

De la escucha al alivio: enfoques prácticos en el manejo del insomnio (parte I)

From listening to relief: practical approaches in the management of insomnia (part I)

Nicole Crimer^a, Cecilia Calvo^a, Alejandrina Lo Sasso^a

Resumen

El insomnio es un problema frecuente que impacta negativamente en la calidad de vida. En este artículo, abordamos la evaluación del insomnio crónico desde la perspectiva de la medicina familiar, destacando la relevancia de escuchar al paciente sin prejuicios y considerando su contexto individual. Proponemos un enfoque práctico en cuatro pasos: descartar otros trastornos del sueño que comprometan su calidad, determinar si el insomnio es de reciente comienzo o crónico, identificar causas subyacentes y evaluar las características del insomnio en cada paciente. Aunque consideramos las causas o circunstancias del insomnio, nuestra prioridad es el alivio del sufrimiento y nos vamos a focalizar en resolver el problema más allá de sus causas específicas. La óptica que proponemos busca resolver el insomnio de manera independiente de sus causas subyacentes; alejarnos del análisis causal para enfocarnos en la solución. Nuestra perspectiva destaca la importancia de un tratamiento personalizado, que puede incluir tanto terapias no farmacológicas como farmacológicas, adaptadas a las creencias y preferencias del paciente, y será abordado en la segunda parte de esta actualización. Reconocemos que el insomnio no solo afecta el sueño, sino también el bienestar emocional y físico. Abordar este problema de manera temprana y efectiva puede prevenir complicaciones como la depresión y mejorar significativamente la calidad de vida.

Abstract

Insomnia is a common problem that negatively impacts quality of life. In this article, we address the evaluation of chronic insomnia from the family medicine perspective, highlighting the importance of listening to the patient without prejudice and considering their individual context. We propose a practical approach in four steps: rule out other sleep disorders that compromise sleep quality, determine whether insomnia is recent or chronic, identify underlying causes, and assess the characteristics of insomnia in each patient. Although we consider the causes or circumstances of insomnia, our priority is the relief of suffering, and we will focus on solving the problem beyond its specific causes. The proposed approach seeks to resolve insomnia independently of its underlying causes, moving away from causal analysis to focus on the solution. Our perspective highlights the importance of personalized management, which may include non-pharmacological and pharmacological therapies adapted to the patient's beliefs and preferences, and will be addressed in the second part of this update. We recognize that insomnia affects both sleep and emotional and physical well-being. Addressing this problem early and effectively can prevent complications such as depression and significantly improve quality of life.

Palabras clave: Sleep Initiation and Maintenance Disorders, Clinical Diagnosis, Primary Health Care. Keywords: Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño, Diagnóstico Clínico, Atención Primaria de Salud.

Crimer N, Calvo C, Lo Sasso A.. De la escucha al alivio: enfoques prácticos en el manejo del insomnio (parte I). Evid Actual Pract Ambul. 2024;24(4):e007129. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/evidencia.v28i1.7129>.

Introducción

El insomnio es uno de los trastornos del sueño más comunes y un motivo de consulta frecuente para los médicos de atención primaria. Aunque su prevalencia exacta varía según las definiciones empleadas en los estudios, se estima que afecta al 6% de la población¹. El insomnio representa un gran problema de salud ya que está asociado al aumento de accidentes automovilísticos, consumo de alcohol, menor rendimiento laboral y somnolencia diurna, entre otras consecuencias².

La consulta por insomnio puede ser más compleja de lo que parece, y las respuestas ofrecidas por los médicos pueden no ser suficientes. Por ello, es importante desarrollar este tema y abordar las dificultades y contradicciones que surgen en su manejo.

Desde nuestra perspectiva como especialistas en medicina familiar, otorgamos una importancia fundamental a la escucha atenta y sin prejuicios. Es esencial no tratar al insomnio como un síntoma aislado (aunque en ocasiones lo sea), sino evaluar el contexto individual de cada paciente.

