



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Manejo del insomnio

Elaborado por
Especialistas en Psiquiatría

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. **136**



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

**Guía de práctica clínica
basada en evidencia
(GPC-BE) No. 136
“Manejo del insomnio”**

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas
en evidencia**

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de prestaciones en salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia
(GPC-BE)
GPC-BE No. 136 “Manejo del insomnio”
Edición 2022; págs. 76
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud –IGSS

Oficio No. 6973 de fecha 16 de mayo de 2022

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de Guías de práctica clínica basadas en evidencia;

Subgerencia de Prestaciones en Salud.

ISBN: 978-9929-795-24-2

Derechos reservados- IGSS-2022

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

M.Sc. Licenciado Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Arturo Ernesto García Aquino
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales

Psiquiatra (Coordinador local GPC-BE)

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dra. Michelle Girón

Residente III

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dra. Karen Ureta

Residente III

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dra. Daniela Pérez

Residente II

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dra. Ana Karen Fetzer

Residente II

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Christian Moll

Residente I

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Luis Pedro Monzón

Residente I

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

M.Sc. María Eugenia Cabrera Escobar
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Edgar Campos Reyes
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika Breshette López Castañeda
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **–la evidencia–**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Tabla 1)

Tabla 1. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla 2)

Tabla 2. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia 1a** (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica**

1a

A

clínica, que se anota en el lado derecho del texto **A** (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como “**los elementos esenciales de las buenas guías**”, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales –especialistas y médicos residentes– que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de guías de práctica clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de prestaciones en salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y

recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta Guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble institución.

Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,

Guatemala, 2022

Abreviaturas

AAMS	Academia Americana de Medicina del Sueño
AIS	Athens Insomnia Scale
ARB	Agonistas de los receptores benzodiazepínicos
BDZ	Benzodiazepina
ESS	Epworth Sleepiness Scale
FDA	Food and Drug Administration
GABA	Acido Gamma-amino-butírico
ISI	Índice de Severidad de Insomnio
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humano
SNC	Sistema Nervioso Central
TCC	Terapia Cognitiva Conductual
WSQ	Wisconsin Sleep Questionnaire

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	9
5. Glosario	41
6. Referencias bibliográficas	47

Guía de práctica clínica basada en evidencia sobre “Manejo del insomnio”

1. Introducción

El trastorno del sueño se comprende como una dificultad para iniciarlo y mantenerlo durante un tiempo establecido y que esta misma provoque un deterioro en la funcionalidad del paciente.

Los médicos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) son frecuentemente consultados a causa de perturbación del sueño en el día a día. Esto muchas veces con problemas ante la dificultad de comprender todos los mecanismos biológicos y fisiológicos que son importantes para entender las alteraciones y decidir la conducta más adecuada a seguir.

El sueño puede ser provocado por muchos factores, asimismo influir en los acontecimientos de la vida de la persona.

El sueño es un estado normal de la fisiología en el que la vigilia está disminuida y la mente descansa.

Sin embargo, durante el sueño se mantienen muchos procesos fisiológicos normales, como la homeostasis del cuerpo y la capacidad para responder a estímulos.

Los trastornos del sueño pueden generar disfuncionalidad en la vida personal, profesional y salud en general, considerándose un tema de importancia; ya que un diagnóstico adecuado puede evitar que un cuadro leve progrese a uno crónico.

2. Objetivos

General

Proporcionar un instrumento de fácil lectura y aplicación, que ayude al personal médico y paramédico a tomar decisiones en cuanto al diagnóstico, análisis, manejo y tratamiento de los pacientes, proponiendo información con apropiados niveles de evidencia y recomendación, enfocado a lograr una atención de calidad y facilitando el diagnóstico y tratamiento temprano.

Específicos

1. Detallar opciones de definición, diagnóstico y manejo de insomnio.
2. Determinar las indicaciones terapéuticas acerca del manejo de insomnio basadas en la evidencia científica.
3. Proponer un método de atención en beneficio de los pacientes utilizando los recursos clínicos y profesionales disponibles en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

3. Metodología

Definición de preguntas

1. ¿Cuál es la definición de insomnio?
2. ¿Cuáles son las opciones para el diagnóstico y manejo del insomnio?
3. ¿Cuáles son las indicaciones terapéuticas acerca del manejo del insomnio?
4. ¿Cuál podría ser el manejo integral del insomnio utilizando los recursos clínicos y profesionales disponibles en el IGSS?

Criterios de inclusión de los estudios

Temporalidad: artículos, publicaciones del año 2006 al 2021

Idiomas: español e inglés

Estudios de base científica y fuente confiable

Criterios de exclusión de los estudios

Artículos y publicaciones con acceso mediante pago

Estrategia de búsqueda

Se realizaron consultas electrónicas de:

- Guías clínicas
- Revistas de Medicina Interna
- Revistas de Psiquiatría
- Google académico

Se consultaron las siguientes páginas:

- <http://www.scielo.org>
- <http://www.elsevier.es>
- <http://www.pubmed.com>

Palabras clave: síndrome metabólico, antipsicótico, esquizofrenia, farmacología, tratamiento

Otras bibliografías:

Libros de texto de Medicina Interna

Población diana

Pacientes beneficiarios y derechohabientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que son atendidos en las unidades médicas del Instituto que ameritan tratamiento con fármacos antipsicóticos.

Usuarios de la guía

Profesionales médicos residentes, generales y especialistas, personal de enfermería y paramédico.

Implicaciones para la práctica

Aspectos en los que se quiere influir mediante el uso de esta guía:

- Conocer el impacto metabólico que producen los antipsicóticos tanto de primera como de segunda generación.
- Contribuir a la adecuada selección de antipsicótico según el perfil metabólico del paciente.
- Establecer protocolos de seguimiento a realizar en todo paciente tratado con antipsicóticos.

Limitaciones en la revisión de la literatura

Se evidenciaron estudios realizados en poblaciones con perfil sociodemográfico diferente al de nuestro país.

No se encuentran estudios realizados en Guatemala afines al tema de esta guía práctica, por lo que es necesario adaptar las referencias bibliográficas encontradas, a nuestro contexto.

**Fecha de la elaboración, revisión
y año de publicación de esta guía**

Elaboración durante febrero a marzo del 2021

Revisión marzo 2022

Publicación año 2022

4. Contenido

Definición

Los trastornos del sueño (el insomnio en particular) se entienden como la dificultad para conciliarlo o conservarlo, que dura tres noches cada semana, como mínimo o la dificultad para dormir que ha menoscabado las funciones diurnas.

El insomnio también se define como el sueño deficiente y se manifiesta como dificultad para iniciar o mantener el sueño. T.R. Harrison (2015) También consiste en la sensación subjetiva de no poder dormir cuando o cuanto se desee. Lozano J.A. (2003).

El insomnio es así el trastorno del sueño más frecuente y varía de gravedad de un paciente a otro, dependiendo la causa de la cual derive. El insomnio se caracteriza por la incapacidad del individuo para conciliar el sueño, aumenta la cantidad de veces que una persona se despierta durante la noche, disminución del tiempo de sueño y sensación de que el sueño no fue suficiente o reparador.

