

Alteraciones del sueño en personas adultas mayores

Carlos D'Hyver de las Deses^a



Resumen

El insomnio es altamente prevalente en la población, y más en los adultos mayores. Cerca de 50% de la población lo padece, y es un problema que se asocia con una serie de alteraciones: disminución de la capacidad física, problemas de concentración y atención, múltiples patologías se exacerban, lo que acaba produciendo una disminución de la calidad de vida de las personas. Así mismo se interrelaciona con múltiples problemas tanto físicos, como psicológicos y sociales que pueden agravar o ser causa a su vez de las alteraciones del sueño.

Reconocer los problemas del sueño y clasificarlos adecuadamente permite determinar la necesidad o no de estudios complementarios, seleccionar el manejo más adecuado en forma individual, recomendar el manejo no farmacológico (terapia cognitivo conductual, manejo del ambiente), y si fuera necesario, determinar el tipo de fármaco más adecuado en función de la asociación existente con otras patologías (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], depresión, ansiedad, síndrome de piernas inquietas, etc.).

La pequeña revisión que se presenta tiene como objetivo presentar al médico general las bases para enfrentarse al paciente adulto mayor que padece de alteraciones del sueño. Sin pasar por alto que existen cambios producidos por el envejecimiento que ya de por sí modifican el ciclo sueño-vigilia, además de considerar los cambios psicosociales que se presentan.

Palabras clave: *Insomnio, adulto mayor, anciano, viejo.*

Alterations of sleep in older adults

Abstract

Insomnia is highly prevalent in the population and even more in the elderly. Nearly 50% of the population suffers from insomnia. It is a problem associated with a great number of disorders: decreased physical ability, lack of concentration and attention problems; many diseases are worsened and this ends up producing a decrease in the quality of life of these people. Insomnia is also interrelated with multiple physical, psychological and social problems, these can worsen or be the cause of other sleep disorders.

Recognizing sleep disorders and classifying them adequately helps to determine the need for complementary studies, select the most appropriate individual management, recommend non-pharmacological management (cognitive behavioral therapy, environmental management) and if necessary, to determine the most suitable type of drug, taking

^aJefe del Departamento de Geriatria. Facultad de Medicina. UNAM. Ciudad de México.

Correspondencia: Carlos D'Hyver de las Deses

Correo electrónico: geriatría@unam.mx

Recibido: 26-julio-2017. Aceptado: 29-noviembre-2017.

into consideration its possible association with other diseases (COPD, depression, anxiety, restless legs syndrome, etc.).

This small review aims to present to the general practitioner the basis for attending an elderly patient suffering from sleep disturbances. Taking into account, that there are changes produced by aging that alter the sleep-wake cycle and the psychosocial changes that occur.

Key words: *Insomnia, elderly, old.*

INTRODUCCIÓN

El insomnio es uno de los problemas más prevalentes en las personas de edad avanzada, algunos lo han mencionado como un problema de salud pública, vinculado con la modernidad, asociado a cambios en los estilos de vida y a condiciones socioeconómicas. Es más frecuente en mujeres, en personas adultas mayores, se relaciona con la presencia de otras morbilidades y contribuye a la disminución de la funcionalidad en esta etapa de la vida. Los trastornos del sueño en adultos mayores suelen tener poca importancia para los médicos generales, que continúan viendo a la medicina con un enfoque en la enfermedad y no en la persona; por lo que pasan inadvertidos y, por lo tanto, son mal tratados.

El sueño es un proceso fisiológico vital con funciones de restauración, que se compone por las siguientes etapas¹:

- a) Sueño de movimientos oculares rápidos (sueño MOR). Representa del 20 al 25% del total de sueño; se caracteriza por sueños vívidos, aumento de actividad cerebral, incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria e inhibición de la actividad de los músculos voluntarios.
- b) Sueño no MOR (NMOR). Se divide en tres estadios:
 - *Etapa 1.* Estado de transición, sueño ligero, “se presenta cabeceo”, actividad de ondas cerebrales reducida con movimientos oculares lentos.
 - *Etapa 2.* Relajación muscular, disminución de la temperatura corporal y de la frecuencia cardíaca, espigas del sueño y complejos K en el electroencefalograma.
 - *Etapa 3.* Sueño profundo, ondas cerebrales

de alto voltaje y baja frecuencia; es la etapa de sueño reparador.

Los estados de sueño se alternan en ciclos de 90 a 110 minutos de duración, completar varios ciclos durante una noche (4 al menos) garantiza el descanso del individuo.

Los ancianos están en riesgo de una variedad de trastornos del sueño que van desde el insomnio hasta las alteraciones del ritmo circadiano.

Existe un buen número de factores que contribuyen a su presentación y que deben ser tomados en consideración, sobre todo ante la queja por parte de la persona que lo padece. Existen elementos que incluyen malos hábitos al momento de dormir, cambios asociados al envejecimiento, modificaciones en el ciclo circadiano, patologías y tratamientos de las mismas asociados. Además existen consecuencias adicionales a los problemas médicos, como costos en su vida social, laboral y económicos. La pertinencia del conocimiento y manejo de consecuencias a largo plazo en la vida diaria del anciano y su familia hacen indispensable su conocimiento, y de ahí esta pequeña revisión del tema.

