

Artículo original

El insomnio en la práctica médicaAlejandro Jiménez Genchi,¹ María de los Ángeles Díaz Ceballos Moreno²¹Médico Psiquiatra, División de Servicios Clínicos, Instituto Mexicano de Psiquiatría. ²Médico Internista, Hospital General "Dr. Darío Fernández F", ISSSTE.**Resumen**

El sueño es un estado fisiológico del que aún se desconocen con exactitud cuáles son sus funciones, aunque sus alteraciones se ven reflejadas en la vigilia del ser humano. Una de las alteraciones más frecuentes del sueño es el insomnio, el cual debe ser considerado como un síntoma y partiendo de esto, ubicarlo dentro de las distintas condiciones que pueden estar presentes, pues de ello dependerá el tratamiento correcto. El presente artículo describe brevemente algunas características del sueño normal, así como las condiciones más frecuentes en las que ocurre el insomnio y su tratamiento.

Palabras clave: *Insomnio, trastornos del sueño.*

Summary

Sleep is a physiological condition whose basic mechanisms and function are not completely understood. Nevertheless, its alterations are reflected during awake. Insomnia is one of the most frequent alterations of sleep and it should be considered as a symptom and from here derive a correct diagnosis and treatment. This paper describes some features of normal sleep, as well as several conditions in which insomnia occurs.

Key words: *Sleep troubles, insomnia.*

El insomnio en la práctica médica

Los seres humanos pasamos la tercera parte de nuestras vidas dormidos. Por ello, esta condición fisiológica siempre ha generado un intenso interés y estudio. Y aunque no se ha logrado todavía dar una respuesta precisa al ¿por qué dormimos?, se sabe que es indispensable para el adecuado funcionamiento del organismo.

Las alteraciones del sueño, sobre todo la disminución de la cantidad de horas de sueño, aparece ya registrada como un síntoma en los escritos de Hipócrates cuando trataba el tema de la melancolía. No obstante que en buena parte de la historia del hombre, el interés por el dormir estuvo más centrado en las ensoñaciones, en el último siglo ha sido posible conocer cuáles son sus posibles mecanismos neurobiológicos.

El polisomnograma

Una de las mejores técnicas para estudiar el sueño es la poligráfica. Mediante ella se registran los cambios que se presentan en el electroencefalograma, el movimiento de los ojos, el tono muscular, el electrocardiograma, así como los movimientos respiratorios, el flujo de aire en las vías aéreas, los movimientos de las extremidades e incluso la tumescencia del pene. Todos ellos importantes en la evaluación del sueño y sus trastornos.

En su conjunto, estas mediciones constituyen el polisomnograma para el cual existe ya una aceptación internacional estándar para su registro y lectura. Basados en los hallazgos con este procedimiento, el sueño se divide en Fase 1, Fase 2, Fase 3, Fase 4, Sueño de Movimientos Oculares Rápidos (SMOR) y Vigilia. Las fase 1 y 2 son de sueño superficial, la 3 y 4 actualmente tienden a evaluarse de forma conjunta como sueño delta. Las fases 1 a 4 son también llamadas Sueño no MOR y se alternan con el SMOR en un ciclo de aproximadamente 90 minutos de duración.

Ontogenia del sueño

El ciclo sueño-vigilia muestra cambios en función de la edad. En el recién nacido los periodos de sueño de 3-4 horas de duración se alternan con periodos de vigilia de 2 horas, por lo que el ciclo sueño-vigilia se presenta varias veces en las 24 horas del día. A partir del cuarto mes de vida, el sueño tiende a aumentar en su duración y distribuirse preferentemente en la noche, consolidándose esta característica en el octavo mes. Todavía hasta los 4 años se presenta un periodo corto de sueño durante el día pero generalmente después de los 10 años el ciclo sueño-vigilia alcanza su carácter circadiano. Después de los 40 años el número de horas de sueño tiende a disminuir. Las diferentes fases del sueño también muestran cambios relacionados con la edad.

