos de dormir de día.

- Niveles de fatiga (diferenciarlo de somnolencia) a medida que el día avanza.
- Hábitos diurnos y nocturnos (ej. ejercicio, cena, televisión, etc.).
- El tiempo que pasa en la cama.

Al momento de evaluar a un *adulto mayor* con insomnio se debe tener en cuenta que generalmente este es multifactorial: cambios en los ritmos circadianos asociados con el envejecimiento, jubilación, hospitalizaciones, enfermedades clínicas, dolor, muerte del cónyuge, reposo e inactividad prolongados, polifarmacia, uso inadecuado de hipnóticos².

Registro o diario de sueño

Brinda datos acerca de patrones y comportamientos que a veces pueden resultar difíciles de detectar solo en la entrevista. Se propone realizar un registro mínimo de 15 días consecutivos, documentar la calidad y cantidad del sueño nocturno y las siestas. Es especialmente útil para diferenciar insomnio de trastornos del ritmo circadiano y resaltar los patrones del disturbio del sueño.

La evaluación también debe incluir el examen físico y del estado mental.

Otro método para valorar el patrón de sueño-vigilia es la actigrafía. Se trata de un pequeño dispositivo colocado en uno o más miembros (tipo pulsera o tobillera), que durante semanas detecta los movimientos del paciente y de esta manera ayuda a monitorear objetivamente los períodos de reposo y actividad¹⁸.

Questionarios

Se dispone de escalas y cuestionarios que realizan una valoración de la calidad del sueño y del impacto diurno que produce en el paciente.

En el insomnio primario el puntaje de la *Escala de Somnolencia de Epworth* (escala validada para medir la somnolencia diurna subjetiva) se encuentra por dentro de los valores normales (<10/24).

*Escala de Atenas de Insomnio*¹⁹: Tiene la ventaja de ser sencilla y fácil de aplicar, realiza una valoración del sueño del mes previo. Consta de 8 ítems que abordan el dormir en cuanto a calidad, cantidad e impacto diurno. Se valoran en una escala de 0 a 3, donde cero significa ausencia de problema y 3 la mayor severidad. Se puede usar una versión breve de 5 ítems que solo valora la dificultad en el dormir, o la versión completa para medir el impacto diurno provocado por el insomnio. Hay validaciones al español²⁰. Puede emplearse en áreas clínicas y de investigación.

Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQ). Es una de las más utilizadas. Consta de 24 preguntas que miden las alteraciones del sueño a lo largo de 7 dimensiones: la calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño (LS), duración, eficiencia, trastornos del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. La evaluación se basa en las respuestas obtenidas del mes anterior^{21,22}. Es más compleja de realizar. Las puntuaciones van del 0 al 3, con un punto de corte en 5;

un resultado mayor a este puntaje establece una mala calidad de sueño.

Índice de Severidad del Insomnio (ISI): Es una escala subjetiva y breve que consta de 5 preguntas que permiten realizar una valoración subjetiva del problema de sueño. Ha sido ampliamente utilizada con fines clínicos y de investigación²³. Evalúa la gravedad del problema del sueño, el grado de insatisfacción y el impacto en la calidad de vida. El ISI ha sido validado al español²⁴. Tiene una puntuación de 0-28 (0-7= ausencia de insomnio clínico; 8-14= insomnio subclínico; 15-21= insomnio clínico moderado; 22-28= insomnio clínico grave).

Polisomnografía nocturna

Puede ser pedida cuando hay sospecha de que el insomnio se presenta en forma concomitante o es secundario a otros trastornos del sueño, principalmente en el insomnio de mantenimiento. Para algunos autores es una práctica recomendada en la medida en que se tenga acceso a ella⁸.

En el registro podemos encontrar: latencia de sueño prolongada, tiempo total de sueño reducido y eficiencia disminuida, sueño fragmentado (aumento de microdespertares o despertares), etapa de sueño no REM superficial (N1) incrementada, disminución de etapa de sueño lento profundo (N3). Generalmente la proporción de etapa de sueño REM está conservada.

