

4

Estudio descriptivo sobre el tratamiento del insomnio en Atención Primaria de Salud en mujeres de un núcleo rural

Herminia Ortiz Ferrer
y M^a Montserrat Sánchez Ortuño

Introducción

El insomnio consiste en la sensación subjetiva de malestar respecto a la duración y/o la calidad del sueño. La persona que sufre insomnio percibe su sueño como insuficiente y/o no reparador y manifiesta dificultades en su funcionamiento diario^{1 y 2}.

Con respecto a la clasificación de los distintos “tipos” de insomnio, se suelen considerar tres características: intensidad, duración y naturaleza. Su identificación en cada caso permite poner de manifiesto aspectos importantes del sueño que facilitan el diagnóstico y que contribuyen a establecer un pronóstico y un tratamiento adecuado en cada caso. La intensidad (leve, moderada o grave) hace referencia a la repercusión del insomnio en la vida cotidiana del paciente en todas las esferas y no tanto al número de horas dormidas o quejas subjetivas del paciente³. La duración del insomnio (transitorio, 2-3 días, de corta duración, < 1 mes, y de larga duración, > 1 mes) es fundamental para una correcta evaluación y orientación terapéutica; para algunos autores el insomnio de larga duración es el “verdadero insomnio” y supone un importante problema sanitario¹. Y en tercer lugar atendiendo a la naturaleza del insomnio éste puede ser de conciliación, de mantenimiento y despertar precoz,

que es el más frecuente en ancianos y en algunos trastornos mentales, tales como la depresión¹.

Para realizar una correcta valoración y diagnóstico del insomnio hay que considerar si el paciente presenta alguna de las causas más frecuentes de insomnio: enfermedades crónicas, problemas psiquiátricos, consumo de psicofármacos, estrés, abuso o dependencia de tóxicos, acontecimientos vitales, factores ambientales inadecuados, ruptura del ritmo circadiano u otras alteraciones del sueño⁴. Es importante realizar una anamnesis completa (médica, psiquiátrica y farmacológica) así como indagar en las características del sueño y los aspectos psicosociales del paciente; todo lo cual revelará información para establecer el diagnóstico del problema así como ayudar a implantar el tratamiento. Un dato importante es la información que puede aportar la persona que convive con el sujeto a la hora de describir el sueño y la afectación del insomnio en el paciente¹.

De los factores que más se han relacionado con el insomnio han sido el sexo y la edad. El insomnio se asocia con el sexo femenino hasta en una proporción de 3 a 1 con respecto al varón⁵ y en cuanto a la edad, estudios epidemiológicos señalan que es más frecuente en personas mayores¹, pero si descartamos el insomnio secundario, la institucionalización del anciano y las demencias, todos claramente relacionados con la edad, resultaría que la incidencia del insomnio primario probablemente no sería mayor que en el paciente joven o adulto.

El tratamiento que con más frecuencia se utiliza para el insomnio son los fármacos. Existen distintos tipos de fármacos: benzodiazepinas, análogos de las benzodiazepinas, antidepresivos y antihistamínicos. De ellos los más utilizados son las **benzodiazepinas** (BZD)¹.

Actualmente, los **análogos de las benzodiazepinas**, tales como el zolpidem y la zopiclona, están aumentando su uso en el tratamiento del insomnio por su eficacia, por presentar en una proporción mucho más baja que las benzodiazepinas problemas psicomotores al despertar, de retirada y de dependencia y por producir un perfil de sueño mucho más parecido al sueño fisiológico. Todo ello cuando se utilizan a las dosis recomendadas, debiendo reducir a la mitad la dosis en los ancianos⁶. Puesto que el zolpidem es un fármaco de vida media ultracorta estaría más indicado en el tratamiento del insomnio de conciliación y la zopiclona, al ser de vida media corta-intermedia, se suele indicar para tratar el insomnio de mantenimiento, presentando más efectos sobre la función psicomotora que zolpidem².

Ciertos **antidepresivos** (como amitriptilina, trazodona, mirtazapina o doxepina), utilizados a dosis más bajas de lo habitual en el tratamiento de la depresión, han mostrado su utilidad para revertir ciertos problemas de mantenimiento del sueño, mejorando su continuidad (disminuyendo el número y la duración de los despertares) incrementando tanto el tiempo total de sueño como, como el empleado en las fases no REM del mismo³.

