

Artículo original

Nivel de insomnio no orgánico posterior a una estrategia de higiene del sueño



Level of Non-organica Insomnia after a Spleep Hygiene Strategy

Nível de insônia não orgânica depois da estratégia de higiene de sono

José R. Leal-Grimaldo,* José C. Álvarez-Contreras,* Abraham R. Tamez-Rodríguez,* María L. Vega-Pérez,* Oscar Castañeda-Sánchez*

Resumen

Objetivo: conocer el nivel de insomnio no orgánico posterior a una estrategia de higiene del sueño con medición del índice de severidad de insomnio antes y después de la estrategia educativa en pacientes de la unidad de medicina familiar (UMF) no. 7, en un periodo de dos meses. **Métodos:** se realizó un estudio cuasiexperimental, no ciego, longitudinal prospectivo con base en una estrategia educativa en 20 pacientes (muestra no probabilística) con diagnóstico de insomnio no orgánico en la UMF no. 7, para valorar la mejoría del insomnio después de una estrategia educativa de higiene del sueño. **Resultados:** se presentó disminución en el grado de insomnio, con los siguientes porcentajes: 0% insomnio grave, 20% insomnio moderado, insomnio subclínico 55% y 25% ausencia de insomnio. **Conclusiones:** una estrategia educativa en higiene de sueño es capaz de modificar la severidad del insomnio en pacientes, mejorando la calidad de vida que presentaban antes de la aplicación de la estrategia.

Summary

Objective: to know the level of non-organic insomnia after a sleep hygiene strategy with severity index measurement of insomnia before and after the educational strategy in patients of the Family Medicine Unit (FMU) no. 7, for two months. **Methods:** quasi-experimental, non-blind, prospective longitudinal study based on an educational strategy of 20 patients (non-randomized sample), of the no. 7 FMU, with a diagnosis of non-organic insomnia to assess the improvement of insomnia after a sleep educational hygiene strategy. **Results:** a decrease in the degree of insomnia appeared, with the following percentages: 0% severe insomnia, 20% moderate insomnia, 55% subclinical insomnia and 25% absence of insomnia. **Conclusions:** an educational strategy is capable of modifying the severity of insomnia in patients, improving the quality of their life before the implementation of the strategy.

Sugerencia de citación: Leal-Grimaldo JR, Álvarez-Contreras JC, Tamez-Rodríguez AR, Vega-Pérez ML, Castañeda-Sánchez O. Nivel de insomnio no orgánico posterior a una estrategia de higiene del sueño. *Aten Fam.* 2017;24(1):23-26.

Palabras clave: insomnio, estrategia educativa, clonazepam

Key words: insomnia, educational strategy, clonazepam

Palavras chave: insônia, estratégia educativa, clonazepam

Recibido: 16/5/16

Aceptado: 16/8/16

*Departamento de Enseñanza e Investigación en Salud unidad de medicina familiar (UMF) no. 7, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Correspondencia:
Abraham R. Tamez-Rodríguez
drabramtamez@gmail.com

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Leal-Grimaldo JR y cols.

Resumo

Objetivo: determinar o nível de insônia não orgânica em seguida a uma estratégia de higiene de sono com índice de gravidade de insônia medição antes e depois da estratégia educacional em pacientes de unidade de medicina familiar (FMU) no. 7 em um período de dois meses. **Métodos:** estudo quasi-experimental não cego, longitudinal prospectivo com base em uma estratégia educacional em 20 pacientes (amostra não aleatória) com diagnóstico de insônia não orgânica em FMU no. 7, para se avaliar a melhoria da insônia depois de uma estratégia educacional de higiene de sono. **Resultados:** ocorreu diminuição no grau de insônia com as seguintes percentagens: 0% insônia grave; moderada de 20%; insônia subclínica 55% e 25% de ausência de insônia. **Conclusões:** uma estratégia de educação em higiene do sono pode modificar a gravidade da insônia em pacientes, melhorando a qualidade de vida que tinham antes da implementação da estratégia.