El insomnio es un término utilizado para describir la percepción subjetiva de un sueño insuficiente o no restaurador, que comprende:

- a) Dificultad para iniciar, mantener el sueño o despertar temprano.
- b) Las alteraciones producen un déficit en la función diaria.
 - Fatiga o malestar general.
 - Deterioro de la memoria, concentración o atención.
 - Pobre desempeño escolar, social o profesional.
 - Cambios en el estado de ánimo.
 - Somnolencia diurna.
 - Disminución de la motivación, energía e iniciativa.
 - Propensión a errores y accidentes.
 - Tensión, cefalea, síntomas gastrointestinales.
 - Preocupación por el sueño.
- c) Las dificultades para dormir se presentan a pesar de tener las circunstancias y oportunidades adecuadas para dormir².



Se clasifica en tres tipos:

a) Insomnio a corto plazo

También denominado insomnio de ajuste, agudo, relacionado con estrés pasajero, su presentación es en los últimos 3 meses, como un factor independiente para el paciente. Suele corregirse al desaparecer el factor estresante que lo produce o cuando se ha adaptado al mismo.

b) Insomnio crónico

Cuando los síntomas están presentes al menos 3 veces por semana durante 3 meses o más y no están relacionados con problemas para dormir o un ambiente inadecuado. El insomnio debe incluir una latencia de sueño de 30 minutos o más en adultos mayores, o períodos de vigilia de 30 minutos o más en adultos mayores. La queja del despertar temprano es debido a la terminación del sueño 30 minutos antes de lo deseado.

c) Otros tipos

Aquí se incluyen aquellas quejas para iniciar o mantener el sueño que no llenan los criterios anteriores.

EPIDEMIOLOGÍA

Un estudio de pacientes en el primer nivel de atención mostró que 69% de los pacientes padecía de insomnio, 50% en forma ocasional y 19% en forma crónica. Otro maneja que 35% lo presentó en el último año, y la revisión de estudios encontró que 10% desarrollaban insomnio crónico con repercusiones diurnas³⁻⁵. Estas diferencias están dadas por las diversas formas de considerar el diagnóstico de insomnio, y son una prueba de la variabilidad con la que se conforma el conocimiento médico en los diferentes niveles de atención. Considerándose que 50% de los adultos mayores, y con mayor prevalencia en las mujeres, en aquellos que no tienen empleo, los divorciados, viudos, separados o con un estatus socioeconómico bajo⁶.

CAMBIOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO⁷

- d) El inicio del sueño es más difícil.
- e) El tiempo total y la eficiencia del sueño es menor.
- f) El sueño profundo (NMOR etapa 3) se reduce.
- g) El sueño es fragmentado por un incremento en despertares.

Tabla 1. Asociación con otras enfermedades

Alt. psiquiátricas	Alt. neurológicas	Alt. médicas	Otras
Depresión	Demencias	EPOC	RSL
Trastorno de ansiedad	Alzheimer	Insuficiencia cardíaca	SAOS
Abuso de sustancias	Enfermedad de Parkinson	Cardiopatía isquémica	Trastorno del ciclo circadiano
Alcoholismo	Neuropatía periférica	Enfermedad renal crónica / uremia	Mala higiene del sueño
Estrés postraumático	Eventos vasculares cerebrales	Patologías que cursan con dolor (OAD, AR, polimialgia reumática)	Fenómeno del atardecer
Duelo	Traumatismo craneoencefálico	Cáncer y quimioterapia	
	Epilepsia	Reflujo gastro-esofágico	
	Cefalea (migraña)		

AR: artritis reumatoide; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; OAD: osteoartropatía degenerativa; SAOS: Síndrome de apnea obstructiva del sueño; RSL: síndrome de las piernas inquietas.

Modificado de: Barczy SR. Sleep and Medical Comorbidities. En Avidan AY, Alessi CA, editores. Geriatric Sleep Medicine. New York: informe Healthcare, 2008; pp 19-36.

- h) Pasan más tiempo en cama y provoca una percepción errónea de no dormir lo suficiente.
- i) Cambios en el ritmo circadiano por condiciones sociofamiliares, van más temprano a la cama y se despiertan más temprano.
- j) Incremento en el número de siestas y períodos de somnolencia diurna.
- k) La duración del sueño MOR suele conservarse, la fase 1 se incrementa y la fase 3 se reduce.

FACTORES DE RIESGO

Siete personas de cada 100 desarrollan síntomas de insomnio, es más frecuente en personas psicológicamente vulnerables, en aquellas que ya han desarrollado insomnio en el pasado, con antecedentes familiares, con pobre estado de salud y problemas que originan dolor.

Hay una gran cantidad de entidades nosológicas que las favorecen, ya sea a través de ellas mismas o de su manejo farmacológico, los cuales modifican los patrones de sueño y provocan insomnio (**tabla 1**).

