

Insomnio en adultos y ancianos: enfoque en atención primaria

Insomnia in adults and the elderly: focus on primary care

Lizeth X. Morales-Ceballos¹, Geovani López-Ortiz², Alberto J. Acosta-Bolívar³, Heider A. Bautista-Mier⁴,
Viviana A. Londoño-Morales⁴ y Jorge A. Sánchez-Duque⁵*

¹Grupo de Investigación Epidemiología, Salud y Violencia, Unidad de Epidemiología, Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia; ²Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; ³Unidad de Somnología, Departamento de Neurología, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá D.C., Colombia; ⁴Grupo de Investigación GeriaUNAL-Griego, Unidad de Geriatria, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia; ⁵Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad, Unidad de Medicina Familiar, Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia

RESUMEN: El insomnio es un trastorno prevalente con diferentes formas de presentación, configura un problema de salud pública global, vinculado a disminución en la productividad, mayor riesgo de morbilidad y efectos generalizados en la calidad de vida. El tratamiento de primera línea incluye control de comorbilidades, higiene del sueño y terapia cognitivo-conductual. La elección de medicamentos para el insomnio debe considerar el patrón del insomnio, así como el perfil mórbido del paciente. La recomendación de terapia farmacológica debe considerar protocolos de prescripción en ascenso gradual de la dosis, duración máxima de entre 4 y 12 semanas, y una estrategia de deprescripción y seguimiento. Los efectos nocivos del insomnio, así como su cronificación y refractariedad, se pueden prevenir en gran medida con intervenciones terapéuticas adecuadas. Se debe considerar la remisión a medicina especializada en casos de pobre respuesta a intervenciones multidominio de primera línea.

Palabras clave: Insomnio. Sueño. Trastornos de inicio y mantenimiento del sueño. Terapia cognitivo-conductual. Atención primaria de salud.

ABSTRACT: Insomnia is a prevalent disorder with different forms of presentation, which constitutes a global public health problem linked to decreased productivity, increased risk of morbidity and mortality, and generalized effects on quality of life. First-line treatment includes comorbidity management, sleep hygiene, and cognitive behavioral therapy. The choice of medications for insomnia should consider the pattern of insomnia as well as the comorbid profile of the patient. The recommendation for pharmacological therapy should consider a progressive dose increase, a duration from 4 to 12 weeks, and a deprescription and follow-up strategy. The harmful effects of insomnia, as well as its chronicity and refractoriness, can be prevented with appropriate therapeutic interventions. Referral to specialized medicine should be considered in cases of poor response to first-line multi-domain interventions.

Keywords: Insomnia. Sleep. Sleep initiation and maintenance disorders. Cognitive behavioral therapy. Primary health care.

*Correspondencia:
Jorge A. Sánchez-Duque
E-mail: jorandsanchez@utp.edu.co

Fecha de recepción: 23-05-2024
Fecha de aceptación: 06-09-2024

Disponible en internet: 18-10-2024
Rev Mex Med Fam. 2024;11:89-98
DOI: 10.24875/RMF.24000079

INTRODUCCIÓN

Dormir es una necesidad humana, similar a otras exigencias básicas como alimentarse y respirar^{1,2}. El término insomnio hace referencia a «la insatisfacción persistente en cantidad y/o calidad de sueño»^{2,3}, sin embargo, desde 1980 la visión del insomnio trascendió de un epifenómeno a un trastorno independiente que puede presentarse solo o de forma simultánea con otras afecciones médicas, con las cuales presenta complejas interacciones bidireccionales, especialmente con patologías psiquiátricas, cardiovasculares y neurocognitivas^{2,4-6}.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su quinta edición (DSM-5), y la Clasificación internacional de trastornos del sueño, en su tercera edición (ICSD-3), han propuesto ajustes importantes en la visión actual del insomnio⁷. Dos cambios relevantes incluyen el ajuste del umbral para establecer el diagnóstico de insomnio crónico que pasó de uno a tres meses, y en segundo lugar, la no distinción entre insomnio primario e insomnio secundario, puesto que aunque históricamente se asumía que el insomnio era un síntoma secundario a un trastorno primario que al ser resuelto mejora el patrón de sueño, la evidencia actual sugiere que además de la dificultad que implica determinar qué trastorno es la causa y cuál es la consecuencia, el insomnio se comporta como una condición independiente que predispone a la aparición de trastornos psiquiátricos, y además puede configurar un síntoma residual prevalente, el cual, en ausencia de tratamiento específico, predispone la exacerbación de patología psiquiátrica⁷.