Diagnóstico diferencial

Se deben diferenciar tanto el «dormidor corto» como los sujetos con privación de sueño. En el primer caso la corta duración del sueño puede ser normal; algunos individuos requieren menor cantidad de sueño y se diferencian de los insomnes porque el cuadro no impacta en su rendimiento diurno. En el caso de privación de sueño, tienen sueño disminuido y una vida diurna afectada, pero, si tienen la oportunidad, rápidamente se duermen.

Otro aspecto a tener en cuenta son las alteraciones de los ritmos circadianos. Los individuos con retardo de fase suelen consultar por dificultad en la conciliación del sueño (si tienen la oportunidad, duermen por la mañana) y los que tienen adelanto de fase consultan por despertar precoz (se acuestan a tempranas horas de la noche). Siempre se deben descartar horarios irregulares de sueño-vigilia.

Siempre se debe interrogar sobre la presencia de síntomas relacionados con apneas del sueño (sobrepeso/obesidad, ronquidos, nicturia, HTA/arritmias, somnolencia diurna, etc.) y con piernas inquietas/movimientos periódicos de miembros inferiores durante el sueño. Estos desórdenes se relacionan con fragmentación del sueño e insomnio de mantenimiento. El síndrome de piernas inquietas genera dificultad en conciliar el sueño y muchas veces los pacientes no lo relatan espontáneamente.

Los pacientes con narcolepsia pueden consultar por sueño fragmentado. Se debe interrogar sobre la presencia de otros síntomas como somnolencia diurna (los insomnes tienen cansancio, pero no duermen durante el día), ataques de sueño, parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas, cataplejía.

El insomnio con comorbilidades es el que se asocia a condiciones médicas, trastornos psiquiátricos, otros trastornos del sueño (ej. síndrome de apneas del sueño, piernas inquietas, alteraciones de los ritmos circadianos, etc.), medicaciones (propranolol, antidepresivos, diuréticos por las noches, etc.) y otras sustancias.

Tratamiento farmacológico del insomnio

El tratamiento farmacológico es una herramienta más dentro del manejo integral del insomnio. Cuando se decida esta opción terapéutica es importante el seguimiento de dicha intervención para valorar la respuesta, la aparición de efectos adversos y evitar la dependencia a largo plazo mediante la programación de deshabitación a los fármacos, en la medida de lo posible.

Los pacientes deben ser informados sobre los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y sobre posibles efectos secundarios, incluyendo los problemas de dependencia y tolerancia asociados a su uso, así como la discusión en curso sobre la eficacia a largo plazo. Hay que tener en cuenta que los pacientes suelen sobrestimar el efecto de los medicamentos para dormir.

Se ha reportado que hasta un 40% de los pacientes con insomnio se automedican²⁵.

Se recomienda tratamiento farmacológico durante el menor tiempo posible y con la dosis más baja efectiva^{12,26}. También se debe tener en cuenta: edad, tratamiento previo, interacciones farmacológicas, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y la costo-efectividad.

Muchos de los pacientes que consultan por insomnio son ancianos, grupo vulnerable debido a enfermedades concomitantes, polimedicación, diferencias farmacodinámicas y farmacocinéticas, deterioro cognitivo y psicomotor, etc.

La duración del tratamiento en el insomnio crónico no está establecida. Se propone cíclicamente suspenderlo para una nueva evaluación clínica²⁷.

El uso intermitente o discontinuo (ej. 3 noches/semana o según las necesidades del paciente) fue evaluado con zolpidem (hasta 6 semanas) y demostró ser una opción viable. De todos modos, se debe tener en cuenta la posibilidad de que genere ansiedad, despertar condicionado o efecto residual al día siguiente²⁸.

En el insomnio primario, sin comorbilidades, la efectividad de los siguientes fármacos no ha sido establecida: quetiapina, mirtazapina, trazodona, amitriptilina, gabapentín, tiagabina¹⁶.

Los hipnóticos son agonistas del receptor complejo-receptor GABA-benzodiazepina, aunque los distintos tipos lo hacen en diferentes subunidades del receptor.

