

PARTE II:

Insomnio

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

23



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Reconocer los cambios en el patrón de sueño y vigilia que ocurren al envejecer.
2. Reconocer los principales trastornos del sueño y su abordaje inicial.
3. Comprender el uso adecuado de los agentes farmacológicos en el tratamiento de los trastornos del sueño.
4. Determinar el momento oportuno para referir el caso al especialista.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El insomnio, es una *alteración en el patrón del sueño que puede involucrar problemas para conciliar el sueño y sueño excesivo o comportamientos anormales relacionados con el mismo.*

El sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del adulto mayor para mantener una vida activa y saludable. Sin embargo, se ha encontrado que más de una tercera parte de las personas mayores de 60 años tienen algún tipo de problema al dormir e incluso una cuarta parte tiene serias dificultades.

Se dice que hasta una de cada tres personas mayores de 60 años reportan insomnio y que una de cada dos toma algún medicamento para dormir. La prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres mayores.

SUEÑO NORMAL

Durante el sueño normal, se presenta transición entre 2 tipos diferentes de sueño: En el sueño MOR (movimientos oculares rápidos), conocido en inglés como REM (“rapid eye movement”), se presentan movimientos rápidos de los ojos sin actividad muscular corporal. . En el sueño no-REM o no-MOR, es el cuerpo el que se mueve mientras los ojos permanecen inmóviles .

El sueño no-REM tiene cuatro fases (fases 1 y 2 de sueño ligero, y fases 3 y 4 de sueño profundo). Se cree que en las fases más profundas es cuando la persona se recupera del cansancio. Si se registra la actividad cerebral por EEG durante estas fases, se encuentran ondas cerebrales lentas y amplias llamadas “delta”, por tanto se conoce como *sueño de ondas delta* al período no-REM profundo.

El primer período del sueño no-REM inicia inmediatamente: la persona queda dormida usualmente a los 15 minutos de haberse acostado. Este es seguido por un período de sueño REM. Durante la noche ocurren al menos 4 de estos ciclos no-REM + REM a intervalos de 90 minutos aproximadamente. Durante la noche, los períodos REM son cada vez más prolongados. Las siestas con sueño delta durante el día reducen la cantidad de sueño delta de la noche.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente usualmente se queja de dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche o somnolencia diurna. Hay numerosas definiciones de insomnio, una podría ser la adoptada por la Asociación Americana de Centros de Estudio y Tratamientos del Sueño, que lo define como *la latencia mayor a 30 minutos y/o dos o más despertares nocturnos y/o vigilia nocturna mayor a una hora y/o tiempo de sueño total menor a 6 horas.*

El insomnio puede clasificarse *de acuerdo al momento de presentación*:

- Insomnio inicial o de conciliación (aumento de la latencia del sueño).
- Insomnio de mantenimiento (despertares nocturnos con imposibilidad de volver a conciliar el sueño).
- Insomnio terminal o con despertar temprano (más temprano que la hora habitual con imposibilidad de volver a dormir).

El insomnio también se puede clasificar *de acuerdo a la duración*:

- Insomnio transitorio (dura algunos días).
- Insomnio de corta duración (dura menos de 3-4 semanas).
- Insomnio crónico (dura más de 4 semanas, o más de 20 días durante dos meses).

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

CAMBIOS DEL SUEÑO POR LA EDAD

El proceso de envejecimiento puede influenciar el sueño. Las influencias directas son las relacionadas con el sistema nervioso y los mecanismos fisiológicos:

Numerosos estudios han demostrado cambios relacionados con la edad en la continuidad, duración y profundidad del sueño; *estos cambios ocurren en individuos sanos y no están relacionados con enfermedad*, sin embargo, existen diferencias individuales en la calidad del sueño.

El cambio principal es la disminución en la cantidad y duración del sueño de ondas delta, durante la noche y el aumento en la frecuencia y duración de los despertares nocturnos. Existe mayor frecuencia en cambios de un estadio del sueño a otro, lo que produce un sueño de menor calidad. El adulto mayor es más sensible a los cambios de horario. El sueño es estructuralmente más liviano; así por ejemplo, las personas mayores fácilmente se despiertan por ruido, a pesar de la reducción en la sensibilidad auditiva. También es frecuente que con la edad aumente la cantidad de siestas diurnas.

En resumen, al envejecer se dan usualmente los siguientes cambios:

- Tiempo total de sueño durante la noche: disminuye (debido a frecuente despertar).
- Siestas diurnas: aumentan.
- Eficiencia del sueño (relación tiempo dormido - tiempo en cama): disminuye.
- Despertares nocturnos: aumentan.