El insomnio configura un estado hiperalerta complejo de abordar en atención primaria, por lo cual se hace necesario fomentar la aplicación regular de rutas integrales que simplifiquen recomendaciones basadas en la evidencia. Por esta razón, el objetivo de este manuscrito de actualidad

diagnóstica y terapéutica es construir una estrategia de abordaje práctica que simplifique el abordaje del insomnio en atención primaria.

EPIDEMIOLOGÍA

A pesar de su subdiagnóstico, la prevalencia de insomnio en población adulta varía del 10 al 40%^{5,8}, pudiendo ascender en población geriátrica hasta el 20-75%^{2,9}. Este trastorno, a menudo subtratado, presenta un riesgo significativo de cronificación, con persistencia de síntomas en el 31-86% de los casos después del primer año tras el diagnóstico formal, y en el 40-59% a los cinco años^{3,7}, lo que sugiere que al menos uno de cada cinco casos de insomnio agudo tiende a cronificarse, presentando fluctuaciones entre periodos de insomnio y remisión¹⁰.

Entre 1993 y 2015, el número de consultas médicas por insomnio en EE.UU. aumentó 11 veces, pasando de 800,000 a 9.4 millones. Entre el 30 y el 40% de los adultos norteamericanos han presentado síntomas de insomnio en algún momento¹⁰. La queja más frecuente es dificultad para mantener el sueño (61%), seguido de la dificultad para conciliar el sueño (42%) y el sueño no reparador (25%)^{7,10-12}. La mayor prevalencia de insomnio comienza en la adolescencia, y en mujeres durante la menopausia, con una prevalencia elevada en población de edad avanzada, con bajo nivel socioeconómico, problemas de salud o baja calidad de vida^{10,11}.

IMPACTO EN SALUD

Actualmente, algunas personas intentan reducir la duración de sueño al considerarlo como un «tiempo inútil»², sin embargo, en EE.UU. los costos indirectos asociados a la pérdida de productividad debida al insomnio se estiman anualmente entre 60 y 100 mil millones de dólares^{2,7,8}. El costo de gastos médicos en pacientes con insomnio en comparación con individuos sin insomnio es mayor⁷. El aumento de costos directos asociados en pacientes entre 18 y 64 años es

de \$934 dólares, mientras que en población de 65 años o más, el aumento es de \$1,143 dólares anuales^{7,8}. El insomnio es una pandemia ignorada que afecta a millones de personas, con numerosas implicaciones sociales, funcionales, económicas, de morbi-mortalidad y calidad de vida^{3-5,12-14}.

Un mal patrón de sueño condiciona una sensación de malestar físico, fatiga, baja energía o motivación durante el día, sensaciones corporales desagradables como ojos pesados, hipersensibilidad al ruido y/o a la luz, además de alteraciones del estado de ánimo como irritabilidad, reactividad emocional y reducción del optimismo y la autoestima^{7,8}. El insomnio causa una reducción en el rendimiento cognitivo, especialmente en atención, concentración y memoria, lo cual puede producir consecuencias generalizadas en diferentes aspectos de la vida diaria y condicionar una mala calidad de vida en general^{7,9}. El desempeño diario, particularmente a nivel laboral o académico, presenta una menor productividad debido a una mayor tendencia a llegar tarde, un riesgo mayor de presentar ausencias e incapacidades y mayor propensión a sufrir accidentes, percances o errores laborales^{7,10}. La falta de sueño se ha relacionado con malos resultados en enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, hipertensión y diabetes, lo cual parece estar relacionado con el aumento en la secreción de cortisol y sustancias proinflamatorias. En contraparte, su relación con patologías mentales, como depresión, ansiedad, abuso de sustancias y riesgo de suicidio se exacerban ante la cronificación de factores psicofisiológicos equivocados como la tendencia a rumiar mentalmente los problemas y el condicionamiento negativo frente al sueño (miedo, preocupación)⁷⁻¹⁰. Algunos estudios sugieren que el insomnio presenta una carga de enfermedad mayor en pérdida anual de años de vida ajustados por calidad que otras afecciones médicas y psiquiátricas como la hipertensión y la depresión^{10,12,14}.

DIAGNÓSTICO

Para un correcto diagnóstico y caracterización del patrón y perfil de insomnio, se debe estandarizar el proceso de recopilación de información sobre las quejas del sueño¹¹. Durante el interrogatorio dirigido se debe establecer el tipo, duración y frecuencia de insomnio, estilos de vida, hábitos de sueño, factores desencadenantes y comorbilidades (con sus respectivos tratamientos), así como las observaciones del compañero de cama si está presente¹¹. El diagnóstico del insomnio es clínico y, como estrategia para simplificar su diagnóstico, se sugiere evaluar tres dominios: síntomas nocturnos, síntomas diurnos y duración^{4,8-10}.