En ocasiones se ha recurrido al efecto inductor del sueño de los **antihistamínicos** para justificar su uso para tal fin, pero cuentan con una experiencia limitada, son menos eficaces que las BZD, producen somnolencia diurna, desarrollo de tolerancia y efectos adversos anticolinérgicos¹; todo ello hace que su uso sea muy limitado.

Además de los fármacos, existen otros tratamientos de tipo no farmacológico para el insomnio. El tratamiento no farmacológico para el insomnio, cuya eficacia está avalada por numerosos estudios de investigación, es el tratamiento cognitivo conductual (TCC)^{7 y 8}.

El TCC es un tratamiento multicomponente que engloba diversas técnicas, tales como la relajación, el control de estímulos, la restricción del tiempo en cama, técnicas cognitivas y educación en higiene del sueño, fundamentalmente.

Las **técnicas de relajación** para el tratamiento del insomnio parten de la premisa de que el estrés, la ansiedad o el exceso de activación interfieren con el sueño. Por lo tanto la relajación muscular, imaginación, meditación, detención del pensamiento e hipnosis son algunas de las técnicas utilizadas con la finalidad de reducir la activación cuando se acerca la hora de irse a la cama.

La técnica del **control de estímulos** se basa en la idea de que el insomnio es el resultado de un condicionamiento inadecuado, de tal manera que los estímulos que anteriormente favorecían el sueño (el dormitorio, la cama) ahora se asocian con vigilia, frustración y activación. Para “descondicionar” la cama y el dormitorio, se propone al sujeto que realice una serie de actividades, tales como irse a la cama sólo cuando tenga sueño, usar la cama y el dormitorio sólo para dormir o para la actividad sexual, y no para otras actividades como comer o ver la televisión, por ejemplo, levantarse de la cama y abandonar el dormitorio si no se puede conciliar el sueño, volviendo a la cama sólo cuando se tenga sueño, repitiendo esto tantas veces como sea ne-

cesario. Finalmente, se pide al sujeto que se levante por la mañana siempre a la misma hora, independientemente de lo que se haya dormido la noche anterior, con el objetivo de regular el ritmo sueño-vigilia⁹.

La técnica de la **restricción del tiempo en cama** persigue restringir el tiempo que el sujeto pasa en la cama sólo al tiempo real de sueño del sujeto. El objetivo es inducir una pequeña privación de sueño en el sujeto, que le ayudará a dormir mejor en noches siguientes¹⁰. Uno de los efectos secundarios de esta técnica es la aparición o aumento somnolencia diurna.

El objetivo de la **terapia cognitiva** es cortar el círculo vicioso del insomnio (angustia emocional, cogniciones disfuncionales y posteriores problemas del sueño). Así pues, la terapia cognitiva implica, pues, identificar las cogniciones disfuncionales sobre el sueño específicas para cada paciente, desafiando su validez, y reemplazarlas por pensamientos más adaptativos mediante el uso de técnicas de reestructuración cognitiva, por ejemplo¹¹.

Por último, la **educación en higiene del sueño**, comprende una serie de instrucciones generales relacionadas con la dieta, el ejercicio o el estilo de vida que podrían interferir de forma negativa con el inicio o el mantenimiento del sueño. Estas medidas incluyen, entre otras realizar ejercicio suave y no cerca de la hora de acostarse, evitar sustancias tales como el alcohol, el tabaco y la cafeína, cenar poco y no muy cerca de la hora de irse a la cama, mejorar las condiciones ambientales en las que se produce el sueño, tales como la temperatura, ruido, luz en el dormitorio¹¹.

Algunos estudios señalan que muchos pacientes prefieren el TCC sobre los fármacos a la hora de tratar su insomnio⁴. A pesar de ello, la TCC no tiene calado en los contextos clínicos a los que habitualmente acuden buscando tratamiento los pacientes que sufren insomnio, tales como las consultas de atención primaria de salud¹². El hecho de que la TCC no sea una alternativa al uso de fármacos en la práctica clínica habitual se debe, en primer lugar, a la escasez de profesionales con la formación específica para administrar este tratamiento⁸. Otro factor, no menos importante, se relaciona con el coste asociado a la administración del tratamiento. De hecho, mientras que la prescripción de fármacos se puede realizar en una sola consulta, la administración de la TCC requiere una inversión de tiempo por paciente considerablemente superior. Aunque los estudios en los que se utiliza TCC varían ligeramente en el número de sesiones empleadas, el procedimiento

estándar de TCC suele incluir de 4 a 6 sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una. Esta inversión de tiempo por paciente hace que sea difícil la utilización de este tratamiento en consultas médicas de atención primaria, puesto que el tiempo destinado al encuentro clínico con cada paciente está muy limitado.