Definición

Es normal que las personas experimenten de manera ocasional cierta dificultad para conciliar o mantener el sueño; sin embargo, cuando esto se hace permanente y compromete el funcionamiento normal de la persona durante el día, se denomina insomnio. Es importante destacar que hay personas que duermen pocas horas sin que esto les represente un problema por la noche ni afecte su rendimiento diario, y esto no se considera insomnio.

Si bien el sueño es un mecanismo biológico fuerte y con una regulación precisa, su conciliación y mantenimiento pueden ser vulnerables a múltiples influencias. Detectar estos factores favorece el tratamiento del insomnio.

En la práctica clínica lo sospechamos como un problema principalmente cuando el paciente se queja de que no puede dormir. Otras veces las personas lo manifiestan a través de otros problemas que pueden conducirnos también al diagnóstico de insomnio, como por ejemplo la manifestación de cansancio y dificultades en la funcionalidad diurna, síntomas compatibles con trastornos de

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. nicole.crimer@hospitalitaliano.org.ar, cecilia.calvo@hospitalitaliano.org.ar, alejandrina.losasso@hospitalitaliano.org.ar



ansiedad o depresión, utilización de alcohol o psicofármacos para dormir.

La antigua aproximación de este problema clasificaba al insomnio según su causa, dividiéndolo en insomnio primario, considerado un trastorno independiente del sueño sin causa aparente, e insomnio secundario, relacionado con un problema de salud subyacente como por ejemplo, la ansiedad. Hoy en día, esta clasificación ha quedado obsoleta, ya que es difícil y poco útil separar el insomnio de sus causas subyacentes. Con frecuencia, el insomnio interactúa y se retroalimenta con otras condiciones, como por ejemplo el dolor crónico, dificultando una relación clara de causa-efecto.

En la actualidad, se ha optado por una clasificación más práctica del insomnio, enfocada en el tiempo que lleva presente en el paciente. Así, el **insomnio de corto plazo** dura días o semanas y suele ser una reacción a un factor estresante fácilmente identificable, con una duración máxima de 3 meses. En contraste, el **insomnio crónico** ocurre al menos tres veces por semana durante un período mínimo de tres meses. Esta clasificación permite a los profesionales centrarse en el alivio del síntoma, sin depender de las causas o problemas asociados.

Abordar el insomnio como un problema autónomo permite priorizar el alivio del sufrimiento sin necesidad de profundizar en causas cuya resolución suele ser compleja. Dado que el sueño es una función esencial para la salud física y mental, es fundamental garantizar su calidad y cantidad, ya que una privación prolongada puede afectar gravemente el bienestar de la persona. El hincapié en la causa subyacente del síntoma a menudo coloca a los pacientes en una posición de escrutinio, buscando una explicación que implica una sensación de responsabilidad y, potencialmente, de culpa. Nuestra perspectiva no excluye la valoración de los factores que lo favorecen, la situación contextual y la singularidad de cada paciente. Sin embargo, lo prioritario es el alivio del síntoma para asegurar que la persona pueda recuperar una función tan vital como el descanso.

Evaluación del paciente

Si bien el insomnio es un problema multifactorial que presenta una considerable complejidad, creemos que permite un abordaje práctico y relativamente estructurado. Para ello, resulta clave tener en cuenta tanto el conocimiento y la experiencia del médico

como, especialmente, las creencias y percepciones del paciente.

Por esto, en primer lugar, debemos preguntarnos: **¿el paciente cumple con los criterios diagnósticos del insomnio?** Este punto es crucial ya que hay personas que duermen cinco horas por noche y de día no sienten consecuencias por ello. Distinto es el caso de quien consulta preocupado, irritado o somnoliento.

En el caso de que el paciente presente insomnio, proponemos un modelo estándar de evaluación en cuatro pasos: descartar otros trastornos del sueño, determinar si el insomnio es de corto plazo o crónico, identificar posibles causas subyacentes y analizar las características específicas del insomnio crónico. Es importante destacar que este modelo debe ser utilizado solo como una guía flexible, ya que el tratamiento del insomnio puede variar según las circunstancias clínicas y las preferencias individuales.

A continuación, describiremos los cuatro pasos que sugerimos tener en cuenta al momento de abordar una consulta por insomnio.