Los síntomas nocturnos hacen referencia a dificultad para conciliar el sueño (más de 30 minutos de latencia), mantener el sueño (despertares de al menos 30 minutos), y/o despertarse antes de lo deseado (al menos 30 minutos antes de la hora prevista). Los síntomas diurnos hacen referencia a fatiga, somnolencia diurna, problemas de atención, concentración o memoria, reducción de la motivación (energía, iniciativa), alteración del estado de ánimo, problemas de conducta (irritabilidad, impulsividad, hiperactividad) y deterioro del rendimiento en general (social, familiar, laboral o académico)^{1,4,8}. Para el componente de duración, se considera la persistencia de síntomas nocturnos y diurnos durante al menos tres días a la semana por tres meses^{4,9,10,12} (Fig. 1). Sin embargo, se recomienda la instauración oportuna de intervenciones multidominio ante la presencia de síntomas diurnos y nocturnos que causen quejas subjetivas importantes o cuando se determine una clasificación de gravedad de moderada a grave para prevenir el riesgo de cronificación y refractariedad^{4,5,12}.

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

Una vez establecido el diagnóstico de insomnio, se utilizan instrumentos que permiten estimar subjetivamente la gravedad de este, además de servir como estrategia de

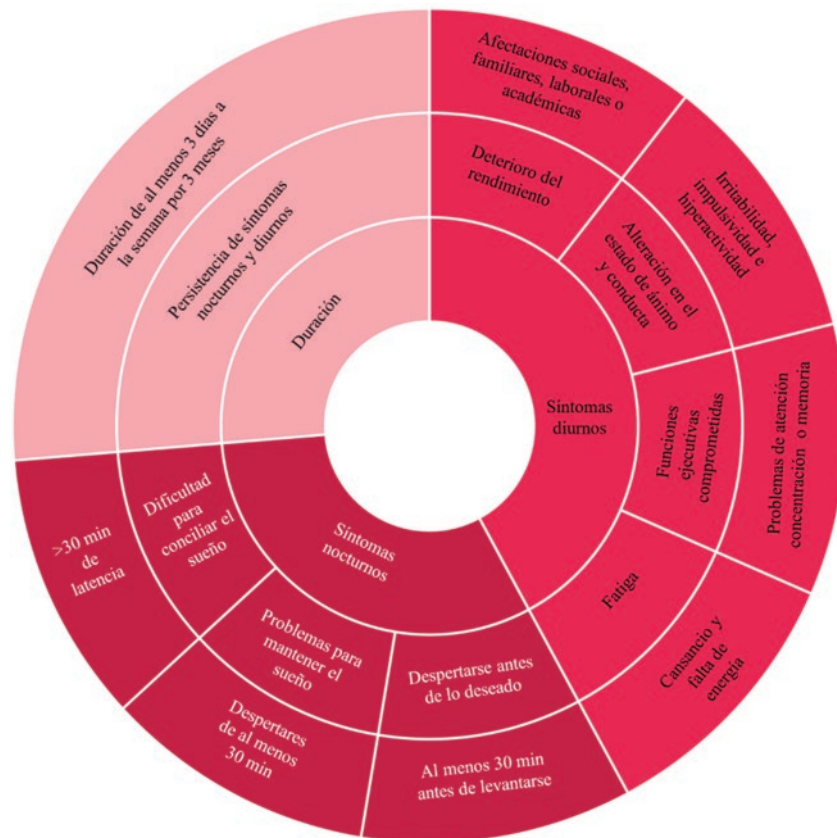


Figura 1. Rueda multidominio para el diagnóstico de insomnio.

seguimiento^{10,12,14}. Los diarios de sueño corresponden a un método de evaluación que requiere de registro diario por un periodo de 7 a 14 días, preferiblemente durante la primera hora después de despertar^{4,10,15}. Algunas de las escalas disponibles y validadas para su uso en español son el índice de severidad del insomnio (ISI) y el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)^{1,4,16-18}.

