

## ¿Se nos olvida orientar adecuadamente el tratamiento del insomnio?

**María Pilar Pérez**

Médico. Grupo INSAN. Zaragoza

Se trata de una alteración prevalente y la enfermedad del sueño más frecuente. El insomnio crónico afecta a un 10% de la población y si a éste se le suma el transitorio, las cifras llegan hasta el 34%. Conceptualmente se refiere a la incapacidad para dormir o a la falta total de sueño con una percepción subjetiva de insatisfacción y malestar. A efectos prácticos es útil clasificarlo en transitorio o agudo (menos de 4 semanas), subagudo (más de 4 semanas pero menos de 3-6 meses), y crónico (más de 3-6 meses). También interesa filiar su forma de presentación, siendo de inicio o de conciliación, de mantenimiento o insomnio final. Puede asociarse a trastornos del comportamiento, patología psiquiátrica, con factores ambientales, drogas y/o a trastornos del movimiento. Por su alta prevalencia es importante conocer el causado por el síndrome de las piernas inquietas, caracterizado por una desagradable sensación de inquietud con molestias que aumentan con el reposo y disminuyen o desaparecen con el movimiento de las extremidades inferiores, lo que dificulta la conciliación del sueño.

Para el diagnóstico del insomnio se precisa una entrevista estructurada y una exploración psicopatológica (descartar depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad...). La aplicación de diversos test (MMPI, SCL-90R, Hamilton de ansiedad, STAI, escala de depresión de Beck) ayudará a este fin. En casos determinados puede ser necesaria la realización de una polisomnografía nocturna.

Una vez realizada la correcta evaluación de los problemas médicos y/o psiquiátricos, el tratamiento debe ser inicialmente etiológico (si fibromialgia calmar dolor, si alteración psíquica tratamiento adecuado...). Si esto no es posible, el abordaje del insomnio gira alrededor de dos tipos de acciones: las intervenciones psicológicas-educativas y los fármacos. Las primeras se basan en medidas de higiene del sueño, técnicas de control de estímulos, técnicas de relajación y terapias cognitivas. Es necesario insistir en que un buen día prepara una buena noche, recomendar seguir horarios regulares de comida, trabajo y ocio, realizar ejercicio al mediodía o por la tarde, aprender a guardar momentos para «desconectar», recomendar acostarse al sentir sueño pero no antes de las 23 horas, dejar pasar al menos dos ho-

ras tras la cena antes de acostarse, tomar un baño caliente de diez minutos, evitar excitantes (café, té, colas), tener presente que el alcohol induce un sueño de mala calidad...

El abordaje con fármacos hipnóticos debe basarse en la elección de los **no benzodiacepínicos** de acción rápida y vida media corta, tomados a demanda y de forma intermitente antes de acostarse. Los más usados son zolpidem 10 mg, o zaleplón 10 mg. A diferencia de los benzodiacepínicos, son hipnóticos puros (acción selectiva) y no presentan efecto ansiolítico, miorelajante ni anticonvulsivo. Tampoco producen insomnio de rebote ni síndrome de retirada.

En los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) son siempre de elección, pues las benzodiacepinas producen miorelajación, dificultando más la función respiratoria.

Si el insomnio es secundario a un trastorno de ansiedad, estarían indicados los ansiolíticos o benzodiacepinas de vida media-larga, administradas durante el día (por ejemplo, cloracepato dipotásico, en dosis variables de entre 5 y 10 mg/día, en función del tipo de trastorno). Si es consecuencia de un trastorno depresivo se recomiendan antidepresivos administrados durante el día (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como paroxetina 20 mg o fluoxetina 20 mg con medio comprimido en el desayuno 6 días y luego un comprimido como mínimo durante 3 meses). Con venlafaxina, empezar con 25 mg durante seis días, 50 mg durante otros seis y pasar después a 75 mg. Los antihistamínicos (doxilamina y difenhidramina) se usan como inductores del sueño pero producen sedación diurna, deterioro psicomotor y efectos adversos anticolinérgicos. El uso de valeriana como hipnótico se apoya en estudios escasos y poco concluyentes. La melatonina parece eficaz para disminuir el *jet-lag* pero los estudios sobre su eficacia hipnótica no son concluyentes.

En resumen, tratar el insomnio no consiste sólo en indicar hipnóticos. Se deben combinar enfoques farmacológicos y no farmacológicos, capacitando a los pacientes para el automanejo de esta patología. Si se usan fármacos deben seleccionarse según la etiología y el tipo de insomnio valorando el riesgo/beneficio. Los más adecuados son zolpidem 10 mg o zaleplón 10 mg. ■