Introducción

El insomnio es considerado una queja subjetiva del paciente por la dificultad para conciliar el sueño,¹ se considera un síntoma y no una enfermedad. El insomnio se caracteriza por la dificultad en el inicio del sueño, despertar a horas tempranas y los sueños fraccionados o de mala calidad.² Los trastornos del sueño tienen una presentación diferente de acuerdo con las diversas poblaciones,³ se sabe que son una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir; se presentan en diferentes etapas del sueño, ya sea al inicio, en el mantenimiento y durante el ciclo sueño-vigilia.⁴

Para tener una definición de insomnio se utilizan diferentes criterios de

acuerdo con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño-2 (ICSD-2) de la Academia Americana de Medicina del Sueño. Por una parte, se le define como la dificultad para conciliar o mantener el sueño, no despertar demasiado temprano, cuando el sueño sea crónicamente no restaurador o de calidad pobre por lo menos durante un mes, y cuando los problemas del sueño ocurren a pesar de las circunstancias y las condiciones adecuadas para dormir.

Por otra parte, se le identifica con alguna de las siguientes formas de deterioro diurno relacionadas con la dificultad de sueño reportadas por el paciente: fatiga, cambios en el estado de ánimo, somnolencia diurna, disminución de la energía.⁵

El diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del sueño relacionadas con el insomnio en los adultos es todo un reto, se sabe que además, este trastorno impacta en la calidad de vida, la salud mental y se asocia a otras enfermedades.⁶ De acuerdo con datos epidemiológicos de insomnio realizados en cinco naciones europeas en las cuales se utilizó el DSM-IV, se obtuvo una prevalencia de 4 a 22% de la población afectada por algún grado de insomnio.¹ En Estados Unidos, de acuerdo con un metaanálisis, se encontró que 50% de los pacientes adultos que acuden a consulta de atención primaria refirieron quejas sobre el insomnio.⁷

El insomnio tiene una prevalencia en Monterrey, México, de 36% y en la Ciudad de México de 34%.⁸ Un estudio realizado en Perú indicó que los efectos del sueño no se limitan al propio organismo, sino que afectan el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad (rendimiento laboral o escolar, relaciones interpersonales, se-

guridad vial, etc.) se encontró que 33% tenía algún problema para dormir y 16% consultó al médico por dicha razón;⁹ además, las causas más frecuentes de insomnio están asociadas a una mala higiene del sueño.⁹

La higiene del sueño es un conjunto de hábitos y conductas que facilitan el sueño, evitando todo aquello que interfiere con el mismo, la inadecuada higiene del sueño está definida en la Clasificación Internacional de Desórdenes del Sueño.⁹ La Secretaría de Salud en su guía de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño indica que el ser humano pasa aproximadamente la tercera parte de su vida durmiendo, por ello se debe considerar al sueño con un papel importante en la salud física y mental.

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en la población general y la segunda queja subjetiva más recurrente por parte de los pacientes, después del dolor. Las consecuencias de la falta de sueño frecuentemente llevan a una incapacidad para concentrarse, problemas de memoria, déficit en pruebas neuropsicológicas, disminución de la libido, hasta accidentes mortales debido a la somnolencia.⁹

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño incluye al insomnio psicofisiológico, la percepción inadecuada del sueño, el insomnio idiopático y la higiene inadecuada del sueño.¹⁰ El insomnio psicofisiológico de acuerdo con la nosología de la Academia Americana de Medicina del Sueño se refiere al insomnio primario; el insomnio idiopático se encuentra en esta definición, ya que no existen antecedentes previos de alteraciones médicas, psiquiátricas o neurológicas que lo expliquen. Una de las características principales de este tipo de insomnio es la de un estado al despertar

exagerado con manifestaciones neurovegetativas.¹¹

El insomnio no orgánico se caracteriza por una cantidad y calidad de sueño insatisfactoria que persiste durante un periodo considerable presentando dificultad para conciliar el sueño y mantenerlo, éste es el tipo más frecuente de insomnio.¹²

El insomnio por su naturaleza presenta dificultades para su evaluación, en los últimos años la polisomnografía ha sido la principal herramienta para la medición de algunos de los trastornos del sueño en general.¹³

Debido a una mala higiene del sueño se puede presentar: fatiga, somnolencia diurna, mal humor y dificultad para la atención.¹⁴ El objetivo de esta investigación fue analizar el nivel de insomnio no orgánico posterior a una estrategia educativa de higiene del sueño.

