

## Tratamiento del insomnio

E. Estivill<sup>a</sup> y G. Pin<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Clinica del Sueño Estivill. USP Institut Universitari Dexeus. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Unidad Valenciana de Sueño. Clínica Quirón. Valencia. España

### Puntos clave

**El insomnio crónico** afecta a más del 10% de la población.

**El tratamiento debe consistir en** la eliminación de los síntomas y la modificación de los factores de estilo de vida que pueden afectar la calidad de sueño.

**Las técnicas conductuales buscan** cambiar los malos hábitos de sueño, reducir la ansiedad y modificar las creencias disfuncionales que pueden exacerbar el insomnio.

**Las técnicas de restricción de sueño** tratan de asegurar un ciclo sueño-vigilia estable, basándose en que los que tienen insomnio tienden a alargar su permanencia en la cama (acostándose más temprano o levantándose más tarde).

**Las técnicas de relajación** están encaminadas a controlar la acumulación de tensión diurna.

**Los medicamentos hipnóticos** más apropiados son los no benzodiazepínicos (p. ej., zopiclona, zolpidem y zaleplon). Deben administrarse bajo prescripción médica, teniendo en cuenta las indicaciones, contraindicaciones y sus efectos secundarios.

**Los productos naturales** sedantes que han demostrado una mejora subjetiva en la calidad del sueño son la valeriana y, recientemente, la melisa.

Para tratar correctamente el insomnio crónico, cuadro que afecta a más del 10% de la población, es imprescindible conocer la etiología que lo produce. El tratamiento debe consistir en la eliminación de los síntomas y la modificación de los factores de estilo de vida que pueden afectar la calidad de sueño. En ciertas circunstancias, los fármacos pueden ser apropiados y deben combinarse con las técnicas higiénicas y conductuales. A continuación, se detallan las medidas más habituales para el tratamiento del insomnio.

### Tratamiento no farmacológico del insomnio

#### Medidas higiénicas

- Levántese cada día a la misma hora.

- Realice siempre las mismas rutinas después de levantarse: higiene personal, desayuno, asistencia al trabajo, etc.
- Realice un discreto ejercicio al menos 3 días por semana, por ejemplo, andar seguido y sin parar durante 45 min, unas 4 h antes de acostarse.
- Aprenda a cortar el ritmo trepidante de vida con pequeñas interrupciones (2-3 veces, 5 min de duración) para relajarse, pensar en “otras cosas” y respirar profundamente.
- Dedíquese tiempo a usted, al menos 30 min diarios, a algo que realmente le guste (leer, escuchar música, jugar al dominó, asistir a tertulias, jugar a cartas, aprender nuevas cosas, cuidar las plantas, hacer cursos de cocina, ordenador, pintura, etc.; es decir, prémiese con algo.

#### Técnicas conductuales

Buscan cambiar los malos hábitos de sueño, reducir la ansiedad y modificar las creencias disfuncionales que pueden exacerbar el insomnio. Estos tratamientos producen beneficios seguros y duraderos a los pacientes con insomnio sin los efectos iatrogénicos de los medicamentos, como la tolerancia, el insomnio de rebote tras su interrupción y la sedación residual. A corto plazo (primera semana), los medicamentos pueden producir mejora en mayor proporción que los tratamientos no farmacológicos. Sin embargo, a medio plazo (3-8 semanas), el tratamiento conductual es igual de eficaz en el insomnio que el tratamiento farmacológico. A largo plazo (6-24 meses), los beneficios obtenidos por estas intervenciones son mucho más duraderos que los que se consiguen con los hipnóticos. Pero el problema real consiste en que el paciente tiende a reshusar estas terapias porque necesita una inmediatez de resultados.