Primer paso: ¿Existe otro trastorno del sueño que pueda acompañarse de insomnio?

Cuando un paciente busca atención médica por insomnio, es importante considerar varios diagnósticos diferenciales, incluyendo el síndrome de apneas e hipoapneas obstructivas del sueño (SAHOS), el síndrome de piernas inquietas, la narcolepsia, el trastorno del ritmo circadiano y las parasomnias. La Tabla 1 describe los diagnósticos diferenciales y cómo llegar a ellos.

La anamnesis desempeña un papel crucial en este proceso y sugerimos realizar una serie de preguntas para cada condición mencionada. A modo de ejemplo, estas preguntas son: ¿sabe usted si ronca?, ¿a menudo experimenta la necesidad de mover las piernas durante la noche sin poder permanecer quieto en la cama?, ¿se queda dormido durante el día sin advertencia previa?, ¿tiene un patrón de sueño alterado donde duerme bien en general, pero a horarios diurnos?, y ¿ha experimentado comportamientos inusuales asociados con el sueño que le preocupan a usted o a otros y que podrían ser peligrosos? Las respuestas a estas preguntas pueden orientar el diagnóstico hacia las condiciones mencionadas, ayudando así a determinar el curso adecuado de acción clínica.

Tabla 1. Trastornos del sueño que pueden estar asociados al insomnio y cómo diagnosticarlos.

Trastorno del sueño	Diagnóstico
Apnea obstructiva del sueño	Polisomnografía nocturna
Síndrome de piernas inquietas	Clínica sugestiva
Trastorno del ritmo circadiano	Actigrafía ^a y polisomnografía
Narcolepsia	Prueba de latencia múltiple del sueño ^b
Parasomnias	Clínica sugestiva (p. ej sonambulismo), polisomnografía

Notas: ^a La **actigrafía** es un método no invasivo utilizado para estudiar los ciclos de sueño-vigilia de una persona a través del registro de su actividad física. Se realiza mediante un dispositivo llamado actígrafo, que es similar a un reloj y se lleva puesto en la muñeca. El actígrafo mide los movimientos del cuerpo durante un período prolongado, generalmente varios días o semanas, para detectar patrones de actividad y reposo. Es útil para diagnosticar algunos trastornos del sueño, como el insomnio, el síndrome de piernas inquietas o el trastorno del ritmo circadiano. A diferencia de una polisomnografía, que es más compleja y se realiza en un laboratorio del sueño, la actigrafía permite que el paciente continúe con sus actividades diarias normales mientras se recopilan los datos.

^b La **prueba de latencia del sueño** es utilizada para evaluar la somnolencia excesiva diurna y los algunos trastornos del sueño, especialmente la narcolepsia. Su objetivo es medir cuán rápidamente una persona puede quedarse dormida en un entorno tranquilo durante el día. El procedimiento consiste en que el paciente intente dormir en cinco ocasiones diferentes, separadas por intervalos de dos horas, en un ambiente oscuro y cómodo. Durante cada oportunidad de sueño, se mide el tiempo que tarda en quedarse dormido (latencia del sueño). Si el paciente se duerme, también se monitorea si entra en la fase de sueño REM (sueño de movimientos oculares rápidos), que es inusual en las siestas cortas y puede ser indicativo de narcolepsia. La prueba de latencia del sueño es útil para identificar problemas de somnolencia diurna que no se explican por causas obvias y para distinguir entre diferentes trastornos del sueño. Una latencia corta (menor de ocho minutos) por lo general indica somnolencia excesiva.

Por otra parte, también sugerimos identificar las dificultades para dormir asociadas a ciertos hábitos modificables, como por ejemplo siestas prolongadas, consumo de sustancias estimulantes por la noche, uso de pantallas, etc.

Segundo paso: ¿El insomnio es de corto plazo o crónico?