- Latencia del sueño (tiempo requerido para iniciar el sueño): aumenta.
- Latencia REM (tiempo desde el inicio del sueño hasta el primer período REM): disminuye.
- Disminución del número y duración total de períodos REM.
- Sueño de ondas delta: disminuye.
- Deterioro de los ritmos circadianos.

2.2.- PRINCIPALES CAUSAS

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR

Existen múltiples causas por las cuales el patrón normal del sueño del adulto mayor puede verse alterado, sin embargo, *a nivel de la atención primaria, lo más importante estriba en determinar cuándo el paciente requiere valoración especializada.*

INSOMNIO

En el adulto mayor, el insomnio por lo general está asociado a *problemas médicos o psiquiátricos* (depresión, ansiedad), al uso de *sustancias estimulantes* o a la presencia de *estrés psicológico*; por lo tanto, generalmente es de causa ***multifactorial***.

Los *malos hábitos del sueño y los estilos de vida sedentarios* juegan un papel muy importante, sin embargo, es importante descartar la existencia de una *enfermedad médica de fondo* como la artrosis (el paciente no logra conciliar el sueño o se despierta por dolor articular y/o calambres), la insuficiencia cardiaca, la bronquitis crónica y/o enfisema pulmonar (el paciente se despierta por disnea nocturna o sufre de apnea del sueño). La diabetes descompensada también podría ser causa de insomnio en razón de la nicturia.

Ciertos *medicamentos* como la teofilina y el salbutamol tienen efectos estimulantes que interfieren con el inicio del sueño y disminuyen el sueño REM. Los diuréticos si se dan en la noche pueden provocar excesiva nicturia que impide un sueño adecuado. Además siempre ha de tenerse en cuenta el uso, abuso o abandono de fármacos usados como hipnóticos en la génesis del insomnio. *Otras sustancias* como el alcohol, la cafeína y las bebidas gaseosas también interfieren con el desarrollo normal del sueño..

En resumen, *algunas causas y factores que contribuyen* frecuentemente a que se presenten trastornos del sueño son los siguientes:

- Estilo de vida sedentario.
- Depresión entre las personas de edad avanzada.
- Dolor crónico debido a enfermedades como la artritis.
- Enfermedades crónicas tales como la insuficiencia cardiaca congestiva.

- Necesidad de orinar con frecuencia.
- Estimulantes como el café.
- Medicamentos y alcohol.
- Patologías neurológicas.

2.3.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Además de un examen físico para descartar causas médicas, se debe hacer una historia detallada de los patrones de sueño e investigar en busca de causas médicas o psiquiátricas para el trastorno. (Diagrama 22.2).

Algunas de las preguntas que pueden hacerse como parte de la historia del problema:

Tipo:

- ¿Presentan dificultades para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio)?
- ¿Despierta sintiendo que no ha descansado?
- ¿Despierta muchas veces durante la noche?
- Patrón de tiempo:
 - ¿El problema es persistente?
 - ¿Durante cuánto tiempo?
 - ¿El problema parece resolverse una vez que se ha cambiado de turno en el trabajo?

Factores agravantes:

- ¿Comenzó después de abandonar el consumo de alcohol al momento de acostarse?
- ¿Comenzó después de abandonar el consumo de una ayuda para dormir?
- ¿Qué medicamentos está tomando en el momento?
- ¿Consume algún suplemento herbal o remedios de medicina alternativa?
- ¿Bebe mucho café? ¿Ha suspendido recientemente el consumo de café?
- ¿Experimenta exceso de estrés o de ansiedad ?

Horario para dormir:

- ¿Cuánto tiempo duerme normalmente?, ¿A qué horas?
- ¿Qué actividades realiza unas horas antes de acostarse?
- ¿El horario de acostarse se cambia frecuentemente?

Factores asociados:

- ¿El trastorno se presenta como respuesta a recuerdos de un evento traumático?
- ¿Se presenta cuando ingiere algún tipo de sustancia (estimulante)?