No benzodiazepínicos

Son fármacos pertenecientes a 3 grupos químicos: ciclopirotonas (zopiclona y eszopiclona), imidazopiridinas (zolpidem) y pirazolopirimidinas (zaleplón). Estos fueron desarrollados con el objetivo de vencer algunas de las desventajas de las benzodiazepinas, ligadas a sus efectos secundarios (ej. sedación del

día siguiente, dependencia, efectos de la retirada del fármaco). Parecería que no modifican en forma sustancial la arquitectura del sueño en sujetos sanos¹².

Un metaanálisis realizado en el año 2012, sobre 13 estudios controlados aleatorizados (4.378 pacientes), halló resultados levemente positivos para estos fármacos, que disminuyen la latencia de sueño tanto a nivel subjetivo (7 min) como objetivo (22 min) vs. placebo. El efecto placebo más el del hipnótico no benzodiazepínico resultaría en una buena respuesta clínica²⁵.

Para la dificultad en la conciliación se dispone de zolpidem, zolpidem CR, eszopiclona, zaleplón. Para el insomnio de mantenimiento: eszopiclona, zolpidem CR.

Los efectos adversos comunes a esta clase son: somnolencia residual, náuseas, vómitos, astenia, alteraciones en la memoria anterógrada, pesadillas, diplopía, ataxia, temblor, cefalea, ansiedad, agitación, enlentecimiento psicomotriz¹². Las parasomnias (comedor nocturno, sonambulismo, conductas sexuales) pueden observarse en cualquier paciente, pero hay más riesgo con dosis altas, privación de sueño, alcohol y uso con otros sedantes²⁹. Suelen aparecer con las primeras tomas y ceder al suspender el tratamiento³⁰.

En general no han demostrado presentar tolerancia ni dependencia³¹.

Zolpidem: en dosis de 5-10 mg demostró disminuir la LS, el tiempo de vigilia luego de conciliar el sueño y aumentó el tiempo total del sueño (TTS) y la eficiencia (ES). A los 8 meses no demostró generar tolerancia ni abstinencia³¹. Es útil en el insomnio de la menopausia y en depresión²⁸. Otros efectos adversos: parestesias. Si se administra con paroxetina puede dar alucinaciones¹².

Eszopiclona: demostró ser efectiva hasta 6 meses con escasos efectos adversos. Disminuye la LS y el tiempo de vigilia luego de conciliar el sueño, aumenta el TTS. No mostró tolerancia³¹. La dosis de mantenimiento es de 2 mg, la máxima de 3 mg y en ancianos se indica 1 mg. Se debe disponer de por lo menos 8 h de descanso antes de tomarla³⁰. Podría aumentar la adherencia al CPAP en pacientes con síndrome de apneas obstructivas del sueño³². Es útil en el insomnio en pacientes con trastornos de ansiedad y en depresión²⁸. Otros efectos adversos: boca seca, dispepsia.

Zopiclona: la dosis es de 7,5 mg, se propone iniciar con la mitad de la dosis. Otros efectos adversos: parasomnias, disgeusia, sequedad bucal¹².

Zaleplón: demostró efectividad con dosis de 5-10 mg. Disminuye la LS, tiene poco efecto sobre el tiempo de vigilia luego de conciliar el sueño. Puede darse a la mitad de la noche (se debe contar con 4 h de sueño mínimo)³⁰. Otros efectos adversos: parasomnias, alteraciones perceptuales visuales y olfativas, fotosensibilidad²⁶.

Benzodiazepinas

Son fármacos depresores del SNC que actúan como agonistas no selectivos del receptor GABA A. Ellos reducen el tiempo de inicio de sueño, disminuyen los despertares y aumentan el tiempo total de sueño. Incrementan la eficiencia de sueño, pero alteran su arquitectura, modificando los tiempos de las diferentes fases de sueño (prolongan la etapa 2 del sueño y reducen la proporción de sueño REM)³⁰.

Una diferencia primaria de estos medicamentos es su duración de acción, lo que se debe tener en cuenta en el momento de indicarlos.