También son factores de riesgo el hacer siestas durante el día, acostarse temprano en la cama o usarla para otras actividades, las cenas copiosas o la falta de ejercicio; se asocian con condiciones ambientales como exceso de ruido o luz, temperaturas extremas, poca exposición al sol, cama incomoda. En las instituciones de salud se encuentra además

el problema de las visitas o supervisiones que se realizan con frecuencia (vigilancia de enfermería).

De acuerdo con Taylor⁸, las enfermedades neurológicas son las que más frecuentemente producen insomnio, ya que 66.7% de los enfermos se quejan de este trastorno, seguidas de las enfermedades respiratorias (59.6%), problemas gastrointestinales (55.4%), las que producen dolor (48.6%), y cardiovasculares (44.1%). En el anciano se debe considerar al insomnio como una combinación de distintos factores. Siempre será conveniente investigar causas específicas; sin embargo, la mezcla de factores en cada caso particular deberá ser considerada, así como la evaluación psicosocial, ya que el deterioro de las capacidades mentales, la sintomatología psicoafectiva en su relación con la educación, la red de apoyo familiar y el nivel socioeconómico, juegan un papel importante en cuanto a la posibilidad de perpetuar o precipitar cuadros de insomnio en la persona de edad avanzada.

Gran parte de las personas que sufren de insomnio toman medicamentos por otros motivos, y estos pueden interferir con los patrones de sueño (**tabla 2**).

Como podemos observar, tanto los factores psicosociales, los aspectos médicos, así como su manejo, pueden ser responsables de la aparición de insomnio.

Tabla 2. Fármacos que pueden provocar o exacerbar el insomnio

• Cardiovasculares: betabloqueadores (propranolol, metoprolol) • Diuréticos: furosemida, clortalidona, etc. • Calcio antagonistas: diltiazem, verapamilo	Corticoides: prednisona, betametasona, etc.	Broncodilatadores: salbutamol Teofilina
Hormonas tiroideas	Antihistamínicos de primera generación: clorfenamina, hidroxicina, etc.	Alcohol y nicotina
Fenitoína	Pseudoefedrina	Levodopa, biperideno
Quimioterapia	Anfetaminas	Estimuladores del sistema nervioso: metilfenidato, modafinilo
Fármacos con efecto anticolinérgico	Hormonas tiroideas (en exceso)	Inhibidores de recaptura de serotonina
Efecto de rebote: haloperidol, risperidona, olanzapina	Uso crónico de benzodiazepinas	herbolaria
Laxantes		

DIAGNÓSTICO

El insomnio es un trastorno subjetivo, el diagnóstico se realiza mediante la observación clínica; en éste sentido, es un síndrome semejante al dolor⁹.

El diagnóstico de insomnio se basa principalmente en las quejas proporcionadas por el paciente, familiares o cuidadores, y determinado por la entrevista clínica, en conjunto con otras herramientas, como el registro diario de sueño del paciente¹⁰. El sujeto refiere que su sueño es inadecuado, ya sea por ser demasiado corto (dificultad para conciliar el sueño al acostarse o despertarse muy temprano por la mañana, antes de lo planeado), con demasiadas interrupciones (despertarse frecuente durante la noche), o bien no es suficientemente reparador, y en muchos pacientes existe una combinación de todos estos factores. A consecuencia del trastorno del sueño, la capacidad para desempeñar las actividades diarias se ve afectada.

La evaluación del insomnio debe tener un enfoque amplio que englobe las características médicas, psicológicas y sociales del paciente. Al considerar la fisiopatología del insomnio, es importante destacar que puede ser de naturaleza biológica, ambiental, de conducta o psicosocial. Asimismo, los factores que lo causan y perpetúan están interrelacionados con factores sociales, profesionales y familiares.

Evaluación médica

Ésta debe iniciar con una rigurosa y detalla historia médica, en la que se registran todos los síntomas, incluyendo el inicio del insomnio, su progresión a condición crónica, junto con los tratamientos que

ha recibido y las repercusiones que tiene el trastorno en el patrón de su sueño durante su vida diurna, tal como somnolencia, cansancio, fatiga y disminución de la atención, concentración y memoria¹¹.

a) Los hábitos nocturnos que deben ser registrados incluyen:

- Hora de acostarse.
- Actividades en la cama.
- Apagado de luces.
- Tiempo transcurrido para quedarse dormido.
- Calidad del sueño.
- Tiempo que le toma despertar durante la mañana.
- Tiempo que le toma levantarse de la cama.
- Veces que despierta por la noche.
- Tiempo que dura despierto durante la noche.
- Reporte de ronquidos y movimientos de piernas.

b) Los hábitos diurnos que deben ser registrados incluyen:

- Horas de comidas.
- Periodos de trabajo y estudio.
- Siestas durante el día.
- Actividad física.
- Hábito tabáquico.
- Ingesta de alcohol.
- Uso de drogas y medicamentos.

c) Las condiciones de la recámara que deben registrarse incluyen:

- Condiciones de la cama, colchón y almohadas.
- Ruido.