El ISI es una escala compuesta de cinco preguntas, con una puntuación global que oscila de 0 a 28 puntos. Para su interpretación, puntuaciones entre 0 y 7 indican ausencia de insomnio clínico, puntuaciones entre 8 y 14 sugieren insomnio subclínico/leve, puntuaciones entre 15 y 21 corresponden a insomnio moderado y, finalmente, puntuaciones de 22 puntos o más establecen la presencia de insomnio clínico grave^{1,4}. El PSQI es una escala compuesta por 24 preguntas repartidas en siete dimensiones. La puntuación para cada dimensión oscila entre 0 y 3, y la puntuación global oscila entre 0

y 21 puntos. Para su interpretación, puntuaciones de 0 a 4 puntos indican ausencia de insomnio, puntuaciones entre 5 y 7 sugieren insomnio subclínico/leve, puntuaciones entre 8 y 14 corresponden a insomnio moderado y, finalmente, puntuaciones de 15 puntos o más establecen la presencia de insomnio clínico grave^{1,4,19,20}.

También suelen utilizarse otras herramientas como el cuestionario de evaluación global del sueño o la escala de somnolencia de Epworth¹, así como la versión de dos ítems del ISI, útil para monitorización y seguimiento semanal durante fases iniciales del manejo⁴.

En aquellos casos donde la detección de un patrón y un perfil específico sea difícil, ante la limitada respuesta a terapias iniciales o ante sospecha de patología subyacente, los pacientes pueden beneficiarse de estudios complementarios como el caso de la polisomnografía nocturna, con la cual se analizan variables neurofisiológicas y

cardiorrespiratorias para un mejor abordaje del paciente con insomnio. Las investigaciones complementarias no deben realizarse de forma sistemática y deben estar orientadas a responder preguntas clínicas, descartar patologías asociadas y orientar con precisión el perfil y el patrón de insomnio con miras al mejor plan terapéutico disponible. Por lo cual es necesario que el médico de atención primaria discrimine parámetros usuales dentro de la normalidad (eficiencia del sueño > 85%, latencia del sueño < 30 minutos, índice de microdespertares < 10, índice apnea-hipopnea < 5) de aquellos con algún grado de alteración que ameritan conductas adicionales o remisión a medicina especializada¹⁹⁻²³.

FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDADES

Dentro del abordaje del paciente con quejas de insomnio, se debe evaluar la presencia de factores de riesgo a nivel social, familiar, laboral y/o académicos, así como la coexistencia de trastornos mentales, neurológicos, orgánicos y el abuso de sustancias, los cuales pueden ser determinantes para establecer tipo y duración de la terapia específica⁴.

Los factores de riesgo asociados a insomnio han sido explicados según el modelo de las «3 P» propuesto por Spielman, el cual los clasifica en tres categorías: 1) predisponentes; 2) precipitantes, y 3) perpetuadores^{4,23}. Dentro de los factores predisponentes se incluye el antecedente heredofamiliar (genético), edad avanzada, sexo femenino, rasgos de personalidad, mayor nivel de estrés percibido y abuso de sustancias^{4,23}. Dentro de los factores precipitantes se incluye la presencia de acontecimientos vitales estresantes, enfermedades médicas, uso de medicamentos como esteroides y factores ambientales. En cuanto a los factores perpetuadores se incluye el desarrollo de hábitos y respuestas desadaptativas, como las siestas durante el día, preocupación por el mal patrón de sueño o la revisión recurrente del reloj durante la noche⁴.

Es necesaria la búsqueda de comorbilidades y la optimización de su manejo, dentro

de las cuales se incluyen patologías psiquiátricas (trastornos afectivos, delirantes o por consumo de sustancias), trastornos neurológicos (enfermedad cerebrovascular, lesión cerebral traumática, epilepsia, migraña o enfermedad de Parkinson) o enfermedades cardiovasculares (diabetes, hipertensión, obesidad), entre otras^{3-5,12,14}.

En casos de sospecha de comorbilidad con otros trastornos del sueño como el síndrome de piernas inquietas, o el solapamiento con la apnea obstructiva del sueño, recientemente denominada COMISA, en pacientes con insomnio refractario a la terapia cognitiva conductual (TCC) y farmacológica, o en casos de alto riesgo de sufrir accidentes relacionados con los síntomas diurnos como el caso de conductores públicos, los pacientes pueden beneficiarse de pruebas complementarias como la polisomnografía o actigrafía^{4,8,12}.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

El médico de atención primaria deberá personalizar la intervención multidominio, incluyendo el control de factores de riesgo y comorbilidades, indicando medidas no farmacológicas como primera línea (higiene del sueño, TCC, ejercicio, atención plena, meditación y yoga), reservando el uso de terapias farmacológicas para una segunda línea de manejo, o como coadyuvancia según consideración clínica^{4,5,12}. Estadios leves ameritan educación y seguimiento multidisciplinario que incluye TCC multicomponente para insomnio (TCC-I) guiada por psicología; estadios moderados pueden beneficiarse de adicionar manejo farmacológico guiado por patrón y perfil de insomnio y seguimiento mensual para evaluar respuesta; mientras que estadios graves, especialmente en ausencia de adecuada respuesta a terapias de primera línea, pueden beneficiarse de remisión temprana a medicina especializada según disponibilidad, con o sin estudios complementarios, según cada caso^{19,20}.