En este estudio, dentro del marco del Máster en Salud, Mujer y Cuidados de la Universidad de Murcia, nos planteamos la necesidad de explorar el tipo de tratamiento que se administra a las mujeres con diagnóstico de insomnio en atención primaria de salud. Este será nuestro punto de partida para desarrollar, en un futuro, estrategias de intervención para el insomnio que traten de mejorar los posibles “déficits” en los cuidados que reciben las mujeres para tratar su problema de insomnio.

Para explorar esta situación, utilizamos los registros de un Centro de Atención Primaria de Salud ubicado en pequeño núcleo rural, Torremendo, un pueblo situado en la Provincia de Alicante. Centramos nuestra consulta en el periodo comprendido entre los años 2008 y 2012. Específicamente, localizamos a todas las pacientes que habían recibido diagnóstico de insomnio durante ese periodo y si habían recibido tratamiento farmacológico. Además, tratamos de identificar si, en su historia clínica, se había registrado la realización de alguna actividad y/o consejo para el tratamiento del insomnio, además del tratamiento farmacológico prescrito.

Objetivos

Específicamente, en este trabajo pretendemos:

- Evaluar si, además de tratamiento farmacológico, las pacientes reciben algún otro tipo de tratamiento/recomendación por parte médico para tratar su problema de insomnio.
- Explorar si el profesional de enfermería realiza algún tipo de intervención en estas pacientes.

Así mismo, como **objetivos secundarios** nos proponemos:

- Conocer si en el diagnóstico se especifica el “tipo” de insomnio.
- Identificar qué tipo de problemas de salud aparecen ligados a la queja de insomnio que refieren las pacientes.
- Identificar el tipo de terapia farmacológica prescrita a estas pacientes.

Material y método

El consultorio de Torremendo presta asistencia a un total de 1.175 pacientes mayores de 15 años, de los cuales 765 son mujeres. Hemos revisado la historia clínica electrónica de todas las pacientes en la que aparece el registro de insomnio entre los años 2008 y 2012, ambos incluidos. La recogida de datos se realizó durante febrero y abril de 2013.

Se han obtenido los permisos pertinentes de la Dirección de Área y del Comité de Ética del Hospital de Torrevieja, ya que el consultorio de Torremendo depende del Departamento de Salud de Torrevieja de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Los datos se han tratado con total confidencialidad, de hecho hemos utilizado un código por cada uno de los pacientes en lugar del nombre y apellidos de los mismos de tal manera que queda asegurado el derecho a la intimidad del paciente.

De la historia de cada paciente hemos recogido los siguientes datos:

- Edad de la paciente,
- Si se codifica o no el tipo de insomnio,
- Fármacos administrados para su tratamiento,
- Si se han registrado o no cuidados de enfermería y médicos para el insomnio distintos de los medicamentos y
- Si aparecen en el registro otras enfermedades comórbidas con el insomnio.

Estas enfermedades comórbidas se han clasificado en tres bloques: Trastorno psiquiátrico, enfermedad de tipo orgánico o trastorno que cursa fundamentalmente con dolor.

Los datos obtenidos se han analizado con el programa SPSS.

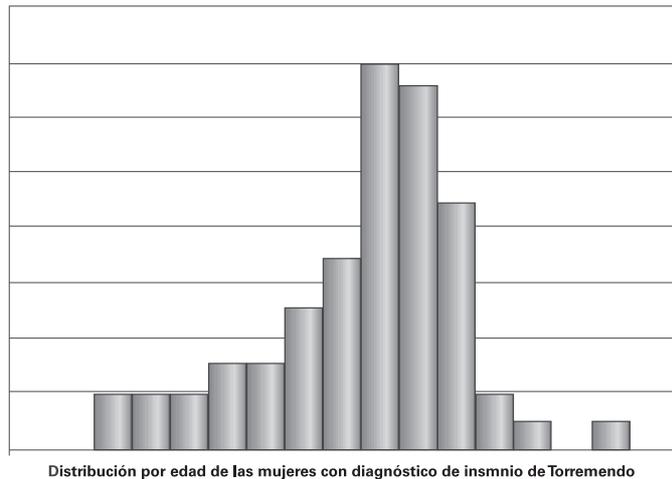
Resultados

De las 765 mujeres mayores de 15 años adscritas al consultorio, un total de 65 pacientes aparecen con este diagnóstico activo en los registros durante el periodo de estudio. Esto supone un 8.49 % de la población femenina.