#### Control de estímulos

El control de estímulos parte de la premisa de que el insomnio se produce como una respuesta condicionada desadaptativa a la repetida asociación de los estímulos ambientales del dormitorio y los rituales previos al sueño, con la imposibilidad de dormir. La idea de este tratamiento es reentrenar al paciente insomne a asociar la cama y el dormitorio con el rápido inicio del sueño. Esto se consigue limitando las actividades incompatibles con el sueño (como comer, hablar, y estar inquieto y dando vueltas en la cama) que sirven de señales para permanecer despierto, y siguiendo un horario sueño-vigilia coherente.

Normalmente se incluyen las siguientes directrices:

Instrucciones del control de estímulos:

- Acuéstese sólo cuando esté somnoliento.
- Utilice la cama y el dormitorio sólo para dormir o mantener relaciones sexuales.
- Salga de la cama y vaya a otro cuarto cuando sea incapaz de dormirse o volver a dormirse en 15-20 min. Vuelva a la

cama al cabo de media hora, pero sólo si está somnoliento de nuevo. El proceso se repetirá durante toda la noche si es necesario.

- Levántese cada mañana a la misma hora, independientemente de las horas dormidas durante la noche.
- Evite las siestas durante el día.

Las instrucciones de control de estímulos son efectivas en el tratamiento del insomnio de conciliación y el de mantenimiento. Estas técnicas son las que tienen mayor evidencia científica de efectividad en el tratamiento del insomnio crónico.

## Restricción de sueño

Las técnicas de restricción de sueño (o mejor dicho, de restricción del tiempo pasado en la cama) tratan de asegurar un ciclo sueño-vigilia estable, basándose en que los que padecen insomnio tienden a alargar su permanencia en la cama (acostándose más temprano o levantándose más tarde). Antes de la aplicación de esta técnica, se evalúa el tiempo total que la persona pasa en la cama y cuánto de este tiempo lo pasa dormida. Luego, se restringe el tiempo de permanencia en la cama a las horas reales de sueño. Con ello se induce un ligero déficit de sueño, lo que permite favorecer su inicio más rápido y mejorar su mantenimiento. A medida que mejora la eficiencia del sueño (la razón del tiempo dormido respecto al tiempo pasado en la cama), se aumenta la cantidad de tiempo en la cama, de forma progresiva, 15 a 20 min cada semana hasta que el paciente permanezca 7 h en la cama o hasta que la eficiencia del sueño sea óptima (85% o más). Para prevenir la excesiva somnolencia diurna, el tiempo en la cama no debe reducirse por debajo de 5 h. Esta conducta puede fomentar estar dando vueltas en la cama y terror a tratar de dormir. Inicialmente, los pacientes pasarán un tiempo considerable fuera de la cama y sufrirán alguna pérdida de sueño. Aunque el funcionamiento y el estado de ánimo durante el día pueden deteriorarse temporalmente, la privación parcial de sueño fomentará tanto un rápido inicio de sueño como un incremento de éste. Es necesario explicar al paciente que el sacrificio a corto plazo producirá ganancias a largo plazo.

## Técnicas de relajación

Encaminadas a controlar la acumulación de tensión diurna. Entre ellas destacan:

- *Relajación muscular progresiva*. Se instruye al paciente a tensar y relajar los diferentes grupos musculares del cuerpo. Después se pasa a un control cognitivo de éstos; es decir, se induce la relajación muscular al pensar en hacerlo.
- *Respiración abdominal*.
- *Visualización guiada de imágenes*. El entrenamiento en la visualización mental de imágenes consiste en concentrarse en pensamientos agradables o neutros a fin de disminuir la excitación cognitiva y relajarse.
- *Entrenamiento autógeno*. Tiene 2 fases. En la primera, se trabajan una serie de sensaciones (peso, calor, regulación cardíaca, control de la respiración, calor abdominal y sensación de frescor en la frente) progresivamente. El ciclo superior tiene en cuenta las producciones imaginarias (sueños y visiones) del paciente.