Medidas no farmacológicas

Las medidas no farmacológicas constituyen la piedra angular del tratamiento, y se recomienda su aplicación desde antes del inicio de la farmacoterapia. Desde la primera valoración, el médico de atención primaria debe educar a pacientes y cuidadores en higiene del sueño; esta incluye medidas generales como levantarse todos los días a la misma hora; evitar dormir durante el día; evitar el consumo de comidas copiosas, alcohol, cafeína, té o gaseosas (especialmente llegando la noche); realizar actividad física de moderada intensidad y prácticas de meditación; evitar discusiones interpersonales, y mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ruido, luz, entre otras)^{1,2,12}.

Dado que la higiene del sueño no se recomienda como una forma aislada de intervención¹², de forma simultánea se debe derivar a psicología, dado que la primera línea de manejo no farmacológico del insomnio es la TCC-I. Esta terapia consta de cuatro a ocho sesiones, con una duración promedio de 60-90 minutos, que pueden ser presenciales o virtuales, individuales o grupales. Por medio de técnicas educativas, cognitivas y conductuales se logra modificar pensamientos, creencias, emociones y hábitos, mejorando así la cantidad y calidad del sueño debido a su impacto en latencia, número de despertares y eficiencia del sueño^{8,12}.

Otras estrategias no farmacológicas que pueden ser consideradas por el médico de atención primaria o el profesional en psicología incluyen terapia de aceptación y compromiso, atención plena (*mindfulness*), biorretroalimentación, meditación y yoga, sin embargo su limitación se encuentra en la baja disponibilidad de profesionales entrenados y las altas tasas de abandono^{4,12}, además de resultados inconsistentes, por lo cual su recomendación se encuentra en debate^{4,12}, al igual que el caso del ejercicio físico (principalmente aeróbico)^{6,12} y el consumo de valeriana¹³.

Las intervenciones multicomponente para insomnio pueden presentar una contraindicación relativa en población geriátrica con trastorno neurocognitivo mayor avanzado, fragilidad grave u otras patologías en fase terminal³⁻⁵, así como en pacientes con afecciones psiquiátricas o neurológicas predispuestas a episodios de manía/hipomanía o convulsiones, y en trabajadores por turnos o de alto riesgo como operadores y conductores de máquinas^{4,12}.

Terapia cognitivo-conductual para insomnio

La TCC-I se ha recomendado en guías de práctica clínica como primera línea para manejo de insomnio crónico. Su beneficio ha sido comparable con benzodiazepinas e hipnóticos Z, con menor riesgo de eventos adversos y una duración mayor del beneficio. La TCC-I tiene dos componentes, uno cognitivo y uno conductual. La terapia cognitiva detecta mitos y creencias negativas establecidas que se encuentran perpetuando el insomnio, y mediante expectativas realistas, busca reemplazarlas por hechos y pensamientos positivos. La terapia conductual busca romper una conexión desadaptativa establecida entre irse a dormir y el estado de hiperactivación mediante la restricción de sueño diurna, el control de estímulos nocturnos y la relajación muscular progresiva, logrando eliminar la asociación entre estar en la cama y los aspectos negativos del insomnio. La TCC-I se acompaña de un riesgo latente de aumentar inicialmente la somnolencia diurna, razón por la cual su uso en pacientes con apnea del sueño no tratada, trastornos convulsivos o trastorno afectivo bipolar se encuentra limitado¹⁰. Por lo anterior, es necesario el trabajo interdisciplinario del médico de atención primaria no solo con psicología, sino también con terapia ocupacional y enfermería, para garantizar la adherencia y cumplimiento de intervenciones no farmacológicas¹⁰.

Intervenciones farmacológicas

La prescripción farmacológica debe considerar el patrón del síntoma y el perfil comorbilidad del paciente, buscando iniciar una terapia a la dosis más baja posible que impacte de forma simultánea en diferentes dominios^{1,4,12}.