- **Variables sociodemográficas:**

En cuanto a la edad, en la **Gráfica 1** se muestra que el insomnio es más

frecuente a partir de la década de los 60. Más del 40% de las mujeres con insomnio tienen 70 o más años. La edad media de las mujeres de nuestra muestra es 67.91 años (desviación típica 3.28).



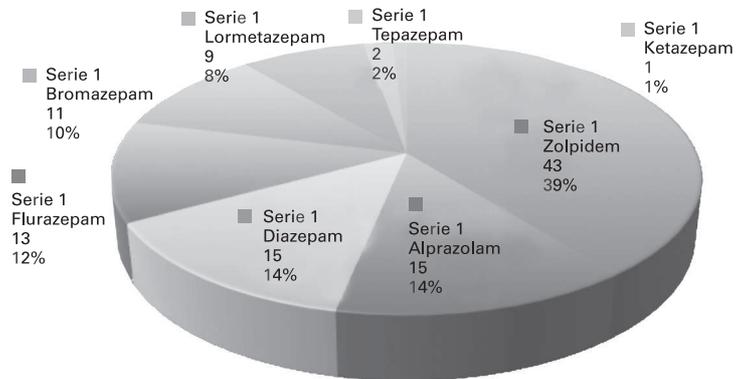
Gráfica 1. Distribución por edad de las mujeres con diagnóstico de insomnio.

- **Tipo de insomnio**

Los tipos de insomnio reflejados en la historia clínica electrónica fueron de conciliación (1 paciente) y de mantenimiento (1 paciente), sólo en dos mujeres. Un dato importante es que no pudimos extraer de la historia clínica si el insomnio era primario o secundario, ya que este hecho no se especificó en ningún caso. En el resto de pacientes de la muestra, el tipo de insomnio no aparece especificado.

- **Tratamiento farmacológico prescrito**

La mayor parte de las pacientes diagnosticadas de insomnio recibió benzodiazepinas, seguidas en frecuencia de uso por los análogos de las benzodiazepinas. Sin embargo, cuando analizamos los tratamientos por fármaco individualmente (**Gráfica 2**) podemos observar como por orden de frecuencia de uso el fármaco más prescrito, con diferencia, fue el zolpidem (análogo de benzodiazepinas), seguido de alprazolam y diazepam.



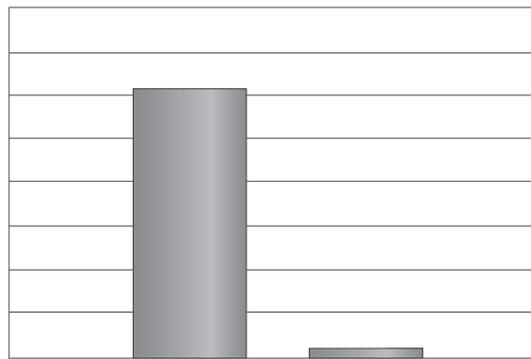
Distribución de los pacientes según el tratamiento (Benzodiazepinas vs Zolpidem)

Gráfica 2. Porcentaje de pacientes tratados con fármacos por fármaco utilizado.

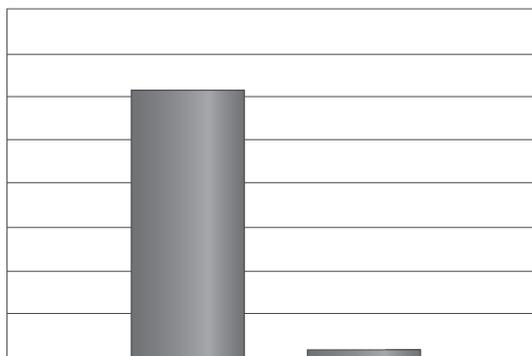
Respecto al tratamiento con fármacos, hay dos mujeres que no recibieron tratamiento farmacológico. Así mismo, tampoco se indica en su historia clínica que recibieran cuidados de enfermería ni consejos médicos.

- **Tratamiento no farmacológico para el insomnio**

De todas las pacientes diagnosticadas de insomnio, en los registros encontramos que únicamente dos mujeres recibieron cuidados de enfermería para tratar el insomnio (Gráfica 3) y tres recibieron consejos médicos, aparte de la medicación (Gráfica 4).



Gráfica 3. Distribución de pacientes en función de si reciben o no cuidados de enfermería.