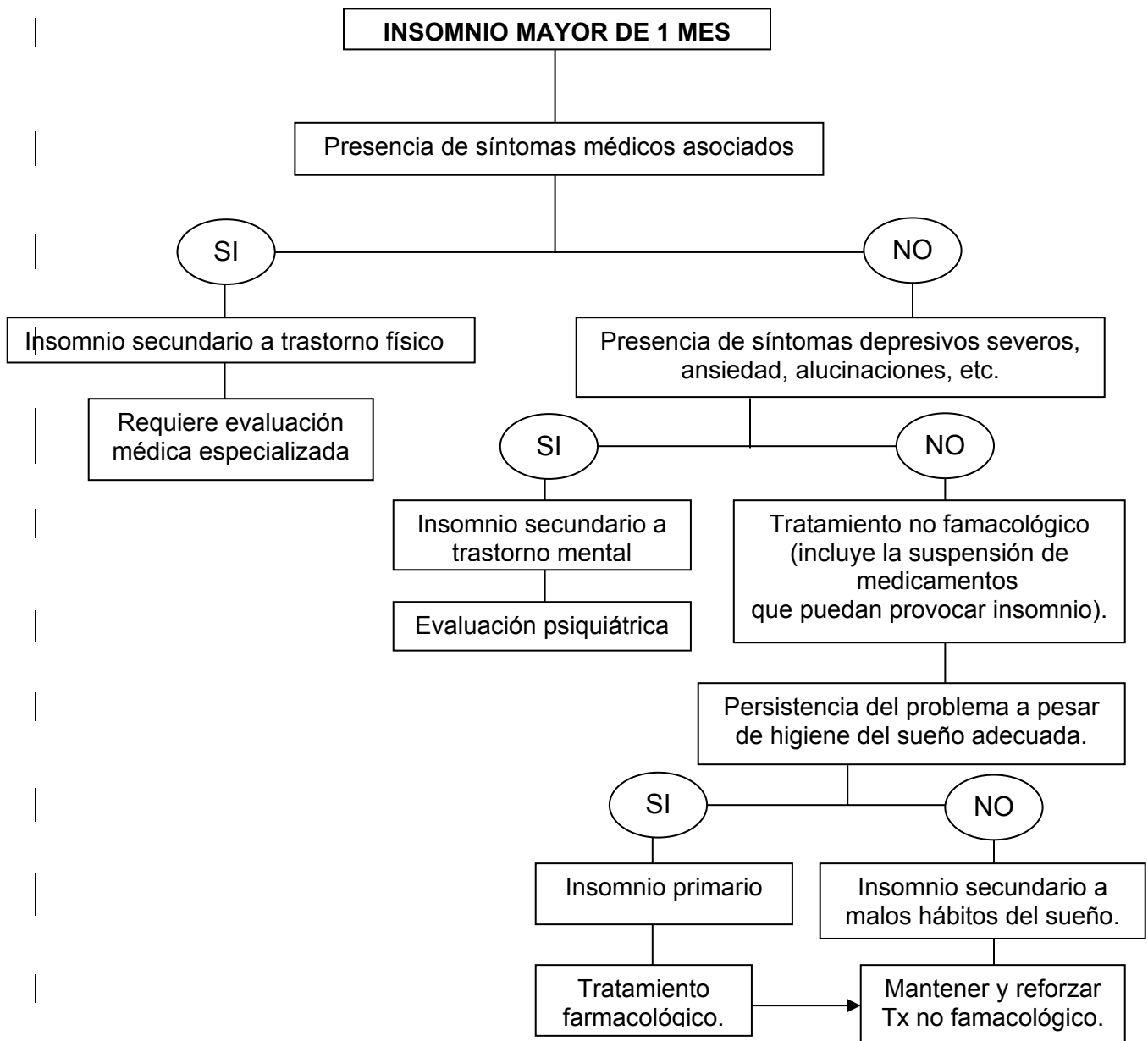
- ¿ Se presenta cuando toma un medicamento hipnótico?
- ¿Crée que el cuarto donde duerme está asociado con el insomnio?
- ¿Hay demasiada preocupación por el sueño?
- ¿Presenta períodos cortos de ausencia de respiración o ronquidos?
- ¿Qué otros síntomas presenta?

Es útil decirle al paciente que lleve un “**DIARIO DE SUEÑO**” (cuadro 22.1), durante 2 semanas, donde anote lo relacionado con su forma de dormir:

CUADRO 22.1. DIARIO DE SUEÑO

Diario de sueño	Lunes	Martes	Miércoles
Hora a la que se acuesta y a la hora que se levanta en la mañana.			
Tiempo y frecuencia con que se despierta por las noches.			
Tiempo y frecuencia con que toma siestas.			
Tiempo que pasa despierto durante el día.			
Uso de alcohol, tabaco, cafeína, y medicamentos.			
Presencia de somnolencia durante el día.			
Presencia de ronquidos, pausas respiratorias o movimientos físicos inusuales durante el sueño (información brindada por acompañante).			
Presencia de factores precipitantes como dolor y/o estrés emocional.			

DIAGRAMA 22.2.