Este paso por lo general es relativamente fácil de realizar mediante el interrogatorio. En la práctica clínica cotidiana, la mayoría de las personas que se quejan de insomnio o consultan por este problema tienen insomnio crónico, es decir, tienen síntomas que persisten por más de tres meses. No obstante, en ocasiones algunos pacientes nos dejan dudas, sobre todo quienes parecen consultar por una situación transitoria (y están pasando por un momento de crisis que la explica), pero en realidad siempre han tenido dificultades para dormir, lo que determinaría que se trata, en rigor, de un cuadro de insomnio crónico reagudizado.

Tercer paso: ¿Hay otras causas subyacentes que expliquen el insomnio?

El tercer paso en el abordaje diagnóstico del insomnio implica descartar otras condiciones médicas que podrían ser responsables o contribuir al problema. Esto abarca una variedad de posibles desencadenantes, como los efectos secundarios de ciertos medicamentos, entre ellos corticoides, fluoxetina, bupropion, venlafaxina, modafinilo, metilfenidato, anfetaminas, pseudoefedrina, teofilina y betabloqueantes. Además, es importante considerar enfermedades como el hipertiroidismo, para el cual se recomienda evaluar la función tiroidea con una prueba de tirotrófina ultrasensible si se presentan síntomas sugestivos. Otras condiciones médicas a tener en cuenta son la hiperplasia prostática benigna y la diabetes, que pueden asociarse con insomnio por la nocturia y la nicturia, los sofocos de la menopausia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardíaca y el dolor crónico, así como el consumo problemático de sustancias y los trastornos de la salud mental, como la depresión y la ansiedad. Recomendamos evitar la simplificación de buscar una única causa para el insomnio, ya que suele tener una naturaleza multifactorial.

Cuarto paso: ¿Cuáles son las principales características del insomnio?

El cuarto paso implica evaluar algunas características del insomnio crónico y determinar las circunstancias que influyen en su manejo. En esta etapa consideramos el hecho de tener presente que el paciente ha experimentado el síntoma por más de tres meses, sin poder atribuirlo a otro trastorno del sueño, medicación, enfermedad grave o trastorno psiquiátrico. En lugar de una búsqueda rígida de causas, adoptamos un enfoque flexible, brindando una escucha activa y acompañando al paciente en su búsqueda de soluciones.

Para lograrlo, nos hacemos dos preguntas clave:

- **¿Cuáles son las características específicas del insomnio que debemos conocer?** Aquí lo importante es determinar si existe algún desencadenante contextual o intrínseco del síntoma, si prima el insomnio de conciliación, de mantenimiento o el despertar precoz. Esta distinción es crucial al momento de considerar el tratamiento farmacológico. El **insomnio de conciliación** se define por la dificultad para quedarse dormido al inicio de la noche, a pesar de un entorno propicio para el sueño. Las personas con este tipo de insomnio suelen pasar largas horas en la cama, angustiadas por su incapacidad para conciliar el sueño. El **insomnio de mantenimiento** se refiere a la dificultad para permanecer dormido durante la noche, con despertares frecuentes que dificultan retomar el sueño, lo que puede resultar en un descanso fragmentado y poco

reparador. Por último, el **insomnio de despertar precoz** se manifiesta cuando la persona se despierta demasiado temprano en la mañana y no puede volver a dormir, a pesar de haber dormido menos tiempo del necesario. Esto suele resultar en una sensación de no haber descansado lo suficiente y afecta la calidad general del sueño. A su vez, hay pacientes que presentan **insomnio mixto**, es decir, la combinación de dos o tres de los tipos mencionados.

- **¿Qué intentos previos ha hecho el paciente para resolver el problema?** Es muy importante que en este paso recopilemos de manera detallada toda la información sobre los tratamientos previos que el paciente ha intentado, ya que cada experiencia nos ayuda a entender mejor cómo se ha abordado el insomnio hasta el momento. Nos interesa conocer qué medicaciones ha utilizado, en qué dosis exactas y por cuánto tiempo. Muchas veces, los pacientes han recibido dosis subterapéuticas, lo que podría explicar por qué no han tenido resultados, o incluso han experimentado efectos adversos que los llevaron a abandonar el tratamiento antes de tiempo. Saber esto con precisión nos permitirá evitar caer en los mismos errores y ajustar la terapia para que sea realmente eficaz. No solo hablamos de medicación, también es importante explorar si el paciente ha hecho cambios en sus hábitos de sueño, si ha intentado mejorar la higiene del sueño, si ha seguido alguna rutina para relajarse antes de dormir, o si ha probado con técnicas como la meditación o la terapia cognitivo-conductual para el insomnio. A veces, estos intentos no se mantienen el tiempo suficiente o no se implementan de manera correcta, por lo que el paciente puede sentir que "nada le funciona". Entender estas experiencias nos ayuda a orientar mejor el tratamiento, porque no queremos proponer nuevamente algo que no le haya servido o que le haya generado malestar.