Métodos

Estudio cuasi experimental, no ciego, longitudinal y prospectivo con base en una estrategia educativa. La población de estudio fueron pacientes que previamente fueron diagnosticados con insomnio no orgánico adscritos a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 7 de Nuevo León, México, a los cuales se les pidió llenar el cuestionario de Índice de Gravedad de Insomnio el cual es autoaplicable. Los criterios de selección fueron: personas con diagnóstico de insomnio no orgánico, que fueran derechohabientes de la UMF, dieran su consentimiento informado para la estrategia educativa, que supieran leer y escribir, y fueran mayores de 20 años de edad. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación correspondiente. La información se almacenó en una base de datos en

el software Excel 2007 y se utilizó el programa estadístico SPSS v. 20 para determinar frecuencias. La estrategia se llevó a cabo una vez por semana durante cuatro semanas, se aplicó el cuestionario previo a la estrategia y posterior a la misma; ésta consistió en dar a conocer a los pacientes cada uno de los factores perjudiciales para el sueño, no solo relacionados con el estilo de vida sino también con el entorno, abordando temas como horarios para dormir y despertarse, cómo mantener nuestra área de descanso, así como respecto a la alimentación, el ejercicio y los efectos de algunos medicamentos, llevando diarios sobre los cambios y ajustándolos en la segunda semana.

Resultados

En este estudio se realizó una estrategia la cual se basó en una intervención breve tomando en cuenta que fue una sesión de una hora una vez a la semana, en una unidad de medicina familiar de Nuevo León. El grupo académico consistió en 20 (N) pacientes derechohabientes los cuales fueron diagnosticados con insomnio no orgánico en un periodo del 7 de mayo al 25 de junio de 2015. Al inicio de la estrategia la muestra se conformó por cinco hombres (25%) y 15 mujeres (75%), los rangos de sueño presentes en la mayoría (65% -13- del total de la muestra) fueron de dos a cinco horas de sueño diarias.

La edad de los participantes, quedó compuesta de la siguiente manera: de 20 a 30 años, 5% (1); 41 a 50 años, 15% (3); 51 a 60 años, 35% (7); 61 a 70 años, 25% (5); 71 a 80 años, 10% (2); y 81 a 90 años, 10% (2); la edad media de la muestra fue de 51 a 60 años (promedio de 57.8). Además el promedio de índice de masa corporal (IMC) fue de 29.22.

Con la aplicación del test de severidad de insomnio se determinó que al inicio los pacientes presentaban: 20% (4) insomnio grave, 60% (12) insomnio moderado y 20% (4) insomnio subclínico. A un mes de concluida la estrategia, se usó el mismo test, encontrando que ninguno de los participantes presentó insomnio grave, 20% (4) insomnio moderado, 55% (11) insomnio subclínico y 25% (5) ausencia de insomnio. Para corroborar estos resultados se realizó la prueba de los rangos de Wilcoxon y se encontró que 17 pacientes disminuyeron su nivel de insomnio, tres lo empataron y ninguno aumentó su nivel de insomnio; con una $p < 0.000$, lo que representó un cambio favorable estadísticamente significativo, así se descartó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna.

En cuanto a otras variables, el alcoholismo y tabaquismo encontrados en la muestra estudiada, fueron de 10% (2) y 15% (3), respectivamente. Se estudiaron las variables: medicina alternativa y tratamiento médico, y se encontró que 55% (11) tomaba algún tipo de medicamento para dormir recetado por su médico en la UMF (benzodiazepinas) y que 45% (9) consumía algún tratamiento alternativo (naturista).

La variable de IMC fue agregada a este estudio teniendo el mayor porcentaje en obesidad grado 1 con 40% (8), seguido de peso normal con 30% (6), sobrepeso con 25% (5) y 1% con obesidad grado 2.

