

Manejo del insomnio: ¿qué, cuándo, cómo?

Néstor Giralá



International Classification of Sleep Disorders. American Academy of Sleep Disorders. 2014

I. Insomnia

- A. Chronic Insomnia Disorder
- B. Short-Term Insomnia Disorder
- C. Other Insomnia Disorder
- D. Isolate Symptoms and Normal Variants
- 1. Excessive Time in Bed
- 2. Short Sleeper

II. Sleep-Related Breathing Disorders

- A. Obstructive Sleep Apnea Disorders
- 1. Obstructive Sleep Apnea, Adult
- 2. Obstructive Sleep Apnea Disorder, Pediatric
- B. Central Sleep Apnea Syndromes
- 1. Central Sleep Apnea with Cheyne–Stokes Breathing
- 2. Central Apnea Due to a Medical Disorder without Cheyne–Stokes Breathing
- 3. Central Sleep Apnea Due to High-Altitude Periodic Breathing
- 4. Central Sleep Apnea Due to a Medication or Substance
- 5. Primary Central Sleep Apnea
- 6. Primary Central Sleep Apnea of Infancy
- 7. Primary Central Sleep Apnea of Prematurity
- 8. Treatment-Emergent Central Sleep Apnea
- C. Sleep-Related Hypoventilation Disorders
- 1. Obesity Hypoventilation Syndrome
- 2. Congenital Central Alveolar Hypoventilation Syndrome
- 3. Late-Onset Central Hypoventilation and Hypothalamic Dysfunction
- 4. Idiopathic Central Alveolar Hypoventilation
- 5. Sleep-Related Hypoventilation Due to a Medication or Substance
- 6. Sleep-Related Hypoventilation Due to a Medical Disorder
- D. Sleep-Related Hypoxemia Disorder
- 1. Sleep-Related Hypoxemia
- E. Isolated Symptoms and Normal Variants
- 1. Snoring
- 2. Catathrenia

III. Central Disorders of Hypersomnolence

- A. Narcolepsy Type 1
- B. Narcolepsy Type 2
- C. Idiopathic Hypersomnia
- D. Kleine–Levin Syndrome
- E. Hypersomnia Due to a Medical Disorder
- F. Hypersomnia Due to a Medication or Substance
- G. Hypersomnia Associated with a Psychiatric Disorder
- H. Insufficient Sleep Syndrome
- I. Isolated Symptoms and Normal Variants
- 1. Long Sleeper

IV. Circadian Rhythm Sleep–Wake Disorders

- A. Delayed Sleep–Wake Phase Disorder
- B. Advanced Sleep–Wake Phase Disorder
- C. Irregular Sleep–Wake Rhythm Disorder
- D. Non–24-Hour Sleep–Wake Rhythm Disorder
- E. Shift Work Disorder
- F. Jet Lag Disorder
- G. Circadian Sleep–Wake Disorder Not Otherwise Specified

V. Parasomnias

- A. NREM-Related Parasomnias
- 1. Confusional Arousals
- 2. Sleepwalking
- 3. Sleep Terrors
- 4. Sleep-Related Eating Disorder
- B. REM-Related Parasomnias
- 1. REM sleep behavior disorder
- 2. Recurrent Isolated Sleep Paralysis
- 3. Nightmare Disorder
- C. Other Parasomnias
- 1. Exploding Head Syndrome
- 2. Sleep-Related Hallucinations
- 3. Sleep Enuresis
- 4. Parasomnia Due to Medical Disorder
- 5. Parasomnia Due to a Medication or Substance
- 6. Parasomnia, Unspecified
- 7. Isolated Symptoms and Normal Variants
- a. Sleep Talking

VI. Sleep-Related Movement Disorders

- A. Restless Legs Syndrome
- B. Periodic Limb Movement Disorder
- C. Sleep-Related Leg Cramps
- D. Sleep-Related Bruxism
- E. Sleep-Related Rhythmic Movement Disorder
- F. Benign Sleep Myoclonus of Infancy
- G. Propriospinal Myoclonus at Sleep Onset
- H. Sleep-Related Movement Disorder Due to Medical Disorder
- I. Sleep-Related Movement Disorder Due to a Medication or Substance
- J. Sleep-Related Movement Disorder Unspecified
- K. Isolated Symptoms and Normal Variants
- 1. Excessive Fragmentary Myoclonus
- 2. Hypnagogic Foot Tremor and Alternating Leg Muscle Activation
- 3. Sleep Starts (Hypnic Jerks)

VII. Other Sleep Disorder

Insomnio

- Dificultad para iniciar el sueño, mantener el sueño o sueño no reparador.
- Insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño.
- Tipos:
 - agudo vs crónico
 - inicial, intermedio, tardío
 - primario, secundario (a patologías o sustancias)
 - con o sin somnolencia diurna

Los estafadores: parecen pero no son

- Apena de sueño
 - de noche: ronquidos, apneas observadas, jadeo y ahogo que despiertan al paciente, sueño inquieto, y despertares frecuentes y vueltas durante la noche.
 - durante el día: sensación de sueño no reparador, somnolencia diurna, cefaleas, sequedad o dolor de garganta, déficits cognitivos, disminución de la vigilancia...
- Desfase del horario de sueño: sx del estudiante de vacaciones®
- Insomnio paradójico: disociación entre percepción y fisiología de sueño
- Necesidad reducida de sueño:
 - gente que duerme menos de 6 horas y dice estar perfectamente bien
 - en la inmensa mayoría de los casos un engaño
 - pero existe