La mayoría de las personas están insatisfechas con su sueño, y esto las hace pensar que su capacidad funcional para el trabajo, la escuela o situaciones sociales es deficiente. No es de extrañar que el estilo de vida de hoy en día, el mundo con sus diferentes cambios radicales genera una respuesta poblacional abrupta en donde muchos de los problemas se derivan de este trastorno. T.R. Harrison (2015)

Es una patología muy frecuente a nivel general. Las encuestas en la población muestran una tasa de prevalencia anual del 30-45% entre los adultos.^{Sadock B.J. (2015)} Alrededor de un 10 a 15% de la población adulta padece de insomnio crónico ^{Sarraais, P. et.al (2007).}

Es más frecuente en mujeres y personas de mayor edad y en individuos con problemas de salud física o mental ^{Bollinger I.R (2020).}

Durante el sueño la persona busca conseguir de manera adecuada restaurar la energía y el reposo necesario para el diario vivir. Es así como el insomnio se considera como un trastorno, el cual amerita tratamiento médico.

Se sabe que 30 a 74% de individuos con otros trastornos terminales que incluyen SIDA, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neuropatías presentan insomnio. No es de esperar que sabiendo esto el insomnio está entre las quejas de salud más frecuentes que reciben los médicos generales, neurólogos y psiquiatras.

Se cree que alrededor de un 50% de los adultos durante su vida, padecieron de insomnio. Muchos estudios se han llevado a cabo y en su mayoría han concluido que este es un síntoma de un trastorno subyacente más que una enfermedad en sí misma. Es importante que al momento de tratar el insomnio se trate la causa y no solo el síntoma. El sueño cumple diversas funciones fisiológicas necesarias para la salud del individuo. Entre estas funciones está la de restaurar la homeostasis del sistema nervioso central,

tejidos, reservas energéticas, consolidación de la memoria, entre muchas otras funciones Lozano J.A (2003).

Tabla 1. Clasificación de insomnio

Corta duración	Larga duración
Duración corta menor a 3 semanas	Duración más de 3 semanas
Afectado por estrés	Poca pérdida de sueño
Afectado por factores ambientales	Somnolencia escasa
Exacerbado con pérdidas familiares	Poca interferencia con rutina

Fuente: Sarrais, et al. El insomnio (2007)

Tabla 2. Causas más comunes de insomnio

Psiquiátricas	Orgánicas
Depresión	Hipertensión arterial
Ansiedad	Asma
Trastorno de personalidad límite	Parkinson
Trastorno bipolar	Reflujo gastroesofágico

Fuente: Lozano, José Antonio. Clasificación, prevención y tratamiento del insomnio (2003)

Tabla 3. Clasificación de los trastornos del sueño

Insomnio
Trastornos relacionados con desórdenes respiratorios
Desórdenes de origen central
Desórdenes relacionados al ciclo circadiano
Parasomnias
Desórdenes relacionados a movimientos (piernas inquietas)
Otros desórdenes del sueño

Fuente: Gállego, et al. Clasificación de los trastornos del sueño (2007)

Tabla 4. Tipos de insomnio

Insomnio agudo
Insomnio psicofisiológico
Insomnio paradójico
Insomnio idiopático
Insomnio debido a trastornos mentales
Insomnio debido a mala higiene del sueño
Insomnio debido a fármacos
Insomnio debido a problemas médicos

Fuente: Gállego, et al. Clasificación de los trastornos del sueño (2007)

Criterios diagnósticos del DSM-5 para trastorno de insomnio:

- A. El individuo manifiesta quejas que suelen consistir en dificultades para conciliar el sueño o para mantenerlo, o sobre una mala calidad de este. Asociado a uno o más de los síntomas siguientes:

1. Dificultad para iniciar el sueño
 2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar.
 3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.
- B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro de lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento y otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La dificultad del sueño se produce al menos 3 veces a la semana.
- D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de 3 meses.
- E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
- F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia.
- G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.
- H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante del insomnio.

Evaluación y diagnóstico

La evaluación permite la identificación de hábitos y factores que perpetúan el padecimiento, así también debe indagarse por condiciones médicas o uso de medicamentos que contribuyan al insomnio.

La queja principal en pacientes con insomnio es la dificultad para quedarse dormidos, despertares frecuentes con dificultad para volverse a dormir, despertar más temprano de lo esperado o un sueño que no es reparador.

La clave de la caracterización de estos síntomas es definir el tipo, la duración en meses, años, a lo largo de la vida, frecuencia en número de noches por semana o de veces por noche, la severidad del síntoma, asociación de síntomas diurnos, factores precipitantes, tratamientos previos y la respuesta a estos.

1c

Pacientes con insomnio pueden desarrollar hábitos que tienen como consecuencia perpetuar su problema de sueño. Dichos hábitos pueden iniciar como estrategias para combatir el insomnio, como pasar más tiempo en la cama para intentar conciliar el sueño, o actividades en el dormitorio que son incompatibles con el sueño como utilizar el teléfono, ver televisión, usar la computadora, ejercitarse, comer u observar constantemente el reloj. Pacientes pueden referir estar más alerta o ansiosos mientras más se acerca la hora de dormir.

A

Al evaluar síntomas relacionados al sueño debe tomarse en consideración también la variabilidad de día a día, el rango y la evolución a través del tiempo, variables específicas de sueño y vigilia.

Tabla 5. Características comunes en pacientes con insomnio

1.	Latencia del sueño >30 minutos
2.	Inicio del sueño después de despertar >30 minutos
3.	Eficiencia del sueño <85%
4.	Tiempo total de sueño <6.5 horas

Fuente: Grupo desarrollador de guía

El clínico debe descartar si las quejas del paciente sobre el sueño ocurren a pesar de tener condiciones favorables o tiempo disponible apropiado, para diferenciar de un sueño insuficiente inducido por malos hábitos.

El paciente o compañero de cama también puede identificar síntomas y conductas asociadas a trastornos del sueño relacionados con la respiración (ronquidos, jadeos, tos), parasomnias, comorbilidades médicas o neurológicas (reflujo, palpitaciones, convulsiones, cefaleas, síndrome de piernas inquietas). Otras sensaciones como dolor, inquietud, ansiedad, tristeza, frustración también deben ser evaluadas.

1c

Las actividades y funcionalidad durante el día son clave para obtener información en cuanto a las posibles causas y consecuencias del insomnio, como

A

siestas, trabajos nocturnos, ser cuidador, exposición a luz, viajes con cambios de zona horaria, disfunción durante el día, calidad de vida, ánimo y cognición.

Dentro de las consecuencias comunes se pueden mencionar la fatiga y somnolencia, tendencia a quedarse dormido, alteraciones en el estado de ánimo, irritabilidad, depresión, ansiedad, dificultades para concentrarse o para enfocar la atención, dificultades interpersonales y también exacerbación de condiciones comórbidas. Una historia completa debe incluir antecedentes médicos, psiquiátricos, uso de medicamentos o sustancias, contexto familiar, ocupacional y social.