Los despertares que comúnmente se presentan durante la noche ocupan el 1% del tiempo que pasa dormido un niño, mientras que en el sujeto senil alcanza el 15%. La fase 1 (sueño superficial) también se incrementa en función de la edad, pasando del 2% en niños al 10% en adultos mayores, mientras que con la fase delta (sueño profundo) sucede lo contra-

rio, del 75% observado en niños disminuye al 10% después de los 60 años. Con la fase de sueño MOR también se presenta un decremento, en los niños constituye el 27% y en los adultos el 15%. En resumen, con el progreso en la edad, el dormir tiende a durar menos y a ser superficial.

Es de interés clínico tener en cuenta que después de los 65 años, hasta el 35% de la población tarda más de 30 minutos en dormirse, y el tiempo total de los despertares durante la noche también se incrementa. Esto último probablemente esté relacionado con la mayor incidencia de trastornos del dormir relacionados con la respiración en este grupo de edad.

Filogenia del sueño

Prácticamente todos los animales muestran ciclos de actividad-descanso, aunque las características de estos varían enormemente. Algunos animales son diurnos y duermen por la noche, mientras que otros son nocturnos, o bien, crepusculares. Los patrones de sueño también pueden estar influidos por la adaptación de los seres vivos a la seguridad que experimentan en su ambiente.

El insomnio, un síntoma

El insomnio debe ser visto como un síntoma y no como un trastorno del sueño *per se*. Visto de esta manera permite ubicarse dentro de un trastorno del sueño o como una enfermedad, lo cual facilitará y hará más correcto su manejo.

Bajo esta perspectiva clínica, el insomnio puede encontrarse en las siguientes condiciones:

Insomnio psicofisiológico. Esta es una de las causas más frecuentes de insomnio. Generalmente tiene su inicio entre los 20 y 30 años, y en el sexo femenino. En esta condición el paciente no percibe que ha vivido durante un periodo prolongado de tensión o ansiedad por diversas circunstancias de la vida diaria, que finalmente tienden a mantenerlo más despierto y lo condicionan a empezar a dormir más tarde y de manera superficial. Este estado de ansiedad comúnmente tiende a manifestarse por somatizaciones y frecuentemente los sujetos se quejan de inquietud, cefalea, palpitaciones, lumbalgias y dolores musculares.

Característicamente duermen mejor los fines de semana y cuando pasan periodos vacacionales fuera de su ambiente habitual, porque se reduce la tensión diaria. A esto hay que sumar que desarrollan una preocupación excesiva por su dormir, que lejos de ayudarles a ingresar al sueño los mantiene más alertas, terminando en un círculo vicioso. Habitualmente evoluciona hacia la cronicidad, desarrollan malos hábitos de higiene del sueño y se complica con el uso excesivo de hipnóticos.

Percepción equivocada del sueño. También llamado pseudosomnio, esta alteración se caracteriza porque el paciente refiere dormir menos, sin embargo, cuando se les realiza un

estudio polisomnográfico (PSG) los resultados son los normales para su edad y sexo. Se ha reportado que en el PSG existen similitudes con el insomnio psicofisiológico y se le ha propuesto como una fase previa a este último.

Insomnio idiopático. Esta rara condición comienza en la infancia y parece estar causada por alteraciones en los mecanismos neurobiológicos que inician y mantienen el sueño. Es importante diferenciarla de los sujetos que duermen poco, lo cuales requieren menos horas de sueño comparados con los habituales para su edad y sexo y que generalmente no se quejan de fatiga diurna.

Movimientos periódicos de los miembros durante el sueño. Esta anomalía se caracteriza por movimientos súbitos y repetitivos de los miembros, como por ejemplo la extensión del pie, lo cual genera frecuentes despertares muy breves que ni siquiera el paciente recuerda pero que da como resultado un sueño fragmentado y experimentado como no reparador. En este trastorno es importante la información que proporcione la pareja u otros observadores del sueño del paciente. Generalmente es necesario confirmar el diagnóstico con el PSG.

Síndrome de piernas inquietas. Se caracteriza por experimentar sensaciones peculiares en las piernas, referidas como “picazón”, “comezón”, “cosquilleos”, que conllevan a tenerlas en movimiento constante; esto se acentúa antes del dormir, impidiendo que el sujeto ingrese normalmente al sueño. Es frecuente durante el embarazo o en presencia de anemia y uremia.

