

Eficacia de las medidas de higiene del sueño en el tratamiento del insomnio

Concepción Martínez-Manzano*, Margarita Levario-Carrillo**

Resumen

Se realizó un ensayo clínico con 150 pacientes atendidos en una unidad de atención primaria en Chihuahua, Chihuahua a fin de comparar la eficacia de las medidas de higiene del sueño con el efecto de un placebo y con el del tratamiento a base de benzodiazepinas para el insomnio psicofisiológico. Los pacientes se dividieron en tres grupos mediante un sorteo aleatorio, no sistematizado, por cuotas.

Al primer grupo se le dio un instructivo de 10 enunciados con las medidas de higiene del sueño, el segundo grupo recibió placebo y el tercero, benzodiazepinas.

Los pacientes fueron entrevistados tres semanas después de la aplicación de la prueba y su efecto se clasificó en éxito o fracaso.

El resultado en el grupo I fue de 65% de éxito contra 35% de fracaso, en el grupo II de 50% de éxito y 50% de fracaso y en el grupo III de 73% de éxito y 23% de fracaso ($p=0.06$).

Se concluyó que los tres tipos de tratamiento tienen eficacia similar en el tratamiento del insomnio. Las medidas de higiene del sueño son efectivas y no tienen riesgo de presentar efectos secundarios, por lo que las recomendamos como primera elección en este tipo de trastorno.

Palabras clave: Higiene del sueño, insomnio, benzodiazepinas

Summary

In order to compare the efficacy of sleep hygiene to the effect of a placebo and to a treatment with benzodiazepines in psychophysiological insomnia we performed a clinical assay in 150 patients from a primary care unit in Chihuahua, Chih. Patients were allocated in three groups according to a non-systematic random procedure. Patients from group I received an instructive booklet with 10 recommendations about sleep hygiene, group II received placebo, and group III benzodiazepines. Patients were interviewed three weeks after the maneuver was delivered. The effect of the maneuver was classified as success or failure. In Group I, the result was of 65% success vs 35% failure, in Group II, 50% success vs 50% failure, and group III, 73% success vs 23% failure ($p=0.06$).

In conclusion, all three types of treatment have similar efficacy in the management of insomnia. Sleep hygiene is effective and does not have risk of secondary effects.

Thus, we recommend sleep hygiene as the therapy of first choice for insomnia.

Key words: Sleep hygiene, insomnia, benzodiazepines

*Residente de Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar 33, Chihuahua, Chih.

** Coordinadora delegacional de Investigación Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social, Chihuahua, Chih.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Calle Escudero 2114, Col. Sto. Niño, C.P. 31000, Chihuahua, Chih.

Introducción

El insomnio es un problema subjetivo que consiste en sueño insuficiente o no reparadora a pesar de que haya habido una oportunidad adecuada para dormir. El insomne puede presentar dificultad para dormirse una vez que esta en la cama; despertar a media noche sin conciliar el sueño, o despertar demasiado pronto.

Entre el 20 y el 40% de los adultos sufre insomnio y alrededor del 17% lo considera un problema serio.¹

Se han reportado porcentajes más altos de frecuencia de insomnio en el sexo femenino, y ha sido el insomnio inicial el que ocurre con superior importancia.²

Una buena relación con el paciente es la base de un tratamiento correcto del insomnio.

Además de la resolución del problema se deben evitar las complicaciones secundarias como el uso excesivo de hipnóticos.

La higiene del sueño es particularmente importante en el insomnio crónico; muchas pacientes con este problema subestiman el tiempo total del sueño y se les puede proponer que no permanezcan demasiado tiempo en cama, a fin de que crean que duermen más tiempo. Esto suele producir gran privación del sueño, con lo que la eficiencia de éste aumenta.^{3,4}

Para favorecer una conveniente higiene del sueño, se deben de considerar los siguientes aspectos tales como: evitar el ejercicio antes de dormir, no ingerir café, té o bebida de cola y mantener una temperatura adecuada en la habitación.⁵