Un gran rango de condiciones médicas y psiquiátricas tiene como comorbilidad el insomnio. Así también el uso de algunos medicamentos o sustancias por sus efectos o por abstinencia pueden tener impacto tanto en síntomas diurnos y nocturnos. Las circunstancias sociales u ocupacionales pueden aportar información sobre factores contribuyentes al insomnio.

1c

Como mínimo la evaluación debe completar un examen médico general, evaluación psiquiátrica para identificar comorbilidades y uso de medicamentos, escala de somnolencia de Epworth y un diario de sueño con un registro de 2 semanas para identificar patrones generales de sueño y variabilidad.

A

Un diario de sueño debe incluir hora para dormir, latencia de inicio de sueño, número de veces que despierta, tiempo que tarda en volverse a dormir,

tiempo que pasa en cama, tiempo de siestas, calidad del sueño y consumo de cafeína, alcohol o medicamentos.

Tabla 6. Herramientas diagnósticas

Instrumento	Aspectos evaluados	Especificidad	Sensibilidad
Epworth Sleepiness Scale (ESS)	Somnolencia diurna	100%	93.5%
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Calidad de sueño	86.5%	89.6%
Athens Insomnia Scale (AIS)	Trastornos del sueño	85%	93%
Wisconsin Sleep Questionnaire (WSQ)	Trastornos del sueño	53-57%	73-77%

Fuente: Grupo desarrollador de guía

Herramientas diagnósticas

1c

Exámenes de laboratorios, polisomnografía o actigrafía no suele usarse de forma rutinaria, pero puede ser apropiado en pacientes con signos o síntomas específicos de otras condiciones médicas u otros trastornos del sueño.

A

Diagnósticos diferenciales

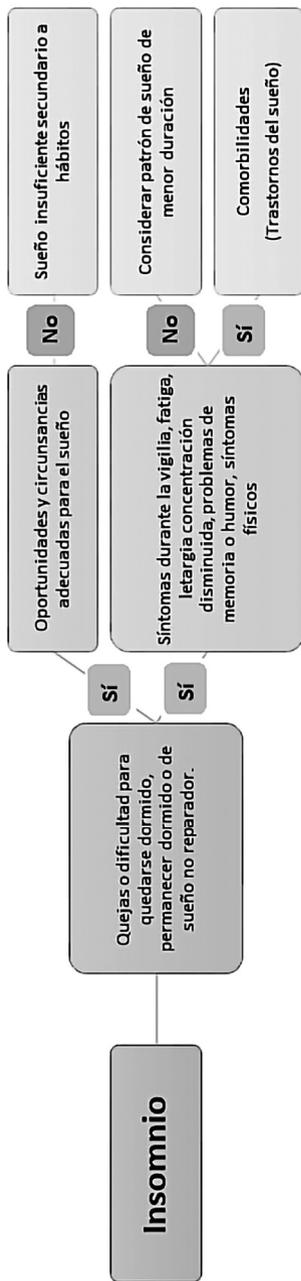
1c

El insomnio y trastornos relacionados a insomnio pueden clasificarse en tres grupos:

A

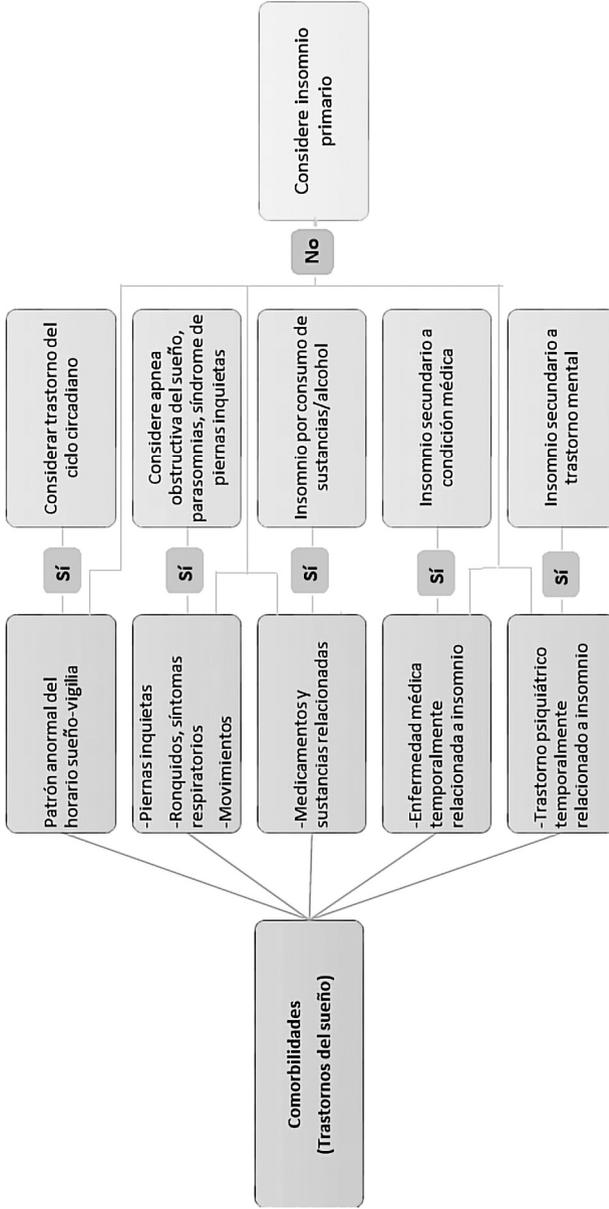
- Insomnio asociado a otros trastornos del sueño, más comúnmente trastornos relacionados con la respiración (por ejemplo, apnea del sueño obstructiva), trastornos motores (síndrome de piernas inquietas), o trastornos del ciclo circadiano.
- Insomnio como comorbilidad en enfermedades médicas, trastornos psiquiátricos y uso o abuso de sustancias.
- Insomnio primario, incluyendo insomnio psicofisiológico, idiopático y paradójico.

Figura 1. Algoritmo para diagnóstico de insomnio



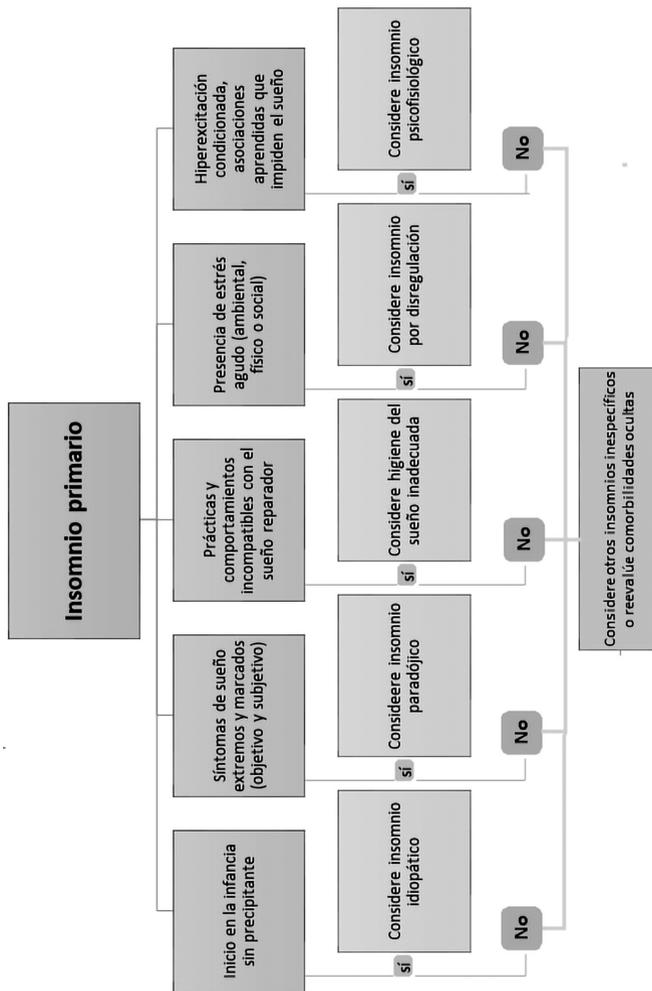
Fuente: Grupo desarrollador de guía.