Discusión

Valera y cols. encontraron que el trastorno del sueño es una condición frecuente en la población de adultos mayores, lo cual coincide con lo que se identificó en este trabajo, ya que el mayor porcentaje de casos de insomnio se presentó en el

rango de 51 a 60 años. Además, en su investigación Valera y cols. asociaron el insomnio a una importante repercusión en la calidad de vida.⁹

En la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del insomnio en el anciano se refiere que las intervenciones psicológicas y conductuales son efectivas y recomendadas en el tratamiento de este trastorno,⁶ lo cual apoya los resultados encontrados; al realizar esta intervención educativa corta se obtuvo un cambio estadísticamente significativo para disminuir el grado de insomnio, el cual un mes después continuaba bajo.

El insomnio no orgánico es considerado un problema de salud que tiende a afectar a los adultos, con repercusiones en los ámbitos laboral, social, y más importante, en el familiar, y que provoca que estos pacientes se conviertan en hiperfrecuentadores de los servicios de salud.

Al tomar en cuenta el notable valor de una intervención educativa, la cual es reducida en costo, se disminuyó el nivel de insomnio presente en este grupo de pacientes, incluso llegaron a la suspensión de medicamentos, los cuales en pacientes ancianos producen un importante factor de riesgo, debido a sus efectos secundarios como el riesgo de caídas.

Se demostró también que una estrategia educativa es capaz de modificar la severidad que los pacientes presentan de insomnio no orgánico.

Con la elaboración de este protocolo se da pauta para nuevas intervenciones, ya que un grupo de pacientes de esta UMF llegó a presentar ausencia de insomnio a través de la estrategia.

El grupo para el tratamiento del insomnio que se formó para este estudio continuará y se agregarán más pacientes con esta patología para seguir aplicando la estrategia y dará seguimiento en esta unidad con ayuda de sus médicos.

Se concluye que hubo una diferencia en el nivel de insomnio no orgánico posterior a la estrategia educativa breve en higiene del sueño.

Referencias

- Romero O, Sagales T, Jurado MJ. Insomnio: diagnóstico, manejo y tratamiento. *Revista Médica Universidad De Navarra*. 2005;49(1):25-30.
- Díaz R, Ruano MI. Prevalencia y persistencia del insomnio crónico. *Acta Médica Colombiana*. 2011;36(3):120.
- Téllez-López A, Villegas-Guinea D, Juárez-García D, Segura-Herrera G. Cuestionario de trastornos del sueño Monterrey. *Medicina Universitaria*. 2012;14(56):150-6.
- Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos del sueño [Internet]. México; 2010. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/385_IMSS_10_Trastorno_sueno/GRR_IMSS_385_10.pdf
- Medina-Chávez JH, Fuentes-Alexandro SA, Gil-Palafox IB, Adame-Galván L, Sánchez-Herrera LY, Solís-Lam F, et al. Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*. 2014;52(1):108-19.
- Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en el Anciano México [Internet]. México; 2010. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/492_GPC_Insomnio_del_Anciano/IMSS-492-11-GER_InsomnioAnciano.pdf
- Gobierno de España. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de Práctica Clínica Para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria [Internet]. 2013; [citado 2014 ene 1]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/completa/index.html>
- Haro R, Labra H, Sánchez N. Repercusiones médicas, sociales y económicas del insomnio. *El residente*. 2010;5(3):130-8.
- Valera LF, Tello T, Ortiz P. Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores. *Acta Médica Peruana*. 2010;27(4):233-7.
- Monti JM. Actualización sobre la incidencia y las causas del insomnio primario y secundario. *Revista Médica Uruguay*. 2002;18(1):14-26.
- Salin-Pascual RJ. Actualización en el manejo farmacológico. *Revista Mexicana Neurocirugía*. 2006;7(6):604-10.
- Ruiz C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de psicología*. 2007;23(1):109-17.
- Anzures M, Kassad J, Alvarado R. Manifestaciones clínicas y diferenciación de los tipos de insomnio. Segunda parte. *Neurociencia*. 2010;15(3):171-2.
- Villeros NA. Temas de Medicina Familiar [Internet]. 2011; [Citado 2014 Abril 21]. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com>