- Número de personas que duermen en la misma cama.
- Iluminación.
- Presencia de televisor, computadora o equipo de audio en la habitación.
- Temperatura.

Evaluación psicosocial

Ésta tiene el propósito de investigar con mayor detalle el principal factor que precipita y perpetúa el insomnio. La evaluación psicosocial debe de ser llevada a cabo tomando en cuenta un enfoque sistémico; por ejemplo, los síntomas de insomnio son analizados dentro del contexto de las vidas de los pacientes y se considera qué es lo que los síntomas cubren o permiten¹².

Exámenes complementarios

Cada paciente con insomnio debe someterse a exámenes complementarios cuando existe la sospecha clínica de una enfermedad sistémica.

Cuestionarios

El uso de un diario de sueño así como otros cuestionarios es fundamental para la terapia cognitivo-conductual.

Polisomnografía

Se recomienda como un método auxiliar para el diagnóstico del insomnio, siempre que sea posible, con la finalidad de investigar comorbilidades como apnea obstructiva del sueño y para realizar una evaluación objetiva del sueño en casos de duda diagnóstica¹³.

CLASIFICACIÓN

En relación con la clasificación sobre trastornos del sueño (2005), el insomnio se subdivide de las siguientes maneras: insomnio agudo, insomnio psicofisiológico, insomnio paradójico, insomnio idiopático, insomnio asociado con trastornos mentales, insomnio asociado con enfermedades sistémicas e insomnio asociado con hábitos inadecuados¹⁴.

Insomnio agudo, transitorio o de ajuste

El elemento esencial para este diagnóstico es la presencia de síntomas de insomnio agudo precipitados por un factor causal desencadenante, claramente identificado en un individuo que previamente tenía un patrón de sueño normal, sin síntomas de insomnio previos. Esta condición clínica no dura más de un mes.

Insomnio primario crónico

Éste a su vez se divide en psicofisiológico, idiopático y paradójico. El insomnio psicofisiológico se presenta de forma concomitante con un estado hiperalerta, caracterizado por ansiedad, relacionado con el acto de dormir y la presencia de síntomas neurocognitivos como fatiga e irritabilidad. El insomnio idiopático inicia antes de la pubertad, persiste durante toda la edad adulta, y frecuentemente existe una historia familiar de insomnio. En el insomnio paradójico, el paciente expone quejas subjetivas en relación con un sueño de mala calidad, a pesar de la falta de alteraciones objetivas en la polisomnografía. Este tipo de insomnio está relacionado con una mala percepción del sueño.

Insomnio asociado a otras condiciones

a) Trastornos mentales

El factor esencial en este tipo de insomnio, es la relación temporal y causal con un trastorno mental subyacente. Trastornos del estado de ánimo: depresión, distimia, ciclotimia, trastorno bipolar, ansiedad, esquizofrenia y trastorno somatomorfo.

b) Higiene de sueño inadecuada

Está relacionado con hábitos que son inapropiados para obtener una buena calidad de sueño; por ejemplo actividades psicológicamente estresantes, consumo de caféina, nicotina, alcohol y comidas copiosas, actividad física vigorosa poco tiempo antes de ir a dormir, lapsos inconstantes para ir a dormir y levantarse, largas siestas o tardías (poco tiempo antes de ir a dormir por las noches).

c) Condiciones médicas

Al estar asociado con ciertas condiciones médicas: síndromes dolorosos, infecciones, enfermedades me-

Las enfermedades neurológicas son las que más frecuentemente producen insomnio: 66.7% de los pacientes se quejan de este trastorno, seguidas de las enfermedades respiratorias (59.6%), problemas gastrointestinales (55.4%), las que producen dolor (48.6%) y cardiovasculares (44.1%). En el anciano se debe considerar como una combinación de distintos factores y hay que investigar causas específicas; sin embargo, la mezcla de factores en cada caso particular deberá ser considerada, así como la evaluación psicosocial en cuanto al deterioro de las capacidades mentales, la sintomatología psicoafectiva en su relación con la educación, la red de apoyo familiar y el nivel socioeconómico.

tabólicas, hipertiroidismo y enfermedades neurológicas entre otras.

d) Uso de sustancias o medicamentos

Se relaciona con las drogas o sustancias, como el alcohol, estimulantes (anfetaminas y derivados) o antidepresivos.

Comorbilidades

a) Apnea obstructiva del sueño (SAOS)

En 1973, Guilleminault y cols.¹⁵ describieron la asociación entre insomnio y apnea obstructiva del sueño, y le llamaron “síndrome de apnea, sueño-insomnio”.

La relación entre estos 2 trastornos del sueño tan comunes es compleja y poco clara. Existe una incidencia más alta de trastornos de la respiración en pacientes con insomnio que en la población general¹⁶. La severidad de los síntomas de insomnio se correlaciona fuertemente con la de la apnea, caracterizando de ese modo una comorbilidad.