Figura 2. Algoritmo para diagnóstico de comorbilidades de trastornos del sueño



Fuente: Grupo desarrollador de guía

Figura 3. Algoritmo para diagnóstico de insomnio primario



Fuente: Grupo desarrollador de guía

Tratamiento y manejo de insomnio

Tratamiento general del insomnio

El objetivo del tratamiento es identificar y corregir la causa que lo provoca, y evitar enérgicamente su perpetuación. El tratamiento debe dirigirse a la enfermedad fundamental que provoca el insomnio.

Cuando esta opción no mejora el sueño nocturno, debe considerarse la oportunidad de instaurar un tratamiento sintomático, farmacológico o no farmacológico, del insomnio. En muchos casos deberá indicarse el tratamiento del proceso médico o psiquiátrico subyacente y el propio del insomnio de manera simultánea.

En general se considera atinado el tratamiento hipnótico transitorio para el insomnio agudo, que suele depender de un factor estresante circunstancial. Sin embargo, lo más frecuente es que el paciente se presente con una historia de insomnio crónico, estado que conlleva una dificultad terapéutica importante.

Tratamiento no farmacológico

Estrategias efectivas como tratamiento se enfocan en remover las influencias del exterior precipitantes y residuales, mitigar o eliminar estas mismas. La mejor terapia para insomnio es higiene del sueño, terapias de comportamiento, terapias cognitivas y terapias farmacológicas. Se ha visto una mejoría con modalidades combinadas. Existe evidencia muy significativa que indica que terapia

cognitiva conductual (TCC) es tan efectivo como la farmacoterapia para la mayoría de pacientes con insomnio.

La TCC ha mejorado las tasas de remisión de insomnio, por lo que estos enfoques sugieren ser los utilizados como primera línea. El añadir hipnóticos a la TCC resulta en una más rápida remisión de síntomas en algunos estudios.

Se tienen ciertas consideraciones para restaurar la higiene del sueño, las cuales se incluyen en la tabla 7:

Tabla 7. Higiene del sueño y estilo de vida.

Hábitos del sueño	Medidas
Horarios de sueño	<ul style="list-style-type: none"> Mantener un horario regular de sueño. Mantener despertares a la misma hora.
Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> Evitar el acostarse en cama cuando no se tiene sueño. Luego de 20-30 minutos tratando de dormir, el paciente debe dejar la cama, realizar una actividad tranquila como lectura, hasta la espera que inicie el sueño nuevamente. Evitar la actividad constante de ver el reloj.
Estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> Reducir consumo de cafeína, alcohol, tabaco Evitar comidas pesadas Incrementar actividad durante el día Horario de ejercicio Reducir toma de líquidos en las 4 horas antes del sueño Evitar siestas
Disposiciones	<ul style="list-style-type: none"> Remover relojes de cuarto Mantener temperatura fría, oscuridad y silencio en cuarto Rutinas de relajación previas al sueño

Fuente: Grupo desarrollador de guía

La ausencia de efectos secundarios, su bajo coste, la participación activa del paciente en su proceso de mejora y una menor presencia de recaídas, hacen que el tratamiento no farmacológico sea una de las mejores opciones para afrontar el insomnio. A pesar de todo, no comienza a ser efectivo hasta después de un tiempo y es más difícil ponerlo en práctica, ya que requiere formación del personal y cambio de hábitos en el paciente.

Existe evidencia a favor de este tipo de tratamientos y entre sus beneficios se incluyen la disminución del consumo de hipnóticos, mejoras en la cantidad y calidad del sueño, reducción del tiempo de latencia y disminución del número de despertares nocturnos.

Los principales tratamientos no farmacológicos son: la educación para la salud e higiene del sueño, ya descritas con anterioridad, terapias conductuales y cognitivo-conductuales y terapias de medicina alternativa como “mindfulness”, entre otras. (Algunas de estas opciones no están disponibles en el IGSS)

Terapias conductuales (TC) y Terapias cognitivo-conductuales (TCC)

La terapia conductual se basa en la modificación de hábitos conductuales disfuncionales en relación con el sueño y su sustitución por otros patrones más adaptativos a través de los distintos tipos de intervención.

Las TC más utilizadas son: Control de estímulos, restricción del sueño y la relajación y respiración. La TCC utiliza los diferentes tipos de intervenciones conductuales junto con terapia cognitiva basada en la identificación de ideas disfuncionales en relación al descanso.

El objetivo de esta terapia es disminuir la hiperactivación somática, cognitiva y emocional y transformar las creencias disfuncionales acerca del sueño y del insomnio, a la vez que se modifican los hábitos de sueño. Las terapias cognitivas son: la reestructuración cognitiva y la intención paradójica, que combinadas indistintamente con las TC dan lugar a las TCC.

Están particularmente aconsejadas en pacientes que tienen contraindicado el tratamiento farmacológico, por ejemplo, en situaciones de embarazo, ancianos o en caso de presentar alguna enfermedad renal, pulmonar o hepática.

- **Control de estímulos:** Esta terapia se basa en romper con la asociación que hace el paciente de su cama con un sueño deficiente y fomentar otros estímulos que induzcan al descanso. La ansiedad anticipatoria y el miedo a no dormir, se van incrementando a medida que la persona está en la cama despierta, impidiendo un buen descanso.

Para que esto no ocurra se debe evitar permanecer mucho tiempo en la cama despierto e ir solamente cuando tengamos sueño.

También se recomienda regular el ciclo de vigilia sueño, siendo aconsejable despertarse siempre a la misma hora, incluso los fines de semana. Se restringirán actividades como la realización de ejercicio físico intenso en las horas previas al sueño. Con el objetivo de fortalecer la relación cama-descanso, restringiremos el uso de la habitación para dormir o practicar sexo.

- **Restricción del sueño:** Los pacientes insomnes pasan en la cama mucho tiempo para intentar recuperar el sueño perdido. Esta costumbre provoca cambios en el ritmo circadiano y una disminución de la sensación de sueño la noche siguiente.

La finalidad de esta terapia es que la eficiencia del sueño sea similar a la de las personas que no tienen insomnio. La mejora que se produce es consecuencia de un estado de privación de sueño que, inducido durante noches sucesivas, hará disminuir el tiempo de latencia y la profundidad del sueño.