Dado que los pacientes con insomnio frecuentemente presentan comorbilidades psiquiátricas como depresión y ansiedad, dos de los inductores de sueño más usados son la mirtazapina y la trazodona, los cuales, además, también son útiles en casos de ansiedad leve a moderada, sin embargo en casos de ansiedad grave se deberá considerar un ciclo corto de benzodiazepinas de corta acción. En pacientes con trastorno afectivo bipolar, psicosis o delirios, puede considerarse la opción de utilizar quetiapina y levomepromazina. En pacientes con insomnio en contexto de consumo de sustancias, convulsiones o dolor neuropático, la opción debe ser la pregabalina o la gabapentina. En caso de migraña, se considera amitriptilina. En caso de no presentar un perfil comórbido específico, los agonistas de melatonina y los antagonistas de orexina pueden considerarse como primera línea. El médico de atención primaria deberá iniciar terapias farmacológicas a la dosis más bajas efectivas posibles, ascendiendo progresivamente preferentemente a dosis intermedias, e idealmente no se debe llegar a dosis máximas, especialmente en casos de no adecuada respuesta a dosis bajas. La evaluación de la respuesta a la terapia farmacológica inicial se debe establecer durante las primeras 2 a 4 semanas de instaurada la medicación, tiempo en el cual según la respuesta clínica, se decidirá si instaurar una estrategia de deprescripción en caso de adecuada respuesta, o avanzar a una segunda línea de manejo en caso de fracaso terapéutico, en la cual se recomienda el uso de somníferos tipo Z, y remisión a medicina especializada

(somnología, neurología, psiquiatría, geriatría o medicina familiar) con o sin estudios complementarios^{1,4,5,24,25}. Las características farmacológicas más importantes de las terapias utilizadas para el insomnio se encuentran disponibles en la tabla 1^{3,8,15,24,26}.

La combinación de TCC-I con tratamiento farmacológico es superior a cualquiera de las dos terapias de forma aislada, sin embargo iniciar un tratamiento secuencial, comenzando con terapia conductual y posteriormente la terapia farmacológica, parece lograr una mayor adherencia a la terapia global, mejor porcentaje de respuesta y una remisión a largo plazo superior^{4,27}. Algunos casos, como el de pacientes con insomnio de larga duración no tratado y con riesgo de cronificación, así como aquellos en los que se evidencia un tiempo de sueño total bajo (< 6 horas en población general y < 5 horas en población geriátrica), se benefician de una terapia combinada desde el inicio^{4,5,27}.

POLIFARMACIA Y PREVENCIÓN CUATERNARIA

Los medicamentos son el principal recurso terapéutico empleado en atención primaria, por ello, para conservar la efectividad y seguridad de cada terapia, se debe prevenir la polifarmacia inapropiada, incluyendo aquella sin indicación médica o considerada naturista²⁷⁻³⁰. En pacientes con insomnio siempre se debe evaluar el consumo de estimulantes (café, té, chocolate y refrescos de cola), antihipertensivos (antagonistas del calcio, alfa y betabloqueantes), broncodilatadores (teofilina y salbutamol), esteroides, antidepresivos (fluoxetina, bupropión, venlafaxina) y el consumo de tabaco para considerar su deprescripción como estrategia de prevención cuaternaria³¹⁻³⁴. La prevención del insomnio mediante estilos de vida saludables y control de factores de riesgo, configura una intervención que requiere un mayor número de investigaciones³⁵⁻³⁷.

Tabla 1. Características farmacológicas de medicación utilizada para manejo del insomnio guiado por perfil en atención primaria

Fármacos	Dosis inicial	Dosis máxima	Posología en adultos mayores	Efectos adversos	Deprescripción
Benzodiazepinas					La suspensión puede ser inmediata; en casos de prescripción prolongada, se considera instaurar una deprescripción gradual del 25% cada 2 semanas
Triazolam	0.125 mg	0.5 mg	0.25 mg	Mareo, somnolencia, caídas	
Alprazolam	0.125 mg	0.5 mg	0.25 mg		
Lorazepam	0.5 mg	2 mg	*		
Clonazepam		0.25 mg	*		
Medicamentos Z					No usar en pacientes con parasomnias
Zolpidem	5 mg	10 mg	5 mg*		
Zopiclona	3.75 mg	7.5 mg	3.75 mg		
Eszopiclona	1 mg	3 mg	2 mg - *		
Agonista de los receptores de melatonina					
Melatonina	2 mg	10 mg	8 mg	Pesadillas, cefalea	50% cada semana, suspender en 2 semanas
Ramelteon	4 mg	8 mg		Mareo, somnolencia	
Antagonista de los receptores de orexina					
Suvorexant	10 mg	20 mg	10 mg	Somnolencia, mareo, problemas de coordinación	50% cada semana, suspender en 2 semanas
Antidepresivos					
Amitriptilina	10 a 25 mg	50 mg	*	Hipotensión, disminución libido, retención urinaria, constipación, somnolencia, caídas	25% cada 1-2 semanas, suspender en 1 a 2 meses
Mirtazapina	7.5 a 15 mg	30 mg	30 mg	Aumento de peso	
Trazodona	25 mg	100 mg	50 mg	Hipotensión, sudoración, arritmias	
Gabapentoides					
Pregabalina	25 mg	75 mg	25 mg	Aumento de peso, alteración del estado de ánimo, ideación suicida	50% cada semana, suspender en 2 semanas
Gabapentina	150 mg	300 mg	150 mg		
Antihistamínicos					
Difenhidramina	25 mg	50 mg	*	Sedación, mareos, visión borrosa	La suspensión puede ser inmediata
Hidroxicina	25 mg	50 mg	*		
Clorfeniramina	2 mg	8 mg	4 mg		
Antipsicóticos					
Quetiapina	12.5 mg	100 mg	25 mg - *	Sedación, mareos, aumento de peso, ideación suicida	25% de la dosis cada 2 semanas, suspender a los 2 meses
Levomepromazina	5 mg	25 mg	*		