## Tratamiento farmacológico del insomnio

### Medicamentos hipnóticos

Llamamos hipnóticos a todos aquellos medicamentos que nos ayudan a iniciar y a mantener el sueño. Ya desde la antigüedad, el hombre ha ido en busca de la sustancia ideal que le proporcionara un sueño agradable. Los primeros medicamentos usados con eficacia para combatir el insomnio fueron los llamados *barbitúricos*. Tenían una excelente capacidad para “hacer dormir” pero a menudo daban una sensación de cabeza espesa al día siguiente y, sobre todo, si se excedía la dosis había serias posibilidades de que produjeran una intoxicación que, en casos graves, acarrearía la muerte.

La gran mayoría de los médicos que tratan a pacientes insomnes considera que la eficacia es un factor de vital importancia a la hora de elegir un hipnótico. Por tanto, es necesario un hipnótico que no actúe súbitamente después de haberlo tomado y cuyos efectos se mantengan durante el tiempo necesario para mantener un sueño nocturno, y al día siguiente el paciente se despierte “fresco” y sin resaca.

Hoy día no existe ya ninguna duda de que los mejores —y, sobre todo, los más seguros— medicamentos hipnóticos son los denominados *no benzodiazepínicos* (zopiclona, zolpidem y zaleplon). Tienen como característica una absorción y una eliminación rápidas, y a diferencia de los barbitúricos, en caso de sobredosisificación hay un compuesto que anula sus efectos. Son poco tóxicos, seguros para su uso clínico y eficaces, *si son recetados y controlados por un médico*. Cada uno de estos compuestos tiene unas indicaciones idóneas y unas contraindicaciones, que deberán ser bien conocidas por el médico que las recete para poder obtener los beneficios esperados. No existen pastillas buenas o malas, sólo medicamentos bien empleados o mal empleados; es decir, las pastillas que a una persona le resuelven su mal dormir no tienen por qué provocar el mismo efecto en otra. El uso crónico, sin control médico, puede llevar a casos de abuso o dependencia, con lo que habrá que aumentar la dosis para conseguir el mismo efecto. En cambio, cuando estos fármacos están correctamente utilizados, son de gran utilidad para el paciente con insomnio

Todos los efectos secundarios (tabla I) están relacionados con dosis excesivas, retiradas bruscas, asociación con otros fármacos o mal uso, tanto por parte del médico como del paciente. Como efectos desfavorables, cuando se utiliza mucha cantidad, suele aparecer sensación de cabeza espesa al levantarse, apatía o atontamiento a lo largo del día, y pérdida de

**Tabla I. Efectos secundarios de los hipnóticos**

Benzodiazepinas de vida media corta	Tolerancia, dependencia física, amnesia retrógrada, insomnio de rebote
Benzodiazepinas de vida media larga	Repercusión psicomotora, somnolencia, astenia
Zopiclona*	Sequedad de boca, gusto metálico
Zolpidem*	Náuseas, cefalea, somnolencia, astenia, aturdimiento

\*Nota: el efecto peor de los hipnóticos no benzodiazepínicos se da cuando se toman y se esperan a dormirse en el sofá, en cuyo caso pueden presentar alucinaciones. Tanto la zopiclona como el zolpidem se han de tomar en el momento de meterse en la cama. Si se tiene en cuenta esta premisa, los efectos adversos desaparecen casi por completo.

memoria y concentración. En casos graves, se han descrito estados confusionales, síndromes de abstinencia, depresión respiratoria y abuso; por este motivo, nunca hay que automedicarse y siempre hay que estar bajo control médico.

### Principios fundamentales de la terapia con hipnóticos

- Utilizar la mínima dosis eficaz.
- Administrar el tratamiento de forma intermitente.
- Prescribir medicación durante un período corto (no superior a 3-4 semanas).
- Interrumpir el tratamiento de forma gradual.
- Vigilar la posible aparición de insomnio de rebote tras la suspensión del tratamiento.