Debemos indicar al paciente que está contraindicado conducir en los momentos de mayor restricción, ya que podría quedarse dormido al volante. También hay que tener en cuenta la presencia de patologías mentales

como el trastorno bipolar, ya que la privación de sueño puede dar lugar a un episodio maniaco.

- **Relajación y respiración:** Esta terapia se realizará en el momento previo de conciliar el sueño. Su objetivo es disminuir el nivel de activación del paciente y controlar la ansiedad que provoca el miedo a no dormir que a su vez descende la latencia del sueño.

Las técnicas más comunes se basan en la relajación muscular progresiva, el control de la respiración mediante el diafragma y la imaginación dirigida.

- **Intención paradójica:** Se pedirá al paciente que se esfuerce en no dormir, ya que la voluntad del paciente por conciliar el sueño, junto con los intentos fracasados de resolver el problema generan elevada ansiedad.
- **Reestructuración cognitiva:** Es una terapia basada en la detección y reemplazo de pensamientos distorsionados, desadaptativos o irracionales en relación con el sueño, por otros más racionales, con la consiguiente eliminación a largo plazo de la ansiedad y preocupaciones referidas al insomnio.

Tratamiento farmacológico

1b

Para iniciar la terapia farmacológica, se tiene que tener en consideración tanto el inicio como el tipo de insomnio. La elección de un tratamiento está

influida por diversos elementos: síntomas, objetivos del tratamiento, historia de fármacos previos, predilección del paciente, precio, disponibilidad de otros fármacos, comorbilidades del paciente, contraindicaciones e interacciones con otros fármacos y efectos secundarios.

A

Hay que tomar en cuenta que incluso las características individuales de los pacientes, ciertos tipos de personalidad predisponen a dependencia de medicamentos o sustancias. Si este fuera el caso, habría que tomarla como una contraindicación para prescribir depresores del SNC. Hay que evitar el uso de forma prolongada de hipnóticos, pues se ha demostrado un abuso de prescripciones de benzodiazepinas y pese a que alrededor de un tercio de los pacientes logra deshabituarse del tratamiento de hipnóticos, se ha visto que aquellos que después de 2 meses siguieron sin tomarlos, mostraron insomnio y síntomas de ansiedad menos graves y una perspectiva más positiva de la salud y de autoefectividad para evitar tomar los medicamentos en situaciones estresantes. Por ello hay que tener en cuenta los problemas derivados de un uso prolongado del tratamiento farmacológico. Para estudiar la eficacia de los distintos tratamientos farmacológicos son de elección los métodos objetivos basados en registros poligráficos de sueño, que han demostrado claramente su superioridad sobre métodos más subjetivos.

Hipnóticos

3

Los hipnóticos usados para el tratamiento del insomnio pertenecen a dos grandes grupos según su estructura química: benzodiazepinas (BDZ) y no-benzodiazepínicos. Los hipnóticos son agonistas de los receptores benzodiazepínicos (ARB), y ejercen su acción en el complejo-receptor GABA-benzodiazepina, aunque los distintos tipos lo hacen en distintas subunidades del receptor.

B

Durante mucho tiempo las benzodiazepinas han predominado en el tratamiento para el insomnio, sin embargo los estudios más recientes se basan en la evaluación de la efectividad de los fármacos no benzodiazepínicos y en su comparación con las benzodiazepinas.

Medicamentos clasificados como benzodiazepinas

4

Se recomienda su uso solo para insomnios ocasionales y a corto plazo. No hay que desatender la importancia de los efectos adversos asociados con estos medicamentos, entre los cuales se evidencian somnolencia diurna, cefalea, vértigo, náusea, fatiga entre otros.

C

Solo después de 15 días de uso de estos fármacos hay riesgo mayor de desarrollo de tolerancia, dependencia física y psíquica y también el uso a largo plazo se ha asociado con mayor riesgo de accidentes de tráfico.

En caso de interrupción brusca de BDZ pueden observarse síntomas de abstinencia. Otros efectos como la pérdida de memoria y el riesgo de caídas porque además afectan más a las personas mayores, grandes consumidores de fármacos y más sensibles a los efectos secundarios. Se han descrito interacciones clínicamente significativas con otros fármacos y el consumo de alcohol.

4

En conjunto los fármacos con semivida más corta, mayor potencia y una estructura química “triazolo” (tales como triazolam, estazolam y alprazolam) tienen un mal perfil beneficio/riesgo; las triazolobenzodiazepinas tienen características farmacodinámicas, como la acción directa sobre el sistema noradrenérgico, que incrementan síntomas de abstinencia son más fuertes, esto es provocado por la elevada potencia y semivida de eliminación más corta. Estos se relacionan tanto con el desarrollo de tolerancia o pérdida de eficacia como con dependencia.

C

Por ello su uso se limita solo al insomnio agudo y que el tratamiento se haga con la dosis más pequeña posible, con fármacos de eliminación rápida, no utilizando los de semivida media corta y no más allá de 2 a 4 semanas de duración.

Se debe considerar que en el período de gestación la evidencia existente no es consistente para determinar si las ventajas para la madre superan a los posibles riesgos para el feto.

En caso de necesitarse su uso se debe elegir la dosis eficaz más baja de BZD, la duración más corta y en monoterapia.

En etapas avanzadas del embarazo o durante la lactancia, las BZD pueden causar efectos adversos en los neonatos (hipotonía neonatal, síndrome de retirada, sedación e hipotermia).

Existen cinco benzodicepinas aprobadas para tratamiento de insomnio, incluyendo estazolam, flurazepam, quazepam, temazepam y triazolam ^{(Wilt T. et al (2016).}

2b

Tratamiento a corto plazo con benzodicepinas como alprazolam, clonazepam y temazepam podrían ser de utilidad.

B

Benzodicepinas de vida media que excedan 24 horas como diazepam, flurazepam y clordizepoxido o altas dosis de benzodicepinas, datos observacionales de estudios indican asociación con demencia ^{(Wilt T. et al (2016).}

1a

Un estudio de control evaluando temazepam con placebo, los pacientes tratados alcanzaron un 80% de mejoría en síntomas. La fuerza de la evidencia era insuficiente. La utilización de estos medicamentos a largo plazo puede causar tolerancia y abuso, especialmente en trastornos de consumo de sustancias.

A

La tolerancia potencial y la dependencia limitan su uso al insomnio de corta duración; los resultados de

los estudios muestran que en estos casos, la eficacia de las benzodiazepinas es similar a la de las terapias conductuales. Las dosis necesarias son superiores a las ansiolíticas.

1a

Los efectos adversos más frecuentes de las benzodiazepinas son la somnolencia, “efecto resaca” (sobre todo las de eliminación lenta), mareo y falta de coordinación. También pueden producir confusión y amnesia (sobre todo las de eliminación más rápida), temblor y fatiga.

A

En estos casos, se recomienda utilizarlas con precaución; también en casos de dificultad respiratoria, tendencia suicida, antecedentes de abuso y dependencia de drogas o alcohol, insuficiencia hepática grave o en ancianos. Hace falta explicar al paciente el riesgo de trastornos de la memoria y de dependencia, así como advertir de las posibles interacciones con el alcohol u otros fármacos depresores del SNC.