*Evitar.

CONCLUSIONES

El insomnio es un trastorno prevalente de diagnóstico clínico que requiere el control de factores de riesgo y comorbilidades. Es necesario establecer una intervención multidisciplinaria (educación en higiene del sueño y TCC-I) y considerar terapia farmacológica como coadyuvante o en secuencia a intervenciones no farmacológicas para garantizar la adherencia, lograr un mayor porcentaje de respuesta y una remisión a largo plazo superior. El mundo se enfrenta a la pandemia ignorada del insomnio, lo cual hace necesario reflexionar sobre la preparación de los servicios de atención primaria en salud para abordar y gestionar este enorme problema de salud. Es imprescindible ofrecer entrenamiento en rutas integrales simplificadas de atención para el insomnio en los servicios de atención primaria, lo cual constituye una llamada urgente a la medicina familiar.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, los autores han reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial

generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paul AM, Salas RE. Insomnia. *Prim Care*. 2024;51(2):299-310.
2. San L, Arranz B. The night and day challenge of sleep disorders and insomnia: a narrative review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2024;52(1):45-56.
3. De Crescenzo F, D'Alò GL, Ostinelli EG, Ciabattini M, Di Franco V, Watanabe N, et al. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2022;400(10347):170-84.
4. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res*. 2023;32(6):e14035.
5. Shaha DP. Insomnia management: a review and update. *J Fam Pract*. 2023;72(6 Suppl):S31-S36.
6. Tian C, Wei Y, Xu M, Liu J, Tong B, Ning J, et al. The effects of exercise on insomnia disorders: An umbrella review and network meta-analysis. *Sleep Med*. 2024;115:66-75.
7. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of insomnia: prevalence, course, risk factors, and public health burden. *Sleep Med Clin*. 2022;17(2):173-91.
8. Naha S, Sivaraman M, Sahota P. Insomnia: a current review. *Mo Med*. 2024;121(1):44-51.
9. Endomba FT, Tchegbena PY, Chiabi E, Angong Wouna DL, Guillet C, Chauvet-Gélinier JC. Epidemiology of insomnia disorder in older persons according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eur Geriatr Med*. 2023;14(6):1261-1272.
10. Dopheide JA. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *Am J Manag Care*. 2020;26(4 Suppl):S76-S84.
11. Jaramillo-Toro C, Martínez JW, Gómez-González JF, Mesa-Parra T, Otálvaro S, Sánchez-Duque JA. Sintomatología depresiva en una población universitaria de Colombia: Prevalencia, factores relacionados y validación de dos instrumentos para tamizaje. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2018;56(1):18-27.
12. Drager LF, Assis M, Bacelar AFR, Poyares DLR, Conway SG, Pires GN, et al. 2023 Guidelines on the diagnosis and treatment of insomnia in adults - Brazilian Sleep Association. *Sleep Sci*. 2023;16(Suppl 2):507-49.
13. Valente V, Machado D, Jorge S, Drake CL, Marques DR. Does valerian work for insomnia? An umbrella review of the evidence. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2024;82:6-28.
14. Holler E, Du Y, Barboi C, Owora A. Prognostic models for predicting insomnia treatment outcomes: A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2024;170:147-57.
15. Chiu HY, Lee HC, Liu JW, Hua SJ, Chen PY, Tsai PS, et al. Comparative efficacy and safety of hypnotics for insomnia in older adults: a systematic review and network meta-analysis. *Sleep*. 2021;44(5):zsaa260.
16. Cerri LQ, Justo MC, Clemente V, Gomes AA, Pereira AS, Marques DR. Insomnia Severity Index: A reliability generalisation meta-analysis. *J Sleep Res*. 2023;32(4):e13835.
17. AlRasheed MM, Fekih-Romdhane F, Jahrami H, Pires GN, Saif Z, Alenezi AF, et al. The prevalence and severity of insomnia symptoms during COVID-19: A global systematic review and individual participant data meta-analysis. *Sleep Med*. 2022;100:7-23.
18. Manzar MD, Jahrami HA, Bahammam AS. Structural validity of the Insomnia Severity Index: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2021;60:101531.
19. Álvarez DA, Berrozpe EC, Castellino LG, González LA, Lucero CB, Maggi SC, et al. Insomnio: actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurología Argentina*. 2016;8(3):201-9.
20. Contreras A, Pérez C. Insomnio, en busca del tratamiento ideal: fármacos y medidas no farmacológicas. *Rev Med Clin Condes*. 2021;32(5):591-602.
21. Frase L, Nissen C, Spiegelhalder K, Feige B. The importance and limitations of polysomnography in insomnia disorder-a critical appraisal. *J Sleep Res*. 2023;32(6):e14036.
22. Svetnik V, Snyder ES, Tao P, Roth T, Lines C, Herring WJ. How well can a large number of polysomnography sleep measures predict subjective sleep quality in insomnia patients? *Sleep Med*. 2020;67:137-46.
23. Withrow D, Roth T, Koshorek G, Roehrs T. Relation between ambulatory actigraphy and laboratory polysomnography in insomnia practice and research. *J Sleep Res*. 2019;28(4):e12854.