Las mujeres en el periodo menopáusico y premenopáusico tienen mayor probabilidad de presentar trastornos del sueño o quejarse de síntomas asociados a este, que las pacientes en edad fértil. La terapia hormonal conjugada (estrógenos y progesterona)

ha demostrado de manera eficaz mejorar las quejas asociadas a problemas de sueño, así como síntomas de insomnio y SAOS. Las benzodiacepinas están asociadas con disminución del insomnio, reducción del tono muscular de las vías aéreas y decremento de la respuesta ventilatoria a la hipoxemia. Por lo tanto, estos fármacos se consideran inapropiados para tratar esta comorbilidad. El uso de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) o dispositivos orales también interfiere de forma negativa con la calidad del sueño, particularmente durante la fase de adaptación.

b) Fibromialgia

Este tipo de pacientes presentan cansancio y fatiga persistente, asociado con sueño no reparador y dolor muscular difuso. Usualmente, tienen la percepción de padecer un trastorno del sueño asociado con la fatiga. El tratamiento farmacológico consiste principalmente en antidepresivos tricíclicos y ciclobenzaprina¹⁷.

c) Trastornos del ritmo circadiano

El síndrome de retraso en la fase de sueño es un desorden del ritmo circadiano caracterizado por dificultad para conciliar el sueño y para despertar por las mañanas. Esta condición usualmente inicia durante la infancia y adolescencia, y rara vez es malinterpretada como insomnio, particularmente insomnio idiopático¹⁸.

d) Síndrome de piernas inquietas y movimiento periódico de extremidades durante el sueño

El síndrome de las piernas inquietas (RSL) se caracteriza por un trastorno sensitivo que afecta principalmente a las extremidades inferiores, particularmente antes de iniciar el sueño, y conduce a tener dificultades para conciliar el sueño. El movimiento periódico de extremidades durante el sueño (PMLS) usualmente acompaña al RLS, conduciendo a un patrón de sueño fragmentado, el cual afecta la calidad del mismo. Los movimientos periódicos de las extremidades inferiores se pueden presentar durante el sueño, independientemente de la presencia del síndrome de las piernas inquietas. En estos casos, las repercusiones en el patrón de sueño, con insomnio

o hipersomnias diurnas, deben ser analizadas uno por uno en cada caso¹⁹.

En muchas ocasiones no contamos con un contexto claro sobre la alteración del sueño y es difícil clasificarla, hay una serie de preguntas que pueden ayudar al clínico a determinar el tipo de insomnio que padece el paciente, algunas de ellas en relación con su probable causa:

e) Síndrome de apnea obstructiva del sueño

- ¿Es una persona que ronca mucho?
- ¿Su pareja le ha dicho que en ocasiones deja de respirar por las noches?
- ¿Mueve las piernas en forma continua o no puede mantenerlas quietas cuando está recostado en la cama?
- Síndrome de piernas inquietas, movimiento periódico de extremidades durante el sueño.
- ¿Durante la noche despierta con sensación de hormigueo (disestesias/parestesias) o entumecimiento (sensación de piernas dormidas)?

f) Narcolepsia:

- ¿Se ha quedado dormido profundamente durante el día inesperadamente?
- ¿Ha presentado colapsos (síncope) o debilidad muscular extrema desencadenada por una emoción, por ejemplo cuando se ríe?
- Trastorno del ritmo circadiano del sueño.
- ¿Tiende usted a dormir bien, pero no a la hora apropiada y son regulares estos lapsos para dormir y despertar?

g) Parasomnias:

- ¿Presenta usted comportamientos inusuales al estar dormido?

MANEJO

El tratamiento del paciente debe individualizarse en función de las preferencias personales, la capacidad de recibir o no terapia conductual, la severidad del insomnio, el impacto que produce en la calidad de vida, los potenciales riesgos, costos e inconvenientes que pueda producir.

El conocimiento del medio ambiente psicosocial y familiar de la persona en conjunto con un



conocimiento de su estado físico y de la autonomía permitirán evaluar las características de cada caso y determinar el mejor manejo de la persona. Ya que al tratar un solo problema (insomnio) podríamos poner en riesgo comorbilidades, disminuir la autonomía, favorecer caídas e incrementar riesgos de muerte, como en los pacientes con alteraciones pulmonares (EPOC), en los que presentan insuficiencia cardíaca y otros.

También es cierto que aquellos en los que mejora el insomnio, tendrán una mejoría en su vida diaria con una sensación de mejor calidad de vida.

Tratamiento no farmacológico

En este rubro se incluye la higiene del sueño, educación general, control de estímulos, técnicas de relajación, terapia de restricción del sueño, terapia cognitiva y conductual.

a) Higiene del sueño²⁰⁻²³

- Dormir de 7 a 8 horas, tiempo necesario para sentirse descansado y después levántese.