La historia clínica geriátrica, incluyendo la *evaluación del estado mental*, debe ser documentada, ya que muchos desórdenes del sueño pueden tener un *componente psiquiátrico*. Se deben investigar los antecedentes personales y familiares de ansiedad, depresión, cambios en la personalidad y otros. La depresión severa se asocia con somnolencia diurna, así como con *insomnio terminal*, es decir, usualmente durante la madrugada el paciente se despierta y no puede volver a conciliar el sueño. La ansiedad más bien provoca *insomnio inicial*, el paciente no logra dormirse inmediatamente cuando se acuesta. Estos síntomas, si son severos, requieren valoración psiquiátrica.

Ciertos síntomas médicos pueden interferir tanto con el sueño y con su presencia que ameriten referencia para una valoración más especializada. Estos son:

- Disnea nocturna
- Dolor torácico
- Palpitaciones
- Tos y sibilancias nocturnas
- Dolor articular severo
- Nicturia importante
- Alteración del juicio y la memoria

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El objetivo del tratamiento es reforzar la asociación del tiempo pasado en cama con el hecho de dormir y eliminar la relación con otras actividades (distintas de las relaciones sexuales). Para esto existen ciertas recomendaciones:

- Tener un horario fijo para acostarse y levantarse, aún durante los días feriados y fines de semana.
- El cuarto para dormir debe estar a una temperatura confortable. Lo más libre de ruido posible.
- Es importante que no se asocie la cama con frustración de tratar de dormir. Esto quiere decir que el paciente no use la cama para actividades como leer o ver televisión. Si el paciente se acuesta y no logra dormirse en 30 minutos, debe levantarse y realizar alguna actividad hasta que se encuentre cansado y pueda dormir.
- Se debe disminuir la ingesta de líquidos alrededor de la hora de dormir, para evitar la nicturia excesiva.
- El ejercicio, si no se realiza cerca de la hora de dormir, promueve el sueño adecuado.
- Debe evitarse la cafeína y el tabaco cerca de las horas de sueño.
- Evitar siestas diurnas excesivas.
- Limitar la estancia en la cama a 7-8 horas cada 24 horas.
- Disfrutar durante el día de ambientes iluminados con bastante luz.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Cuando las medidas anteriores no surten efecto o el paciente por su estado mental no es capaz de realizarlas, es necesario recurrir al tratamiento farmacológico. El uso de estas sustancias no debe ser por tiempo prolongado y, para evitar la tolerancia, es útil dejar días libres en que no se administre el medicamento.

Debe evitarse el uso de benzodiazepinas en general, más aún aquellas con acción prolongada (diazepam), ya que pueden causar sedación excesiva, caídas y aumento en la incidencia de fractura de cadera. Algunos antihistamínicos como la difenhidramina (benadryl) pueden ser de utilidad en los adultos mayores más jóvenes; sin embargo, pueden causar confusión en el adulto mayor de edad más avanzada por su efecto anticolinérgico. Una vez agotadas las medidas no farmacológicas, si necesitamos usar un fármaco, se preferirán aquellos que respeten más la estructura fisiológica del sueño, como los del grupo de las imidazopirrolidinas (Elj. Zolpidem, zopiclona) a la menor dosis posible, durante el menor tiempo posible.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Los despertares nocturnos son más frecuentes y prolongados en las personas de edad.
- No debe pasarse por alto la presencia de una depresión como causa principal del problema.
- El empleo juicioso de inductores del sueño no debe ser ni banalizado ni temido, aunque nunca debe ser el hilo conductor de la terapia del insomnio.
- El insomnio es un síntoma con múltiples causas y requiere diferentes tratamientos.
- La evaluación de los trastornos del sueño comienza con una cuidadosa valoración clínica.
- El objetivo del tratamiento de los trastornos del sueño es reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida.
- La apnea obstructiva, es una causa potencialmente severa y tratable de somnolencia diurna.
- Existen herramientas diagnósticas avanzadas (polisomnografía), que deben ser indicadas en los casos apropiados.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Ancoli-Israel S. Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. *Sleep*. 2000; 23 (suppl 1): S23-S30; discussion S36-S38.

Gorbien MJ. When your older patient can't sleep: how to put insomnia to rest. *Geriatrics* 1993; 48(9):65-75.

NIH Consensus Development Conference. The treatment of sleep disorders of older people. Vol. 8, No. 3, March 1990.

Roth T, Roehrs TA, eds. Sleep disorders. *Clin Geriatric Med* 1989; 5(2):Entire Issue.

Gottlieb GL. Sleep disorders and their management: special considerations in the elderly. *Am J Med* 1990; 88(Suppl. 3A):29S-33S.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre insomnio. (Sleep Disorders)

Clínica Mayo página web: www.mayo.edu/geriatrics-rst/GeriArtcls.html/