### Para la selección del hipnótico

#### hay que tener en cuenta lo siguiente

- Utilizar los hipnóticos de *vida media corta* (< 6 h) en caso de insomnio de conciliación, ancianos, pacientes con insuficiencia hepática o renal, o cuando sea necesaria una actividad diurna que requiera alerta y concentración.
- Elegir un hipnótico de 6-8 h de vida media en el insomnio de mantenimiento
- Los hipnóticos de vida media más larga (> 8 h) están indicados en los pacientes con grados altos de ansiedad durante el día, aunque pueden producir un cierto grado de sedación diurna y dificultar algunas tareas laborales. La velocidad de metabolización se entorpece con la edad. Por ello, en el anciano, conviene iniciar el tratamiento a la mitad de la dosis terapéutica.

### Contraindicaciones de los hipnóticos

Los hipnóticos están contraindicados en caso de:

- Mujeres embarazadas, durante el primer trimestre y en el período de lactancia (en determinados casos, muy especiales, se puede tolerar el uso de algún hipnótico de vida media corta).
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño no tratada.
- Pacientes con antecedentes de dependencia de alcohol o drogas o suicidas.
- Pacientes que durante su período de sueño normal pueden necesitar despertar y estar en plenas condiciones de funcionamiento.
- Pacientes con enfermedad hepática, renal o respiratoria. Necesitan ser supervisados más cuidadosamente que los que no tienen ninguna otra afección.
- Las distrofias musculares y la miastenia *gravis* son contraindicaciones relativas.

### Antihistamínicos

Los antihistamínicos tienen efectos sedativos. Los más utilizados en el insomnio son la difenhidramina y la hidroxizina, pero la mayoría de los inductores de sueño de libre dispensación incluyen un antihistamínico. Hay pocos estudios recientes que evalúen la eficacia de los antihistamínicos en el tratamiento del insomnio; los más antiguos demuestran mejoras subjetiva y objetiva en el tratamiento a corto plazo. Sin embargo, la eficacia a largo plazo no se ha demostrado. Los efectos adversos asociados con los antihistamínicos son: sedación diurna, deterioro psicomotor y efectos anticolinérgicos. Se han observado efectos de tolerancia y de interrupción.

### Melatonina

Se ha demostrado su implicación en la regulación del ciclo sueño-vigilia, la mejora de los síntomas de *jet-lag* y el síndrome de retraso de fase. Su mecanismo de acción es desconocido, pero puede relacionarse con la interacción con los receptores de melatonina del núcleo supraquiasmático. Los estudios acerca de su eficacia hipnótica no son concluyentes, y no hay datos sobre la dosis óptima, el horario de administración, las indicaciones, las contraindicaciones y la toxicidad.

### Uso de productos naturales sedantes

La utilización de terapias naturales está indicada y recomendada para el tratamiento de las alteraciones ocasionadas por la ansiedad. Existe el conocimiento general de que algunas plantas naturales tienen un cierto poder tranquilizante. La manzanilla, el hinojo, el cáñamo indio, la mejorana, el espio en flor, el gordolobo, la semilla de amapola, el romero y la valeriana son algunas de éstas. No obstante, no existen estudios clínicos sobre la eficacia de la mayoría de las plantas descritas y sólo son fiables estudios realizados con la valeriana y, recientemente, la melisa, que demuestran una mejora subjetiva en la calidad del sueño. Es recomendable la utilización en dosis escalonadas durante el día para ayudar a mantener un estado de tranquilidad que permita afrontar las situaciones de estrés de forma correcta. ]

### Bibliografía recomendada

- Esteban Sobreviela JM, Zamorano Bayarri E, Gonçalves Estella F. Guía de buena práctica clínica en patología del sueño. Barcelona: IM&C; 2005.
- Estivill E, Bové A, García-Borreguero D, Gibert-Rahola J, Paniagua J, Pin G, et al, and members of the Consensus Group. Consensus on drug treatment, definition and diagnosis for insomnia. Clin Drug Invest. 2003;23:351-85.