- Mantener un horario regular. Despertarse a la misma hora.
- Evitar las bebidas que contengan cafeína después de la comida.
- Evitar tomar bebidas que contengan alcohol en la tarde-noche.
- Evitar el tabaquismo cerca de la hora de dormir.
- Considerar el medio ambiente, ruido, luz, radio y disminuir su estímulo al máximo.
- Tratar de evitar el uso de pantallas (televisores, tabletas, *smart phones*) antes de acostarse.
- Dejar las ocupaciones y preocupaciones para poderse acostar.
- Realizar ejercicio regularmente, cuando menos 20 minutos, pero no cerca de la hora de acostarse (4 a 5 hora antes).
- Evitar las siestas durante el día, sobre todo si son mayores a 20-30 minutos.

b) Control de estímulos

Debe de quitarse la asociación del cuarto y cama con el hecho de no dormir, debe de irse al cuarto

Las consecuencias de un mal manejo del verdadero insomnio o del “trastorno” que refieren tener los adultos mayores puede llevar a consecuencias graves: caídas, alteraciones de la memoria, confusión, además de boca seca, estreñimiento, retención urinaria o incontinencia nocturna, deshidratación; los efectos medicamentosos propios de la droga de elección, sus interacciones con otros fármacos, así como la automedicación o polifarmacia del paciente adulto mayor requiere de un amplio conocimiento de farmacología.

hasta que tenga sueño; no usar la cama para leer, ver televisión, cenar, etc. Si no se ha dormido 20 minutos después de acostarse, deberá levantarse de la cama y salir del cuarto; realizar alguna actividad relajante como leer o escuchar música, la televisión puede ser un estímulo de acuerdo con el contenido que los despierte. Considerar que el despertador debe estar de todas maneras a la misma hora en las mañanas, incluidos los fines de semana y no deben permitirse las siestas²⁴.

c) Relajación

De preferencia debe realizarse antes de iniciar el sueño: la relajación progresiva muscular donde se aprende a relajar parte por parte los músculos del cuerpo empezando en la cara, contrayendo uno por uno y relajándolo, posteriormente cuello, brazos, pecho, abdomen, nalgas, muslos, pantorrilla y pies. La relajación como respuesta a llevar los pensamientos a una imagen pacífica (el campo, la playa) donde mentalmente se tranquiliza el aire o las olas con el pensamiento, observando mentalmente un atardecer²⁵.

d) Terapia de restricción del sueño

Consiste en restringir el tiempo en cama (incluye las siestas o actividades diversas) a no menos de 5 horas diarias. Cuando la persona logra dormir más del 85% del tiempo pasado en la cama, se alarga el período que se le permite estar en cama de 15 a 30 minutos; cada vez que se logra obtener el 85% del

tiempo se vuelve a aumentar el tiempo permitido, y así sucesivamente. Se debe explicar el motivo y la forma de proceder para que se cumpla el objetivo. Considere que al principio puede haber un aumento de la somnolencia diurna y de los tiempos de reacción; hay que tener cuidado en los pacientes con patología bipolar, ya que pueden desencadenarse períodos de excitación²⁶.

e) Terapia cognitiva

Las personas que no duermen bien tienen miedo de que al día siguiente no tengan el rendimiento adecuado; esto dificulta el dormirse y aumenta la preocupación. En conjunto con un terapeuta se trabaja contra la ansiedad y el pensamiento catastrófico y se establecen expectativas realistas.

f) Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una combinación de los diferentes enfoques presentados, se pretende que cada persona complete registros de sueño mientras aprenden las diversas estrategias, proporcionándoles herramientas para el futuro. Se recomienda sobre todo para aquellos que los medicamentos están contraindicados o tienen posibilidades de que estos les produzcan efectos secundarios (caídas, empeoramiento pulmonar, etc.)²⁷.

Tratamiento farmacológico

Cuando se considera utilizar medicamentos para tratar el insomnio, siempre deberá ser a la menor dosis y por el menor tiempo posible. Debemos considerar que el fármaco debe tener ciertas características: rápido de acción y eliminación, que realmente ayude a conciliar y mantener el sueño, y que éste sea de calidad, que no afecte el estado de alerta ni la conciencia durante el día, que tenga mínimos efectos secundarios e interacciones farmacológicas y que tenga muy poco potencial de causar dependencia.

Hay que recordar que en general los estudios farmacológicos pocas veces consideran poblaciones de adultos mayores y que por lo tanto no se conoce con exactitud del beneficio o de los efectos secundarios en la población de más de 60 años.

Los efectos secundarios de la farmacoterapia del sueño en los adultos mayores consideran a las

Tabla 3. Medicamentos utilizados para tratar el insomnio

Benzodiacepinas	Hipnóticos no benzodiacepínicos	Antidepresivos	Antisicóticos	Estimuladores de la melatonina	antihistamínicos
Triazolam	Zolpidem	Mirtazapina	Quetiapina	Melatonina	Difenhidramina
Midazolam		Trazadona	Olanzapina		Hidroxizina
Lorazepan		Mianserina			
Estazolam					

caídas, delirium o confusión, somnolencia diurna, mareo, cefalea y relajación muscular entre otras.

Los agentes farmacológicos a utilizar y que se encuentran aprobados incluyen a las benzodiacepinas, hipnóticos no benzodiacepinas, agonistas de la melatonina, antidepresivos y antipsicóticos, estos últimos más por su efecto secundario de sedación y ansiolítico²⁸.