Las reacciones adversas más comunes son: excesiva somnolencia diurna, deterioro de la ejecución de tareas psicomotrices, amnesia, incoordinación motriz²⁸. La tolerancia aparece con el uso mayor a 6 meses³⁰. Su suspensión brusca puede dar lugar a fenómenos de rebote (insomnio, ansiedad) o síndrome de abstinencia (ansiedad, náuseas, cambios perceptuales, pesadillas, mareos)²⁶. Se recomienda su uso a corto plazo, no más de 4 semanas y con la dosis más baja efectiva para el paciente¹².

Otros fármacos

Numerosos fármacos tienen efecto sedante, pero no son recomendados de rutina en pacientes con insomnio sin comorbilidades

Antidepresivos

Debido a las preocupaciones en cuanto a tolerancia, adicción y dependencia relacionadas con los hipnóticos benzodiazepínicos, los antidepresivos (especialmente amitriptilina y trazodona) se han utilizado cada vez más en el tratamiento del insomnio.

La presencia de sedación diurna persistente y otros efectos adversos (ej. agravamiento del síndrome de piernas inquietas, efectos anticolinérgicos) los convierte en una mala elección para el tratamiento del insomnio primario²⁸. Disminuyen la LS, aumentan el TTS y disminuyen la proporción de REM²⁶. Los antidepresivos pueden ser útiles en pacientes con insomnio asociado a depresión²⁷.

Trazodona

Los estudios realizados en pacientes con insomnio asociado a depresión mostraron mejoría clínica en la calidad de sueño e incremento del sueño lento profundo. Debido a la escasez de estudios para el insomnio no asociado a depresión, no se pueden extraer conclusiones definitivas. Efectos adversos más comunes: sedación residual diurna, hipotensión ortostática, priapismo³³.

Doxepina

Aumenta el TTS subjetivo, disminuye el tiempo despierto luego de conciliar el sueño³³. En insomnio de mantenimiento se utiliza en bajas dosis (3 a 6 mg), con las cuales no se observan efectos anticolinérgicos clínicamente significativos^{8,29}.

Amitriptilina

Hay poca evidencia en insomnio primario. Los datos de efectividad disponibles para estos fármacos son en pacientes con alguna comorbilidad psiquiátrica. En dosis antidepresivas (75 mg) demostró disminución del tiempo despierto después de iniciado el sueño en comparación con placebo. Se asoció con el incremento de movimientos periódicos de piernas³³.

Mirtazapina

No hay estudios en insomnio primario. Reduce la LS, incrementa el sueño lento profundo y la eficiencia de sueño en insomnio asociado a depresión³³.

Antipsicóticos

Su uso en el tratamiento del insomnio se ha extendido; sin embargo, hay pocos trabajos que demuestren su efectividad y todos tienen efectos adversos potenciales significativos. No se recomienda su uso en pacientes con insomnio primario²⁹.

Anticonvulsivantes

Barbitúricos: no se recomiendan.

Gabapentín: sería útil en los trastornos del sueño asociados con dolor. Aumenta la eficiencia del sueño, el sueño lento profundo y disminuye los despertares²⁴. No se recomienda para el insomnio primario.

Pregabalina: incrementa el sueño lento profundo. Algunos estudios muestran mejoría de los trastornos del sueño en pacientes con síndromes relacionados con dolor³³. No recomendado para el insomnio primario.

Agonistas del receptor de melatonina

Ramelteón: es un agonista selectivo de los receptores de melatonina que aún no se encuentra disponible en Argentina. Se puede usar en el insomnio de conciliación. La dosis de 8 mg demostró efectividad en reducir la LS, sin tolerancia, insomnio rebote ni abstinencia en 6 meses²⁹. Efectos adversos: somnolencia, cefalea, fatiga, náuseas, mareos, elevación de la prolactina, disminución de la testosterona, diarrea^{26,30}.

Melatonina: no es de elección en el insomnio primario por falta de datos de eficacia y seguridad. Se considera un cronobiótico para alteraciones de los ritmos circadianos, y no un hipnótico²⁶.