Debido al riesgo de reacciones neuropsiquiátricas con amnesia y trastornos del comportamiento asociados a las benzodiazepinas de eliminación rápida, estas no están indicadas. Hace unos años, estas reacciones motivaron una revisión de las indicaciones y presentaciones disponibles.

Medicamentos clasificados como No benzodiacepínicos

1a

En los últimos 20 años se han introducido en el mercado varios fármacos pertenecientes a tres grupos químicos: ciclopirrolonas (zopiclona y eszopiclona), imidazopiridinas (zolpidem) y pirazolopirimidinas (zaleplon). Estos hipnóticos fueron desarrollados con el objetivo de vencer algunas de las desventajas de las BZD.

A

Aunque el insomnio es a menudo una afección crónica, el único fármaco no benzodiacepínicos aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para el uso sin un límite de tiempo específico, ha sido la eszopiclona.

Agonistas de receptores de benzodiacepinas

2b

También llamados fármacos “Z”, incluyen zopiclona y su estereoisómero eszopiclona, zaleplon y zolpidem. Estos agentes se unen al mismo sitio alostérico en el receptor $GABA_A$ que se une a benzodiacepinas. En contraste con estas, este se une con alta afinidad a los receptores que contienen subunidades alfa 1 y con baja afinidad a alfa 2 y 3.

B

La FDA advierte sobre deterioro de memoria y psicomotor diurna, cambios de conducta y pensamiento, depresión e ideas y actos suicidas. En 3 estudios control, de doce semanas de duración demostró que hay una mejora global con eszopiclona en resultados comparado con placebo y con un

cambio en el índice de severidad de insomnio (ISI) menor a 7 puntos; indicando remisión de síntomas o insomnio no clínico (Witt T. et al (2016).

En otro estudio eszopiclona tuvo mejores efectos en parámetros del sueño, particularmente latencia de inicio de sueño, tiempo total de sueño y calidad de sueño (Zhen z. et al (2020).

1a

En un metanálisis doble ciego, randomizado, controlado con placebo, se asoció eszopiclona con reducción de la latencia del sueño a la primera, segunda semana, primer, tercer y sexto mes comparado con placebo; asimismo, asociado con mejoras significativas en resultados secundarios (despertares, despertares intermedios y tiempo total de sueño) en los mismos tiempos descritos. En este mismo, los 6 estudios reportaron efectos adversos, como daño accidental, lumbago, mareo, boca seca, dolor, rash, somnolencia, ansiedad, cefalea y dispepsia (Liang et al (2019).

A

1b

Receptores agonistas de melatonina

La melatonina es una neuro hormona producida en la glándula pineal, expresión modulada en respuesta a la luz que juega un papel importante en la regulación del ritmo circadiano. Un estudio comparando melatonina (2mg) con placebo, indican insuficiente evidencia en resultados en sintomatología de insomnio.

Siendo Ramelton el primer agonista de receptores selectivos de melatonina. En cinco estudios

B

controlados aleatoriamente con riesgo moderado compararon Ramelton con placebo con un seguimiento de 6 meses, excepto uno de 5 semanas. No se reportó estudio donde se encontraran resultados globales. Ramelton no reducía variables del sueño ^{Wilt T. et al (2016).}

Antagonistas del receptor de orexina

2b

Orexina o hipocretinas, son neuropéptidos sintetizados en el hipotálamo lateral, involucrados en excitación y vigilancia. Suvorexant es actualmente el único fármaco de esta familia aprobado para el tratamiento de insomnio, su efecto está dado al bloquear estos neurolépticos, de ahí su nombre antagonista ^{(Wilt T. et al, 2016).}

B

FDA advierte sobre cambios cognitivos y en el comportamiento, amnesia, ansiedad, alucinaciones, y demás síntomas neuro psiquiátricos. Podría ser una mejor opción en pacientes con despertares frecuentes, durante el sueño, ya que aparenta mejorarlo ^{Zhen z. et al (2020).}

Tabla 8. Medicamentos aprobados para el tratamiento de insomnio

Medicamento	Indicaciones	Dosis recomendadas
Benzodiazepinas		
Estazolam	Mejora inicio de sueño y reducir despertares nocturnos / tempranos	1mg, 2mg si adecuado
Flurazepam		30mg, 15mg si adecuado
Quazepam		7.5mg; 15mg si adecuado
Temazepam		15mg; 7.5 o 30mg si adecuado
Triazolam	Mejora inicio de sueño	0.25mg; 0.125 o 0.5mg si adecuado
Medicamentos no benzodiazepinas		
Eszopiclona	Mejora inicio de sueño y mantenimiento	1mg, máximo 3mg
Zaleplont	Uso a corto plazo, inicio del sueño	10mg
Zolpidem		Hombres 5-10mg Mujeres 5mg
Zolpidem SL		Hombres 5-10mg Mujeres 5mg
Zolpidem XR	Mejora inicio de sueño y mantenimiento	Hombres 6.25 – 12.5mg Mujeres 6.25mg
Antagonistas del receptor de orexina		
Suvorexant	Mejora inicio de sueño y mantenimiento	10mg, máximo 20mg

Fuente: grupo desarrollador de guía.

Tratamiento de insomnio crónico

2a

Hasta el 60% de los pacientes que consulta por insomnio desarrollan una forma crónica del trastorno. El tratamiento está indicado cuando el insomnio causa un impacto negativo en la calidad de vida del paciente, su salud, comorbilidades o su funcionamiento diario.

B

Es esencial el tratamiento de las condiciones que acompañan al insomnio, así como el hecho que puede haber varias causas de insomnio que deben ser tratadas por separado. Se debe abordar los estilos de vida poco saludables, tabaquismo, alcoholismo y la dependencia del uso de cafeína.

Uso de ciclos cortos de hipnóticos como benzodiacepinas de acción corta o agonistas del receptor de melatonina (^{Ramelton}) está indicado cuando la calidad de vida y el funcionamiento del paciente se ve afectado, pero el alivio de los síntomas debe estar encaminado a tratar la causa subyacente.

Pronóstico

El insomnio puede cursar de forma crónica entre 1-20 años en un 60 a 70% de los pacientes. Por lo general del total de pacientes con síntomas de insomnio el 46% seguirá teniendo síntomas a los 3 años.

Se sabe que con un insomnio con duración de sueño menor a 6 horas en hombres está asociado con un aumento de riesgo de mortalidad.