24. Sys J, van Cleynenbreugel S, Deschodt M, van der Linden L, Tournoy J. Efficacy and safety of non-benzodiazepine and non-Z-drug hypnotic medication for insomnia in older people: a systematic literature review. *Eur J Clin Pharmacol.* 2020;76(3):363-81.
25. Marín-Medina DS, Escobar-Sepúlveda N, Sánchez-Duque JA. Neurofobia: un desafío para la educación médica. *Educación Médica* [Internet]. 2024;25(6). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2024.100960>
26. Scharner V, Hasieber L, Sönnichsen A, Mann E. Efficacy and safety of Z-substances in the management of insomnia in older adults: a systematic review for the development of recommendations to reduce potentially inappropriate prescribing. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):87.
27. Morin CM, Buysse DJ. Management of insomnia. *N Engl J Med.* 2024;391(3):247-58.
28. Fornaro M, Calazza C, De Simone G, Rossano F, de Bartolomeis A. Insomnia and related mental health conditions: Essential neurobiological underpinnings towards reduced polypharmacy utilization rates. *Sleep Med.* 2024;113:198-214.
29. Sánchez-Duque JA, Perilla-Orozco DM, Herrera-Guerrero JA, García-Ruiz GV. Polypharmacy and deprescribing in geriatric care. *Rev Clin Esp (Barc).* 2023;223(5):325-6.
30. Kitamura T, Miyazaki S, Sulaiman HB, Akaike R, Ito Y, Suzuki H. Insomnia and obstructive sleep apnea as potential triggers of dementia: is personalized prediction and prevention of the pathological cascade applicable? *EPMA J.* 2020;11(3):355-65.
31. Solarte-Adrada W, Preciado-Casierra CJ, Galvis-Acevedo S, Sánchez-Duque JA. Determinantes psicosociales y adherencia farmacológica en pacientes geriátricos. *Aten Fam.* 2022;29(2):126-9.
32. Shi X, Chen L, Li W, Wang R. Research progress in the prevention and treatment of insomnia with classical prescriptions. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2023;48(10):1494-505.
33. Galvis-Acevedo S, Suarez-Orozco L, Blanco-Betancur M, Sánchez-Duque JA. Medicina familiar durante y después de la COVID-19. *Aten Fam.* 2021;28(4):280-3.
34. Meira E, Cruz M. Comorbid insomnia and sleep apnea: COMISA. *Dent Clin North Am.* 2024;68(3):455-66.
35. Arnison T. Prevention is better than cure: why early interventions for insomnia and chronic pain during adolescence should be a priority. *Front Psychol.* 2023;14:1206977.
36. Paul AM, Salas RE. Insomnia. *Prim Care.* 2024;51(2):299-310.
37. Naha S, Sivaraman M, Sahota P. Insomnia: a current review. *Mo Med.* 2024;121(1):44-51.