Tratamiento no farmacológico

Actualmente la terapia cognitivo-conductual se considera una medida estándar de tratamiento⁸. Sus ventajas radican en su baja tasa de efectos adversos y en su capacidad para mantener en el tiempo la mejoría lograda.

Siempre se debe comenzar por instruir al paciente sobre las medidas de *higiene del sueño*. Estas normas se pueden agrupar en 5 subgrupos³⁴:

- A. Revisión del entorno del sueño
 1. Eliminar ruidos molestos del dormitorio*
 2. Regular la temperatura de la habitación
 3. Hacer cómodo y acogedor el dormitorio. Contar con un adecuado colchón y almohada
 4. Usar la cama solo para dormir
 5. Eliminar el reloj del dormitorio
- B. Reglas acerca de la hora de acostarse y levantarse
 6. Restringir o eliminar las siestas*
 7. Reducir el tiempo en la cama
 8. Mantener un horario regular de sueño y vigilia
- C. Actividades que ayudan a dormir
 9. Ejercicio* (se recomienda no hacerlo por la noche)
 10. Actividades relajantes antes de dormir
 11. Hacer una lista de preocupaciones, durante el día. Nunca al acostarse
 12. Un baño caliente
- D. Ingesta antes de acostarse
 13. Limitar o evitar la cafeína*

14. Evitar el alcohol, especialmente durante la noche*
 15. Evitar comidas copiosas antes de acostarse*
 16. Disminuir o evitar fumar
 17. Limitar los líquidos antes de dormir
- E. Actitudes durante la noche
18. Evitar esforzarse por dormir
 19. Dejar la cama cuando no puede dormir

El asterisco (*) señala las recomendaciones que fueron utilizadas en común en los estudios que evaluaron la higiene del sueño³⁴⁻³⁶.

Los pacientes con insomnio pueden responder de manera diferente a una misma regla de higiene de sueño³⁷. Esto indica que deberíamos aplicarla de manera individualizada, es decir, indicar solo aquellas medidas que puedan corregir los hábitos inadecuados según cada paciente con insomnio.

Generalmente no son efectivas en forma aislada, deben utilizarse asociadas a las terapias cognitivo-conductuales.

Las *terapias cognitivo-conductuales*^{7,8,17} incluyen control de estímulos, relajación, terapia de restricción del sueño, terapia de reestructuración cognitiva, intención paradójica y terapia cognitiva para la mala percepción del sueño.

Control de estímulo: los pacientes con insomnio pueden asociar su cama y el dormitorio con el temor de no poder dormir o con otros eventos excitantes, más que con la previsión más placentera de sueño. Cuanto más tiempo se queda en la cama tratando de dormir, más fuerte se vuelve esta asociación, perpetuando la dificultad para conciliar el sueño. Es una estrategia cuyo propósito es interrumpir esta asociación mediante la mejoría de la probabilidad de sueño.

La *terapia de relajación* se debe implementar antes de cada período de sueño. Ej.: relajación muscular progresiva, técnicas de respiración.

Restricción del sueño: algunos pacientes con insomnio se quedan en la cama más tiempo para tratar de recuperar el sueño perdido. Esto provoca un cambio circadiano y una reducción en el impulso homeostático que empeora la noche siguiente y resulta en la necesidad de permanecer en la cama más tiempo. La terapia de restricción del sueño contrarresta esta tendencia, al limitar el tiempo total permitido en la cama, incluyendo siestas y otros períodos de sueño, con el fin de aumentar el deseo de dormir. Esto consolida el sueño y mejora la eficiencia del sueño (el porcentaje de tiempo en la cama que el paciente está dormido).

Terapia cognitiva: los pacientes que están despiertos en la noche comúnmente se preocupan porque van a tener al día siguiente un mal día. Esta preocupación puede exacerbar su dificultad para conciliar el sueño, creando un círculo vicioso de la vigilia y la preocupación. Una persona puede comenzar a culpar a todos los acontecimientos negativos en su vida por la falta de sueño. Durante la terapia cognitiva, se trabaja sobre la ansiedad y el pensamiento catastrófico, estableciendo expectativas realistas relacionadas con el insomnio y la necesidad de dormir.