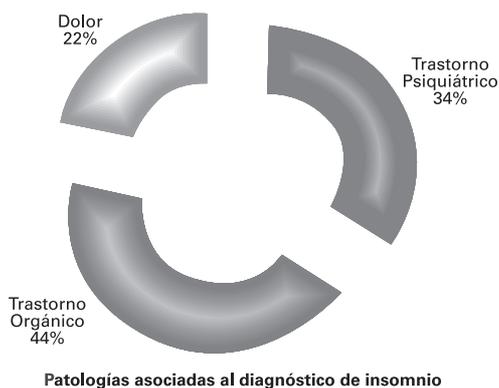


Gráfica 4. Distribución de pacientes en función de si reciben o no consejos médicos.

Llama la atención que de las tres pacientes a las que se dan consejos médicos, dos tienen especificado el tipo de insomnio. Aunque se trata de muy pocos casos, quizás la presencia del consejo médico se asocia al mayor esfuerzo diagnóstico por parte del médico.

- **Variables relacionadas con la salud:**

En cuanto a la patología que presentaban estas pacientes, la **Gráfica 5** nos muestra como lo más frecuente es que sufran una patología orgánica, seguido de patología psiquiátrica y no siendo nada desdeñable la frecuencia de presentación de algún proceso doloroso.



Gráfica 5. Distintas patologías que aparecen comórbidas al diagnóstico de insomnio en la muestra de mujeres incluida en el estudio.

Por último, las mujeres en nuestro estudio asociaban en un porcentaje muy bajo el diagnóstico de menopausia al insomnio, sólo 3 de las 65 mujeres insomnes tenían activo el diagnóstico de menopausia, no quedando aclarado por la historia clínica electrónica si la menopausia podría estar relacionada causalmente con el insomnio.

Discusión

Nuestro estudio descriptivo realizado con las mujeres usuarias de un consultorio de atención primaria de salud pone de manifiesto que el insomnio en mujeres es más frecuente en edades más avanzadas.

Los resultados obtenidos muestran que muy pocas de las pacientes con insomnio recibieron indicaciones por parte del médico o de la enfermera para el tratamiento del insomnio o, si las recibieron, esta actividad no está recogida como tal en la historia clínica de la paciente. Esta situación revela que hay espacio de mejora con respecto a la asistencia y cuidados que se prestan en atención primaria de salud a pacientes con insomnio en general, y a mujeres con insomnio en particular. Creemos que este puede ser un punto de partida para futuras investigaciones y futuros planes de salud de las instituciones sanitarias, ya que la importancia de los tratamientos no farmacológicos está ampliamente demostrada y, posiblemente, sea atención primaria de salud el nivel asistencial más adecuado para poner en práctica algunas de las técnicas de intervención que se engloban bajo el paraguas de TCC para el insomnio.

Una de las **limitaciones** importantes de este estudio es que describe únicamente las actividades registradas en la historia clínica electrónica. Es posible que los profesionales hayan realizado alguna otra recomendación adicional al paciente con insomnio, aunque ésta no sea reflejada en la historia clínica. En este estudio en dos mujeres que tenían activo el diagnóstico insomnio no hay constancia en la historia clínica electrónica de que recibieran ningún tipo de tratamiento.

Pensamos que, posiblemente, no todas las actividades que se realizan en atención primaria de salud estén siendo recogidas en la historia clínica, puesto que parece inusual que se diagnostique con la etiqueta de insomnio a un paciente y no se le ofrezca ningún consejo o tratamiento para ese problema, el cual el facultativo ha considerado suficientemente importante

como para reflejarlo en la historia. Por tanto, es probable que la presión asistencial y la propia dinámica de la consulta hagan que no quede constancia en la historia clínica electrónica de los tratamientos/cuidados no farmacológicos administrados. Por el contrario, es casi imposible que la prescripción de fármacos no quede reflejada en la historia clínica, puesto que se trata de recetas electrónicas.

En cuanto a las recomendaciones/cuidados de enfermería para el insomnio, no encontramos constancia de que la enfermera participe de manera habitual en los cuidados de este problema de salud. Pensamos que esta situación podría mejorarse mediante la formación del personal de enfermería de Atención Primaria de Salud sobre los trastornos del sueño en general y el tratamiento del insomnio, en particular.