Higiene del sueño inadecuada. En este caso los pacientes llevan a cabo actividades que no son acordes con los horarios de vigilia y sueño necesarios para tener un adecuado rendimiento. Ejemplos típicos son ver TV, escuchar música, leer, platicar, o pensar en el día transcurrido o el que está por venir, y que incluso son referidos como medidas que el paciente ha tomado para tratar de dormir más fácilmente. En este caso se encuentran también el beber café, refrescos de cola o consumir tabaco.

Otros factores del medio ambiente (frío, calor, ruido, ronquidos) pueden dar lugar a insomnio, o bien puede presentarse como parte de una reacción a una situación de estrés agudo (un asalto, un conflicto, exámenes escolares, etc.). El uso crónico de sustancias psicoactivas (alcohol, benzodiacepinas, etc.) o la interrupción abrupta de las mismas genera con frecuencia disminuciones en la duración del sueño. Finalmente, es importante subrayar que el insomnio es un síntoma muy frecuente en los trastornos depresivos (hasta en el 80% de los casos), al igual que está presente en los trastornos de ansiedad y psicóticos por lo que es indispensable investigar la presencia de psicopatología.

Tratamiento

Como en toda enfermedad el diagnóstico preciso conducirá al manejo adecuado.

Una medida recomendable como parte de los cuidados a la salud que un individuo debe tener pero todavía más importante en los casos de insomnio, es la higiene del sueño. En ésta debe hacerse hincapié en la necesidad de establecer horarios fijos de sueño, evitar en la habitación el ruido, la luz, y relojes (despertar y mirar la hora puede generar ansiedad y mayor alertamiento). Se debe contar con adecuada temperatura, cama y ropas de cama. Se deben evitar actividades como mirar TV, escuchar música, comer, platicar o llevarse a la cama los problemas y se recomienda adoptar una actitud de disposición a dormir (es frecuente que el insomne pase mucho tiempo pensando “esta noche, ¿podré dormir o no” ?), habiendo satisfecho ya necesidades fisiológicas. Estas medidas pueden ser la solución rápida del problema si se llevan a cabo con constancia.

Un segundo paso en el manejo, sobretodo del insomnio psicofisiológico, es el control de estímulos. Este consiste de cuatro reglas: 1. Ir a dormir sólo cuando se tiene sueño; 2. Usar la cama sólo para dormir; 3. No permanecer en cama despierto, deberá uno levantarse y hacer algo en otra habitación hasta que se sienta sueño; y 4. Despertar todas las mañanas a la misma hora. Esta técnica tiene como finalidad favorecer la disposición del sueño y sus resultados se experimentan cuando se lleva a cabo repetidamente por algún tiempo.

Debido a que la ansiedad constituye un elemento primordial en el insomnio psicofisiológico, la enseñanza y practica de técnicas de relajación y respiración puede dar buenos resultados.

Es necesario insistir que el alivio no será inmediato, expectativa frecuente en el insomne que puede empujarnos a recurrir instantáneamente al uso de fármacos, los cuales, por el contrario pueden perpetuar el trastorno.

Sólo en el caso de los movimientos periódicos de los miembros durante el sueño y el síndrome de piernas inquietas está indicado el uso de benzodiacepinas, de las cuales el clonazepam da excelentes resultados.

Cuando el insomnio forme parte de un trastorno depresivo, de ansiedad o psicótico, el tratamiento farmacológico debe ir dirigido a la enfermedad en su conjunto. Sin embargo, cuando el tratamiento farmacológico se convierte en la última opción, es recomendable comenzar con sustancias como la valeriana o el lúpulo, extractos de plantas que han mostrado eficacia en algunos casos. En segunda opción podemos considerar al zolpidem y zopiclone y como última arma las benzodiacepinas. Cualquiera de estos fármacos deberá prescribirse por periodos cortos (2-3 noches) y luego suspender.

Referencias

1. Williams RL, Karacan I, Moore C, Hirshowitz M. Sleep disorders. In: H. Kaplan, B. Sadock (eds.). Comprehensive textbook of psychiatry/ VI. Baltimore, MA: Williams & Williams, 1995.
2. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1989.
3. Salín-Pascual RJ. Revisión de la actual clasificación de los trastornos del sueño (International Classification of Sleep Disorders 1990). *Psiquis* 1993; 2: 77-85.