Intención paradójica: reduce la ansiedad anticipada asociada al miedo de no poder dormir. Se instruye a los pacientes para que se acuesten pero traten de mantenerse despiertos.

Terapia cognitiva para la mala percepción del sueño: se le dan al paciente datos objetivos sobre el tiempo total de sueño de la polisomnografía para demostrarle que duerme más de lo que él piensa.

La *terapia cognitivo-conductual* es una estrategia que combina varios de los enfoques descritos anteriormente durante varias semanas.

La *terapia de combinación* implica la prescripción de la terapia cognitivo-conductual y un medicamento, por lo general de 6 a 8 semanas. El medicamento entonces se disminuye mientras se continúa con la terapia cognitivo-conductual.

En conjunto, la evidencia indica que la terapia cognitivo-conductual sola, la terapia medicamentosa sola, y la terapia combinada mejorarán el insomnio a pocas semanas de iniciar la terapia. Continuar con la terapia cognitivo-conductual después de la finalización de la terapia inicial parece ser la mejor opción para mantener la mejoría a largo plazo.

Conclusiones

El insomnio es un importante problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo. Su prevalencia varía de acuerdo con los criterios utilizados para definirlo, con el diseño de los estudios realizados y con otras variables consideradas en análisis de prevalencia como edad, género o tipo de insomnio (transitorio o crónico), entre otras.

En el insomnio existen síntomas nocturnos y diurnos con manifestaciones diversas a nivel gastrointestinal, respiratorio o emocional y afectación de la calidad de vida con impacto social, laboral y familiar. Los mecanismos y factores que determinan su aparición son numerosos y variados. El diagnóstico de insomnio se inicia a partir de fuertes datos clínicos y se reafirma con la utilización de cuestionarios, agendas o diarios de sueño y de herramientas de medición validadas (escalas). En casos necesarios, se pueden realizar estudios complementarios como la actigrafía y la polisomnografía.

A fin de identificar causas o situaciones relacionadas, el interrogatorio (directo e indirecto) debe ser minucioso, y debe tener en cuenta factores como salud psicofísica y situaciones clínicas del individuo, hábitos generales y de sueño, fármacos y antecedentes familiares, entre otros. La anamnesis permite en estos casos no solo realizar el diagnóstico de insomnio, sino también determinar su tipo, duración, severidad, síntomas acompañantes y características ambientales, y también realizar diagnóstico diferencial con otros trastornos similares. Todos estos son datos importantes para iniciar luego un abordaje terapéutico adecuado.

El tratamiento del insomnio incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas (terapias cognitivo-conductuales y medidas de higiene del sueño). La elección depende de numerosos factores relacionados con el paciente y su entorno.

El tratamiento no farmacológico tiene numerosas ventajas, como la baja tasa de eventos adversos y su efectividad en el tiempo: es, entonces, una terapia eficaz y segura. Con relación al tratamiento farmacológico, existe evidencia sobre