Al finalizar la evaluación de los aspectos mencionados, estaremos en condiciones de plantearnos una pregunta adicional, clave para establecer un plan de tratamiento: **¿puedo manejar solo a este paciente o necesito ayuda de un colega?**

Es muy importante evaluar nuestra competencia para manejar el caso y considerar la posibilidad de derivación a un especialista en trastornos del sueño si es necesario (p. ej., fracaso del tratamiento inicial, presencia de múltiples comorbilidades, etc.), como un neurólogo o un psiquiatra.

Comentario final

El diagnóstico del insomnio es eminentemente clínico y se basa en una anamnesis detallada. No se requieren estudios complementarios de rutina, aunque pueden realizarse pruebas específicas si se sospechan comorbilidades significativas, como ecocardiogramas o análisis de función tiroidea. La polisomnografía es útil si se sospecha de otro trastorno del sueño, como la apnea obstructiva.

Dormir bien es fundamental para el bienestar general. Un sueño adecuado facilita la recuperación física y mental, optimizando funciones cognitivas y emocionales. La privación de sueño puede resultar en consecuencias negativas, que van desde una disminución en el rendimiento laboral o académico hasta trastornos del estado de ánimo². Por ello, promover una buena higiene del sueño y abordar las alteraciones de manera oportuna es clave para prevenir complicaciones a largo plazo.

El insomnio afecta considerablemente la calidad de vida de las personas, manifestándose en síntomas como fatiga, somnolencia diurna, problemas de memoria y concentración, irritabilidad y cambios de humor². Un tratamiento efectivo no solo alivia

estos síntomas, sino que también previene problemas más graves, como la depresión^{3,4}.

Es esencial adoptar un enfoque integral y centrado en el paciente para el manejo del insomnio, considerando sus preferencias y circunstancias personales. Un abordaje empático, que priorice el alivio del sufrimiento y la mejora del bienestar, puede marcar una diferencia en la efectividad del tratamiento.

Mantener una comunicación abierta y brindar información sobre las diversas opciones terapéuticas no sólo mejora la adherencia al tratamiento, sino que empodera al paciente, dándole un papel activo en su recuperación y mejora del sueño.

Fuente

Este material fue adaptado del libro 'Insomnio', Alonso I, Calvo C, Cheng A y Rubinstein E (2da. edición en prensa), del hospital ediciones, Buenos Aires, y del Material Educativo PROFAM (MEP) 'Depresión, ansiedad e insomnio', original de Botargues M

y Kuten E, en colaboración con Chávez P, supervisión editorial de Carrete P, Lo Sasso A y Mahumud Y, Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, 2022. Disponible para cursos PROFAM.



Programa de Educación Continua en
Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria
organizado por el Servicio de Medicina
Familiar y Comunitaria y la Universidad
Hospital Italiano de Buenos Aires

Recibido el 05/06/2024 Aceptado el 27/09/2024
y Publicado el 19/12/2024.

Referencias

1. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* 2002;6(2):97–111.
2. Benca R. Risk factors, comorbidities, and consequences of insomnia in adults. Topic 7684 Version 40.0. In: Avidan AY, Eichler AF, editors. UpToDate. Wolters Kugler; 2024.
3. Irwin MR, Carrillo C, Sadeghi N, et al. Prevention of Incident and Recurrent Major Depression in Older Adults With Insomnia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2022;79(1):33–41.
4. Boland E, Goldschmied JR, Gehrman P. Does insomnia treatment prevent depression? *Sleep.* 2023;46(6):zsad104.