Una de las funciones de las enfermeras de atención primaria es proporcionar educación al paciente sobre su problema de salud y ayudarlo a modificar su comportamiento para mejorar su salud. La TCC para el insomnio incluye la provisión de educación al paciente sobre higiene del sueño, así como la evaluación de conductas que no favorecen el sueño en el paciente (horarios irregulares, echar siestas, permanecer en la cama cuando no se puede dormir) y la modificación de las mismas, para ayudar a que el organismo vuelva a “producir” sueño de manera consistente. En esta línea, algunos estudios de investigación relativamente recientes han descrito experiencias en las que enfermeras, con la formación y supervisión adecuadas, han administrado TCC a pacientes con insomnio, obteniendo resultados muy prometedores^{13 y 14}.

Por último, queremos señalar que en nuestro estudio, con frecuencia, el diagnóstico de insomnio es comórbido con otras patologías psiquiátricas y orgánicas. Este perfil de pacientes con insomnio es el habitual descrito en la literatura científica, que indica que es más frecuente el insomnio comórbido que el insomnio primario. Aunque la TCC para el insomnio habitualmente se ha utilizado en pacientes con insomnio primario, estudios más recientes han puesto de manifiesto que, aún en casos en los que el insomnio es comórbido o secundario a otra enfermedad de tipo físico o mental, la TCC también puede resultar beneficiosa y que, en algunos casos, el tratamiento del insomnio en estos pacientes también puede ayudar a mejorar la patología comórbida¹⁵.

Conclusiones

En las mujeres adscritas al consultorio de Torremendo diagnosticadas de insomnio, según la información que se recoge en las historias clínicas informatizadas:

- 1°. El médico no suele realizar otro tipo de intervenciones con las pacientes, además de la prescripción de fármacos para dormir.
- 2°. Las recomendaciones/cuidados de enfermería a las pacientes con este diagnóstico son muy infrecuentes.
- 3°. El tipo y presentación de la queja de insomnio de la paciente no aparece detallada.
- 4°. Los problemas fundamentales de salud que aparecen ligados a la queja de insomnio en las mujeres incluidas en la muestra son trastornos de tipo orgánico seguido de trastornos psiquiátricos y problemas de salud que cursan fundamentalmente con dolor.
- 5°. El tipo de fármaco más utilizado para tratar el insomnio fueron las benzodiazepinas, mientras que el fármaco que se emplea con más frecuencia es el zolpidem.

Estos resultados ponen de manifiesto que, en atención primaria de salud, la provisión de tratamiento no farmacológico para el insomnio, por parte del médico y la enfermera, es casi inexistente. Además nos servirán de punto de partida para plantearnos nuevas opciones en el enfoque del insomnio en atención primaria y nuevos estudios encaminados a mejorar el conocimiento y el tratamiento del insomnio entre los profesionales de atención primaria de salud.

Bibliografía

1. National Heart Lung and Blood Institute Working Group of Insomnia: Assessment and management in primary care. *Am Fam Physician* 1999; 59(11): 3029-38.
2. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria. SNS. Ed: Ministerio de Ciencia e Innovación 2009.
3. Warner J, et al. Beyond benzodiazepinas; alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother* 1998; 32: 680-91.
4. Kirkwood CK. Management of insomnia. *J Am Pharm Assoc* 1999; 39(5): 688-96.
5. Wincor MZ. Sleep disorders. In: Herfindal ET et al., editors. *Textbook of Therapeutics: Drug and Disease Management*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000; p. 1229-45.
6. Oliveros S et al. Uso racional de benzodiazepinas. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1997; 21(5): 113-26.
7. Morin CM, Culbert JP, Shwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis treatment efficacy. *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, 1996.
8. Riemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Med Rev*. 2009;13(3):205-14.
9. Bootzin RR, Epstein D, Wood JM. Stimulus control instruction. Ed P Hauri, *Case studies in insomnia*. Nueva York Plenum Press: 19-28).
10. Czeisler CA et al. Chronotherapy resetting the circadian clocks of patients with delayed sleep phase insomnia. *Sleep* 1981; 4: 1-21.
11. Morin CM. Perspectivas psicológicas en el diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Psicología conductual* 1994; 2(3): 261-282.
12. Espie CA. Stepped care: a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep*. 2009;32(12):1549-58.
13. Espie CA, MacMahon KM, Kelly HL, Broomfield NM, Douglas NJ, Engleman HM, et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep*. 2007;30(5):574-84.
14. Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman JE. Manual-guided cognitive-

behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. *Journal of sleep research*. 2013;22(6):688-96.

15. Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman JE. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. *Journal of sleep research*. 2013;22(6):688-96.