Hay que tener en mente que las personas adultas mayores con frecuencia tienen morbilidades adicionales que habrá que considerar, como la falla hepática, renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de apnea obstructiva del sueño, y que habrá que ajustar o modificar la elección del fármaco al considerar la presencia de estas patologías.

Las benzodiacepinas son fármacos liposolubles; en los adultos mayores el incremento de grasa corporal promueve que el volumen de distribución sea mayor, lo que aumenta la vida media y el riesgo de acumulación, por lo que aquellas de vía media larga como el diazepam o el flurazepan no deben aconsejarse; siempre será difícil retirarlos, pero debemos intentarlo.

Al seleccionar el medicamento a utilizar se debe considerar el tipo de insomnio que se presenta. Para un insomnio de inicio, un medicamento de acción corta para obtener un efecto residual menor, aquellos con efecto menor a 8 horas como el zolpidem hipnótico no benzodiacepínico, triazolam o lorazepan; para aquellos donde el problema es mantener el sueño requerimos de un efecto más prolongado, como el zolpidem en su presentación sublingual o estazolam²⁹.

La melatonina se sintetiza a partir de la serotonina, su liberación depende del ritmo circadiano y sus niveles disminuyen con el envejecimiento; la activación de sus receptores tiene un papel importante en la regulación del sueño en el ciclo vigilia-sueño;

la administración de esta sustancia o sus análogos promueve el sueño.

Los antidepresivos pueden afectar a una gran cantidad de receptores cerebrales; la doxepina y la amitriptilina –como antidepresivos tricíclicos–, tienen efecto sobre el sueño y pueden ser utilizados en algunos casos. De los inhibidores de la recaptura de serotonina, el principal efecto secundario de la mirtazapina es que promueve el sueño, y dentro del grupo de los atípicos, la trazadona y la mianserina producen como efecto secundario principal la sedación y estimulación del sueño por su gran efecto sedativo.

Los antidepresivos con efecto sedante que provocan sueño son útiles principalmente en los pacientes que tienen la asociación depresión e insomnio.

En lo referente a los antipsicóticos, la quetiapina y la olanzapina mejoran el insomnio primario, pero no se recomiendan como primera línea de tratamiento³⁰.

Respecto a los antihistamínicos, que tienen un efecto sedante y se venden libremente, no hay pruebas realizadas en adultos mayores; sin embargo su uso y lo relatado por los pacientes que los consumen es que sí funcionan por un periodo corto; el más conocido es la difenhidramina, sin embargo, la hidroxizina también es utilizada pero su vida media (más prolongada) puede provocar efectos secundarios (boca seca, retención urinaria, visión borrosa, estreñimiento).

La valeriana, es una planta de la que no se sabe cómo actúa con precisión, posiblemente es agonista GABAérgica o en receptores de HTP-5 y la adenosina, no ha demostrado efectividad, sin embargo, en algunas personas ayuda psicológicamente el saber que se está tomando algo.

La **tabla 3** muestra una lista de los medicamentos que hemos mencionado (que existen en Méxi-



co), sabemos que existen muchas otras sustancias frecuentemente utilizadas, como el alprazolam y el bromazepam (dentro de las benzodiacepinas); así como varios de los antidepresivos inhibidores de recaptura de la serotonina que también tienen cierto efecto somnífero –pero más como un efecto secundario–, como la paroxetina. De igual forma, pueden el facilitar el sueño los antipsicóticos haloperidol y risperidona, que suelen utilizarse para disminuir las alteraciones del delirium o de ansiedad dentro de cuadros sicóticos. No contamos con los estimuladores de receptores de melatonina (ramelteon) y no mencionamos otros antihistamínicos que de igual forma producen somnolencia debido a que en la literatura que consultamos no se mencionan³¹.

CONCLUSIÓN

El insomnio es un padecimiento frecuente, no solo en los adultos mayores, e involucra una gran cantidad de factores: fisiológicos, morbilidades, aspectos psicológicos, sociales o ambientales. El sueño es necesario para el mantenimiento cerebral, ya que se consolidan recuerdos y se produce la eliminación del amiloide, entre otras cosas; permite sentirse bien al día siguiente y no tener problemas de somnolencia, falta de atención, concentración o simplemente falta de deseo de realizar las actividades diarias.

Cuando se trate de personas adultas mayores habrá que considerar muchos otros factores: algunos

se quejan de no poder dormir bien, y realmente estamos ante el problema de ocupación del tiempo libre, ya que quieren dormir de 10 a 12 horas porque no tienen actividades o compañía; por lo tanto, hablar, educar y enseñar actividades que les den satisfacción puede ser la mejor terapia. El acostarse a las 8 de la noche y querer levantarse a las 9 de la mañana (dan un sinnúmero de pretextos: “es que hace frío”, “no veo bien y no puedo leer o ver televisión”, “es que la muchacha que me ayuda se va a las 8 y regresa al día siguiente...”) no es sano ni para el cuerpo ni para la mente; hay que convencer y ayudar a buscar alternativas, y no solo ofrecer la tableta para que duerma.