Algunas consecuencias emocionales y cognitivas de la falta de sueño

- **Memoria**
 - el aprendizaje disminuye en un 40% en condiciones de poco sueño
 - menor activación del hipocampo
 - durante fases de sueño profundo y ondas lentas las memorias de corto plazo se consolidan a largo plazo
- **La atención se afecta por la falta de sueño**
 - performance en exámenes
 - accidentes de tránsito
- **Alteraciones emocionales**
 - irritabilidad
 - más tendencia a la depresión y cambios de humor
 - mayor riesgo de suicidio

Insomnio secundario a tx. psiquiátricos o alerta

- Las alteraciones del sueño son muy frecuentes en la mayoría de los trastornos psiquiátricos.
- Si bien se puede tratar el insomnio, no dejar de detectar y tratar el trastorno de base (depresión, tx de ansiedad, delirium...)
- Estados de alerta aumentada, aunque no correspondan a un trastorno, son con frecuencia motivo de insomnio

Insomnio por mala higiene de sueño

- Insomnio por servicios de streaming y redes sociales
- Insomnio por cafeína y otros estimulantes (atención con descongestivos y corticoides).
- Cuánto se come antes de dormir
- Actividad física durante el día, pero no antes de dormir
- Ambiente, temperatura, comodidad, silencio, luminosidad
- Importancia de los rituales nocturnos para relajarse
- Otras medidas de higiene de sueño
 - no quedarse en cama sin dormir
 - ocuparse en algo que distraiga y relaje fuera de la cama si no puede dormir
 - mantener horario de sueño regular y ¿evitar siestas?
 - evitar exceso líquidos
 - limitar nicotina y alcohol

Estrategias no farmacológicas para insomnio

- Educación sobre higiene del sueño
- Terapia cognitiva: evitar pensamiento catastrófico y preocupación excesiva
- Técnicas de relajación
- Terapia de control de estímulos: asociar el estímulo de la acostarse a la cama con dormir, evitando otras actividades
- Terapia de restricción del sueño: pasar demasiado tiempo en cama a menudo perpetúa el insomnio. Limitar el tiempo que se pasa en la cama conduce a un sueño más eficiente, consolidado y más regular y predecible.

Intervenciones farmacológicas para el insomnio

- Primera línea, placebooides
- Benzodiazepinas
- Drogas Z
- Otros inductores
- La pesada: antipsicóticos

Primera línea

- Alto valor del efecto placebo
- Sustancias naturales tradicionales pueden ayudar a mucha gente: tilo, valeriana, passiflora, manzanilla, leche con canela...
- Melatonina aporta beneficios demostrable para jetlag, mucha gente siente beneficio como inductor de sueño 3 a 10 mg

Benzodiazepinas

- Potencial de abuso
- Impacto en memoria que mejora lentamente al suspender
- Riesgo aumentado de trastornos cognitivos severos
- Riesgo aumentado de caídas
- Empeoran apnea de sueño
- Resaca al día siguiente (según fármaco y dosis)
- No fáciles de retirar
- Clonazepam, alprazolam, bromazepam, midazolam...
- Antes de indicar hablar sobre hasta cuándo y riesgos.

Drogas Z

- Buenos inductores del sueño, efecto rápido poca resaca
- No tan buenos en mantenimiento, dosis mayores si, pero dan resaca
- Preparados de liberación prolongada intentan subsanar
- Menos caídas en dosis bajas (5 mg zolpidem en ancianos)
- No impacto en apnea de sueño
- Impacto en memoria inmediata (especialmente entre toma y conciliación)
- Conductas automáticas, desinhibición
- Zolpidem (CR, XR, FS), eszopiclona (imidazopiridinas)

Antidepresivos

- Trazodone
 - dosis menores de 100 mg,
 - no está claro que tenga menos efectos secundarios,
 - pero menos potencial de abuso
 - menos alteración de arquitectura de sueño
- Agomelatina, mirtazapina, amitriptilina, si prescritos por depresión corrigen sueño como efecto secundario, no indicación primaria

Otros

- Antihistaminicos
 - Uso tradicional que se mantiene y es popular en algunos países
 - No tiene justificación por
 - baja eficacia
 - rápida tolerancia
 - efectos secundarios (anticolinérgicos)
- Pregabalina:
 - múltiples indicaciones
 - puede usarse como transición para dejar otros

Antipsicóticos

- En los últimos años sobre todo los atípicos se han aplicado a múltiples indicaciones
- Cuestionamientos sobre seguridad, probablemente riesgo bajo a bajas dosis
 - en psicosis asociada a demencia: aumenta mortalidad 1.7 veces
 - riesgo metabólico
 - resaca
- Bajo potencial de acostumbramiento, buena eficacia
- Se suponen bajos riesgos con dosis bajas
- Quetiapina**, risperidona, olanzapina, levomepromazina

No tenemos

- Inhibidores (antagonistas de receptores) de la orexina:
 - suvorexant,
 - lemborexant,
 - daridorexant
- Agonistas de receptores de melatonina:
 - ramelteon

Algunas ideas para llevar a casa

- No dormir es una tragedia
- Hay medidas para dormir que no son medicación
- Hay medicación eficaz, tomar medicación siempre es otra tragedia
- Una propuesta (sugerencia personal, tomar con pinzas):
 - 1º línea placeboides
 - 2º línea drogas z o bzp o trazodona
 - 3º línea quetiapina o levomepromazina
- Gastar tiempo educando y concientizando al paciente
- Ayudar a reducir y retirar medicación

Muchas gracias