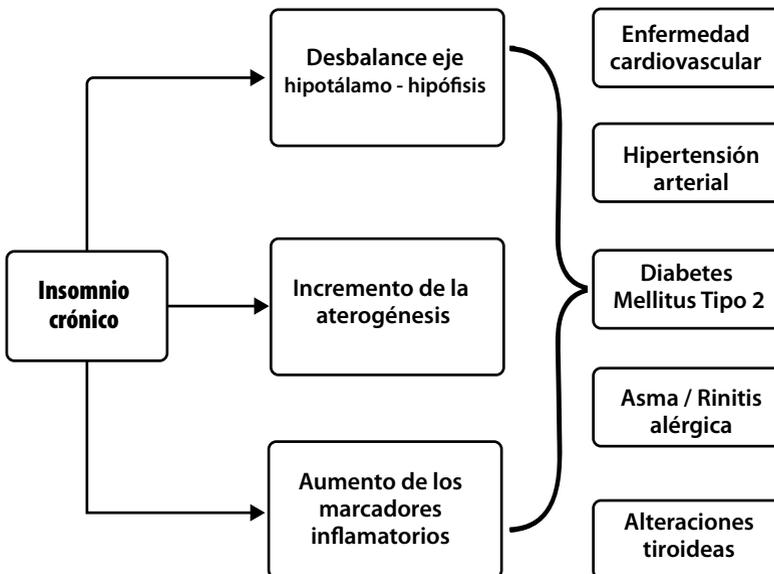
La dificultad para iniciar el sueño y el sueño no reparador, están asociados con aumento de la mortalidad general y la mortalidad cardiovascular en hombres que experimentan síntomas la mayoría de las noches.

Complicaciones

Se ha relacionado con mayor necesidad de tener que suspender o jubilarse antes de tiempo por discapacidad. El ausentismo laboral, es otra de las consecuencias más comunes. Los desórdenes psiquiátricos como ansiedad, depresión y abuso de sustancias también se han relacionado con el insomnio crónico.

El riesgo cardiovascular también se ve aumentado, por la hipertensión arterial que se presenta. Incluso se ha asociado a un aumento de riesgo de deterioro cognitivo o pacientes ancianos. Es interesante considerar que en eventos cerebrovasculares isquémicos, el insomnio se ha relacionado con un aumento del riesgo de suicidio.

Figura 4. Complicaciones del insomnio:
Algoritmo para diagnóstico de insomnio primario



Fuente: Grupo desarrollador de guía

Seguimiento

2b

La Academia Americana de Medicina del Sueño (AAMS) recomienda:

B

- 1 Los pacientes deben llevar un diario de sueño antes y durante el tratamiento activo para su uso en caso de recaída o para reevaluación a largo plazo (cada 6 meses)
- 2 La reevaluación clínica debe realizarse cada 3-4 semanas hasta que el insomnio parezca estable o se resuelva, y luego cada 6 meses debido a la alta tasa de recaída (Consenso AASM)

- 3 Además de la reevaluación clínica, la administración repetida de cuestionarios e instrumentos de encuesta puede ser útil para evaluar los resultados y orientar los esfuerzos de tratamiento adicionales (Consenso de la AASM)
- 4 Cuando un solo tratamiento o combinación de tratamientos no logra los objetivos de tratamiento deseados, considere otras terapias conductuales, terapias farmacológicas, terapias combinadas o reevaluación para condiciones comórbidas ocultas (Consenso AASM)

5. Glosario

Actigrafía: Consiste en el registro de los movimientos de la mano del paciente durante las horas de sueño, por periodos prolongados.

Allostérico: Modo de regulación de las enzimas por el que la unión de una molécula en una ubicación modifica las condiciones de unión de otra molécula, en otra ubicación de la enzima, distante de la primera.

Amnesia: Pérdida total o parcial de la memoria que impide recordar o identificar experiencias o situaciones pasadas.

Asma: Es una enfermedad respiratoria crónica que se caracteriza por la inflamación de la mucosa de los bronquios que los estrecha y dificulta el paso del aire, lo que se denomina broncoespasmo.

Benzodiazepinas: Son medicamentos psicotrópicos, actúan sobre el sistema nervioso central con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorrelajantes.

Cardiopatía: Se refiere a las enfermedades del corazón sean de la naturaleza que sean.

Cefalea: Es un síntoma que hace referencia a cualquier tipo de dolor localizado en la cabeza.

Comorbilidad: Se define como “morbilidad asociada”, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.

Convulsión: Es una alteración eléctrica repentina y no controlada en el cerebro. Puede provocar cambios en el comportamiento, los movimientos o sentimientos, y en los niveles de conciencia.

Depresión: Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Dispepsia: Trastorno de la digestión que aparece después de las comidas y cuyos síntomas más frecuentes son náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Es una enfermedad de las vías aéreas que se caracteriza por la dificultad de la movilización del aire, especialmente durante la espiración.

Farmacodinamia: Acción de los medicamentos y efectos que tiene en el organismo vivo.

Hipertensión arterial: Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (*arterias*) al ser bombeada por el corazón.

Hipnótico: Fármaco utilizado para el tratamiento del insomnio.

Hipotermia: Es una temperatura corporal peligrosamente baja, por debajo de 95°F (35°C).

Hipotonía: Disminución de la tensión o del tono muscular, o de la tonicidad de un órgano.

Homeostasis: Conjunto de fenómenos de autorregulación, conducentes al mantenimiento de una relativa constancia en la composición y las propiedades del medio interno de un organismo.

Insomnio: Falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo que se sufre en el momento en que corresponde dormir.

Letargia: Es un estado de somnolencia prolongada causada por ciertas enfermedades.

Lumbago: Dolor reumático fuerte que afecta a los huesos o a los músculos de la parte lumbar de la espalda.

Neonato: Recién nacido menor de 28 días.

Neurólogo: Es un médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del cerebro y la médula espinal.

Neuropatía: La neuropatía (también llamada neuropatía periférica) se refiere a cualquier enfermedad que afecta la actividad normal de los nervios del sistema nervioso periférico.

Parasomnias: Es un trastorno de la conducta durante el sueño asociado con episodios breves o parciales de despertar, sin que se produzca una interrupción importante del sueño ni una alteración del nivel de vigilia diurno.

Parkinson: Enfermedad crónica y degenerativa del sistema nervioso que se caracteriza por falta de coordinación y rigidez muscular y temblores.

Patología: Enfermedad física o mental que padece una persona.

Placebo: Sustancia que carece de acción curativa pero produce un efecto terapéutico si el enfermo la toma convencido de que es un medicamento realmente eficaz; tiene el mismo aspecto, gusto y forma que un medicamento verdadero pero está hecho de productos inertes y sin ningún principio activo.

Polisomnografía: Es una prueba integral utilizada para diagnosticar trastornos del sueño, registrando las ondas cerebrales, los niveles de oxígeno en la sangre, la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como los movimientos de los ojos y las piernas durante el estudio.

Psiquiatra: Médico que tiene una formación especial para prevenir, diagnosticar y tratar los trastornos mentales, emocionales y de comportamiento.

Reflujo gastroesofágico: Es una afección en la cual los contenidos estomacales se devuelven desde el estómago hacia el esófago.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Enfermedad infecciosa, causada por el virus de inmunodeficiencia humana, que se transmite por vía sexual, a través de la sangre o de la madre al

feto, y que hace disminuir las defensas naturales del organismo hasta llegar a su completa desaparición.

Síntoma: Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Sistema nervioso central: Es una de las porciones en que se divide el sistema nervioso. En los animales vertebrados está constituido por el encéfalo y la médula espinal.

Somnolencia: Estado intermedio entre el sueño y la vigilia en el que todavía no se ha perdido la conciencia.

Trastorno afectivo bipolar: Es una enfermedad que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo, que van desde la euforia patológica (manía) a la depresión, sin que estas estén relacionadas con factores del mundo exterior.