Las consecuencias de un mal manejo del verdadero insomnio o del “trastorno” que refieren tener puede llevar a consecuencias graves: caídas, alteraciones de la memoria, confusión, además de boca seca, estreñimiento, retención urinaria o incontinencia nocturna, deshidratación; los efectos medicamentosos propios de la droga de elección, sus interacciones con otros fármacos, así como la automedicación o polifarmacia del paciente adulto mayor requiere de un amplio conocimiento de farmacología.

Seamos conscientes de los problemas. Una buena historia clínica, la valoración geriátrica integral, un amplio sentido de humanidad y ética son la base para el manejo adecuado de cualquier persona por parte de un médico preparado. ●

REFERENCIAS

1. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ*. 2007;176(9):1299-304.
2. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders*. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
3. Shochat T, Umphress J, Israel AG, Ancoli-Israel S. Insomnia in primary care patients. *Sleep*. 1999;22 Suppl 2:S359.
4. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment. Prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:225.
5. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002;6:97.
6. Roepke SK, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Indian J Med Res*. 2010;131:302-10.
7. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: Cause, Approach and Treatment. *The American Journal of Medicine*. 2006;119:463-9.
8. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. 2007;30(2):213-8.
9. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, Argyropoulos SV, Baldwin DS, Bateson AN, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol*. 2010;24(11):1577-601.
10. National Institutes of Health. Final Statement from the NIH "State-of-the-Science Conference" on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. *J Clin Sleep Med*. 2005;1(4):412-21.
11. Shuttler-Rodin S, Broch L, Buisse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008;4:487-504.
12. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socioprofessional impact of insomnia. *Sleep*. 2002;25:625-9.
13. Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T, Alessi CA, Bailey D, Coleman J Jr, et al. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005. *Sleep*. 2005;28:499-521.
14. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and coding manual*. 2nd ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
15. Guilleminault C, Edridge FL, Dement WC. Insomnia with sleep apnea: a new syndrome. *Science*. 1973;181(4102):856-8.
16. Krakou B, Melendres D, Ferreira E, Clark J, Warner TD, Sisley B, Sklar D, et al. Prevalence of insomnia symptoms in patients with sleep-disordered breathing. *Chest*. 2001;120(6):1923-9.
17. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160-72.
18. Zisapel N. Circadian Rhythm Sleep Disorders: pathophysiology and potential approaches to management. *CNS Drugs*. 2001;15(4):311-28.
19. Brazilian Group of Study on the Restless Legs Syndrome. Restless legs syndrome. Diagnosis and treatment: opinion of Brazilian experts. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(3A):721-7.
20. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev*. 2003;7:215.
21. Chang AM, Aeschbach D, Duffy JF, Czeisler CA. Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2015;112:1232.
22. Hartescu I, Morgan K, Stevinson CD. Increased physical activity improves sleep and mood outcomes in inactive people with insomnia: a randomized controlled trial. *J Sleep Res*. 2015;24:526.
23. Tan X, Alén M, Wiklund P, et al. Effects of aerobic exercise on home-based sleep among overweight and obese men with chronic insomnia symptoms: a randomized controlled trial. *Sleep Med*. 2016;25:113.
24. Engle-Friedman M, Bootzin RR, Hazlewood L, Tsao C. An evaluation of behavioral treatments for insomnia in the older adult. *J Clin Psychol*. 1992;48:77.
25. Tsai HJ, Kuo TB, Lee GS, Yang CC. Efficacy of paced breathing for insomnia: enhances vagal activity and improves sleep quality. *Psychophysiology*. 2015;52:388.
26. Miller CB, Espie CA, Epstein DR, et al. The evidence base of sleep restriction therapy for treating insomnia disorder. *Sleep Med Rev*. 2014;18:415.
27. Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Guay B, Morin CM. Long-Term Maintenance of Therapeutic Gains Associated With Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia Delivered Alone or Combined With Zolpidem. *Sleep*. 2017;40.
28. McCall WV. Sleep in the elderly; Burden, diagnosis and treatment. *Prim care Companion. J Clin Psychiatry*. 2004;6(1):9-20.
29. Tom SE, Wickwire EM, Park Y, Albrecht JS. Nonbenzodiazepine Sedative Hypnotics and Risk of Fall-Related Injury. *Sleep*. 2016;39:1009.
30. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, et al. The Efficacy and Safety of Drug Treatments for Chronic Insomnia in Adults: A Meta-analysis of RCTs. *J Gen Inter Med*. 2007;22(9):1335-50.
31. Bonnet, MH, Arand DL, Benca R, Eichler AF. Treatment of insomnia in adults. Up to date. Literature review current through: May 2017. | This topic last updated: May 25, 2017. [Consultado: 14 de julio 2017]. Disponible en: https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/treatment-of-insomnia-in-adults?source=search_result&search=insomnio%20tratamiento%20adulto&selectedTitle=1-150