las ventajas de los fármacos no benzodiazepínicos sobre los benzodiazepínicos, dado que estos últimos determinan mayor sedación diurna, producen modificación de la arquitectura del sueño y, dependiendo del tiempo de administración y de la forma de suspensión, también pueden producir dependencia, tolerancia y abstinencia, respectivamente. Otros fármacos como antidepresivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos o cronobióticos se utilizan para el tratamiento del insomnio, sin que existan a la fecha evidencias fuertes que avalen su uso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
- Medina-Chávez J, Fuentes-Alexandro SA, Gil-Palafox IB, Adame-Galván L, Solís-Lam F, Sánchez-Herrera LY, et al. Guía práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52:108-19.
- Backhaus J, Junghanns K, Mueller-Popkes K, Broocks A, Riemann D, Hajak G, et al. Short-term training increases diagnostic and treatment rate for insomnia in general practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2002;252:99-104.
- National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. *Sleep.* 2005;28:1049.
- Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, Voderholzer U, Berger M, Perlis M, et al. The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev.* 2010;14:19-31.
- Riemann D, Nissen C, Palagini L, Otte A, Perlis ML, Spiegelhalder K. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurol.* 2015;14:547-58.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. 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 Latín Entralgo: Comunidad de Madrid; 2009.
- Pinto LR Jr, Alves RC, Caixeta E, Fontenelle JA, Bacellar A, Poyares D, et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010;68:666-75.
- Ohayon M. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* 2002;6:97-111.
- Shochat T, Umphress J, Israel AG, Ancoli-Israel S. Insomnia in primary care patients. *Sleep.* 1999;22:S359.
- Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Epidemiologic study of 3 communities. *Sleep.* 1995;18:425.
- López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega MA, Fernández Agüero L. Abordaje terapéutico del insomnio. *Semerget.* 2012;38:233-40.
- Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH, Reidel BW, Bush AJ. Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep.* 2005;28:1457-64.
- Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA.* 1989;262:1479-84.
- Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep.* 2007;30:213-8.
- Neubauer D. Chronic insomnia. *Continuum (Minneapolis).* 2013;19:50-66.
- Attarian HP, Schuman C. Clinical handbook of insomnia. *Curr Clin Neurol.* Tarsy, 2nd edition. New York: Humana Press; 2009.
- Morin CM. Definition of acute insomnia: Diagnostic and treatment implications. *Sleep Med Rev.* 2012;16:3-4.
- Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens insomnia scale. *J Psychosom Res.* 2003;55:263-7.
- Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: Validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res.* 2009;48:555-60.
- Buyse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28:193-213.
- Grandner MA, Kripke DF, Yoon IY, Youngstedt SD. Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index: Investigation in a non-clinical sample. *Sleep Biol Rhythms.* 2006;4:129-39.
- Sierra JC, Guillen-Serrano V, Santos-Iglesias P. Insomnia severity index: Some indicators about its reliability and validity on an older adults sample. *Rev Neurol.* 2008;47:566-70.
- Fernandez-Mendoza J, Rodriguez-Muñoz A, Vela-Bueno A, Olavarrieta-Bernardino S, Calhoun SL, Bixler EO. The Spanish version of the Insomnia Severity Index: A confirmatory factor analysis. *Sleep Med.* 2012;13:207-10.
- Huedo-Medina T, Kirsch I, Middlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: Meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ.* 2012;345:1-13.
- Ramakrishnan K, Scheid D. Treatment options for insomnia. *Am Fam Physician.* 2007;76:517-26.
- Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guidelines for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med.* 2008;4:487-504.
- Krystal AD. A compendium of placebo-controlled trials of the risks/benefits of pharmacological treatments for insomnia: The empirical basis for U.S. clinical practice. *Sleep Med Rev.* 2009;13:265-74.
- Roehrs T, Roth T. Insomnia pharmacotherapy. *Neurotherapeutics.* 2012;9:728-38.
- Ioachimescu O, El-Solh A. Pharmacotherapy of insomnia. *Expert Opin Pharmacoter.* 2012;13:1243-60.
- Randall S, Roehrs T, Roth T. Controlled study of the efficacy of 8 months of nightly zolpidem. *Sleep.* 2012;35:1551-7.
- Gulyani S, Salas R, Gamaldo C. Sleep medicine pharmacotherapeutics overview. *Chest.* 2012;142:1-15.
- McCall C, McCall V. What is the role of sedating antidepressants, antipsychotics, and anticonvulsants in the management of insomnia? *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:494-502.
- Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev.* 2003;7:215-25.

-
35. Perlis ML, Jugquist C, Smith MT, Posner D. Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide. New York: Springer Science+Business Media; 2005. p. 18.
 36. Friedman L, Benson K, Noda A, Zarcone V, Wicks D, O'Connell K, et al. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2000;13:17-27.
 37. Yang CM, Lin SC, Hsu SC, Cheng CP. Maladaptive sleep hygiene practices in good sleepers and patients with insomnia. *J Health Psychol.* 2010;15:147-55.