Vigilia: Es un estado consciente que se caracteriza por un alto nivel de actividad, en especial en relación al intercambio de información entre el sujeto y su ambiente.

6. Referencias bibliográficas

1. J. Flaxer, A. Heyer, D. Francois. Evidenced-based review and evaluation of clinical significance: Nonpharmacological and Pharmacological treatment of insomnia in the elderly. *Science Direct*. 2020 Oct.
2. Winkleman J. Insomnia disorder. *The new england journal of medicine* [en línea]. Octubre 2015 [citado en febrero 2020]; 373;15. Doi: 10.1056/NEJMcp1412740.
3. T. Wilt, R. MacDonald, M. Brasure, C. Olson, M. Carlye, et al. Pharmacologic Treatment of Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. 2016;165:103-112. doi:10.7326/M15-1781
4. Z. Zheng, Y. He, F. Yin, H. Liu, Y. Li. Et al. Pharmacological interventions for the treatment of insomnia: quantitative comparison of drug efficacy. *Sleep medicine*. 2020 April; 72 (2020): 41-49.
5. L. Liang, Y. Huang, R. Xu, Y. Wei, L. Xiao et al. Eszopiclone for the treatment of primary insomnia: a systemic review and meta-analysis of double blind, randomized, placebo-controlled trials. *Sleep Medicine*. 2019 april; 62 (2019) 6-13.

6. Medina-Chávez JH, Fuentes-Alexandro SA, Gil-Palafox IB, et al. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(1):108-119.
7. López de Castro, O. Fernández Rodríguez, M.A. Mareque Ortega, L. Fernández Agüero, Abordaje terapéutico del insomnio, SEMERGEN - Medicina de Familia, Volume 38, Issue 4.
8. Ferre Navarrete, Y. Vilches Aguirre, Diagnóstico y tratamiento del insomnio, Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, Volume 11, Issue 23, 2012, Pages 1406-141
9. T.R. Harrison. (2015). Harrison - principios de Medicina Interna. USA: Mc Graw Hill. Capítulo 56. Trastornos del Sueño.
10. Jose Antonio Lozano. (2003). Clasificación, prevención y tratamiento del insomnio. Accesado el 20/01/2021, de ELSEVIER, Obtenido de Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-clasificacion-prevencion-tratamiento-del-insomnio-13044454>
11. Sadock BJ, Sadock VA. (2015). Sinopsis de Psiquiatría. 11 edición. Capítulo 16.2. Trastornos del Sueño y del despertar. USA: Wolters Kluwer. ISBN 9788416004805
12. Sarrais, P. de Castro Manglano. (2007). El Insomnio, de Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Accesado el 20/01/2021, Obtenido

de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011

13. Irene Rubio Bollinger. (2020). Insomnio; un problema clinico y social. 26/05/2020, de Hospital Quirosalud, Toledo Sitio web: <https://www.quironsalud.es/blogs/es/durmiendo-pierna suelta/insomnio-problema-clinicosocial#:~:text=La%20esfera%20social%20se%20ve,menor%20contacto%20con%20el%20entorno>
14. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-5. USA, (2014): Editorial Médica Panamericana.
15. Lichstein KL, Durrence HH, Taylor DJ, Bush AJ, Riedel BW. Quantitative criteria for insomnia. *Behav Res Ther.* 2003 Apr;41(4):427-45. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00023-2. PMID: 12643966.
16. Edinger JD, et al. American Academy of Sleep Medicine Work Group. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep.* 2004 Dec 15;27(8):1567-96. doi: 10.1093/sleep/27.8.1567. PMID: 15683149.
17. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual. Chicago,

Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2001.

18. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. 2007 Feb;30(2):213-8. doi: 10.1093/sleep/30.2.213. Erratum in: *Sleep*. 2007 Jul 1;30(7):table of contents. PMID: 17326547.
19. Sateia MJ, Doghramji K, Hauri PJ, Morin CM. Evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*. 2000 Mar 15;23(2):243-308. PMID: 10737342.
20. Todd Arnedt J, Conroy D, Aloia M. Evaluation of insomnia patients. *Sleep Med Clin* 2006; 1:319-32. DOI:10.1016/j.jsmc.2006.06.002
21. Morin CM, Bélanger L, LeBlanc M, Ivers H, Savard J, Espie CA, Mérette C, Baillargeon L, Grégoire JP. The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study. *Arch Intern Med*. 2009 Mar 9;169(5):447-53. doi: 10.1001/archinternmed.2008.610. PMID: 19273774.
22. Vgontzas, A. N., Liao, D., Pejovic, S., Calhoun, S., Karataraki, M., Basta, M., Fernández-Mendoza, J., & Bixler, E. O. (2010). Insomnia with short sleep duration and mortality: the Penn State cohort. *Sleep*, 33(9), 1159–1164. <https://doi.org/10.1093/sleep/33.9.1159>

23. Li, Y., Zhang, X., Winkelman, J. W., Redline, S., Hu, F. B., Stampfer, M., Ma, J., & Gao, X. (2014). Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of U.S. men. *Circulation*, *129*(7), 737–746. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.004500>
24. Deak MC, Winkelman JW. Insomnia. *Neurol Clin*. 2012 Nov;30(4):1045-66. doi: 10.1016/j.ncl.2012.08.012. PMID: 23099129.
25. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013 Feb 20;309(7):706-16. doi: 10.1001/jama.2013.193. PMID: 23423416; PMCID: PMC3632369.
26. Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *Lancet (London, England)*, *379*(9821), 1129–1141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)
27. Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, *4*(5), 487–504.
28. American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-5*. USA: Editorial Medica Panamericana.
29. Irene Rubio Bollinger. (2020). Insomnio; un problema clinico y social. 26/05/2020, de

Hospital Quirosalud, Toledo Sitio web: <https://www.quironsalud.es/blogs/es/durmiendo-pierna-suelta/insomnio-problema-clinico-social#:~:text=La%20esfera%20social%20se%20ve,menor%20contacto%20con%20el%20entorno>

30. F. Sarrais, P. de Castro Manglano. (2007). El Insomnio. 20/01/2021, de Anales del Sistema Sanitario de Navarra Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011
31. Jose Antonio Lozano. (2003). Clasificación, prevención y tratamiento del insomnio. 20/01/2021, de ELSEVIER Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-clasificacion-prevencion-tratamiento-del-insomnio-13044454>
32. Martínez Hernández O, Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo Y. Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 Mar-Abr [citado: 10-02-21];13(13). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3190/4257>
33. García Sevillano L. Dispensación nocturna de medicamentos “con carácter de urgencia” en una farmacia comunitaria de Valladolid. Farmacéuticos Comunitarios 2013; 5(3): 90 95

34. Carrillo-Mora, Paul, Barajas-Martínez, Karina Gabriela, Sánchez-Vázquez, Itzel, & Rangel-Caballero, María Fernanda. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias?. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(1), 6-20. Recuperado en 04 de febrero de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006&lng=es&tlng=es
35. Sarrais, F., & de Castro Manglano, P.. (2007). El insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 1), 121-134. Recuperado en 04 de marzo de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011&lng=es&tlng=es



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

7a. avenida 22-72 zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-9929-795-24-2



9 789929 795242