El manejo terapéutico de los trastornos del sueño en el paciente anciano es difícil, ya que estos sujetos tienen condiciones médicas, económicas y sociales complejas. Antes de prescribir un fármaco hipnótico, un cambio en la hora de acostarse frecuentemente disminuye o elimina la necesidad de éste.⁶

El uso de las benzodiazepinas es generalizado para la remisión del insomnio a pesar de que se conocen sus reacciones secundarias y sus efectos teratológicos, incluso un síndrome de abstinencia caracterizado por: temblor, confusión, ansiedad e insomnio,^{7,8} aunque benzodiazepinas de acción corta parecen tener significativas ventajas sobre aquéllas de acción prolongada.⁹

El tratamiento farmacológico ha ido en aumento y en consecuencia el consumo de benzodiazepinas; los hipnóticos más empleados han crecido alarmantemente como lo reportado en Estados Unidos durante la primera mitad de la década del ochenta, en el que alcanzaron los dos billones de unidades.¹⁰ Incluso el uso de antidepresivos se ha incrementado para el tratamiento del insomnio en un 100%.¹¹

En nuestro medio, el uso de benzodiazepinas es alto, por lo que consideramos importante comparar la prescripción de las medidas de higiene del sueño con los benzodiazepinas, como base para iniciar una campaña de educación continua en la comunidad médica y así evitar el abuso de las benzodiazepinas.

Material y métodos

Se realizó un estudio tipo ensayo clínico, en 150 pacientes de una unidad de primer nivel de atención durante el periodo de mayo a noviembre de 1993, la población estudiada incluyó a pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de insomnio psicofisiológico y que no hubieran recibido tratamiento farmacológico para este síntoma durante un mes previo a la fecha de ingreso al estudio.

Se excluyeron aquellos pacientes que se encontraban en control con medicamentos que producen inducción del sueño (antihistamínicos, alopurinol, carbamazepina etc.), con diagnóstico de depresión, con patologías psiquiátricas, daño hepático o renal, así como aquellos que se encontraban con tratamiento a base de cimetidina, isoniacida o ácido valproico, por su alteración en el metabolismo de las benzodiazepinas.

Todos fueron valorados por su médico familiar, así como por el investigador responsable quien los incluyó al estudio, previo consentimiento informado para participar en dicho protocolo. Los pacientes se dividieron en los siguientes grupos mediante un sorteo aleatorio no sistemático:

Grupo I, que fue tratado a base de medidas de higiene del sueño. (Cuadro I).

Grupo II, tratado con placebo durante tres semanas.

Grupo III, tratado con benzodiazepinas de acción corta a la fase del sueño en que se presentó el insomnio.

En los casos de insomnio inicial se prescribieron 0.25 mg de triazolam diarios, en los pacientes con insomnio tardío o sueño interrumpido se les indicó 10 mg de diazepam diarios durante tres semanas, a todos los pacientes incluidos en el estudio se les realizó una evaluación previa sobre medidas de higiene del sueño y se les citó en tres semanas afín de valorar el éxito o el fracaso de acuerdo a una buena o mala evolución. Los resultados se analizaron por medio de la prueba de chiquadrada.

Cuadro I. Medidas de higiene del sueño

1. Ocupe la cama cuando tenga sueño
2. Establezca un horario fijo para dormir
3. Duerma un mínimo de seis horas y un máximo de ocho horas diariamente
4. No fume, no ingiera bebidas alcohólicas, estimulantes u otras drogas ya que estas alteran el ritmo del sueño
5. No realice ejercicio excesivo antes de acostarse
6. No ingiera alimentos por lo menos tres horas antes de acostarse
7. Procure que su dormitorio se encuentre en condiciones adecuadas de luz, clima y ventilación
8. No vea televisión ni oiga música cuando ya este acostado.
9. No realice ninguna actividad manual cuando se vaya a dormir
10. No efectúe ninguna siesta durante el día

Resultados

El sexo más afectado fue el femenino con un 85% de frecuencia, la edad de los pacientes tuvo margen de 46, media de 50 y mediana de 51 años; el 52% de los pacientes refirió antecedentes de insomnio, las medidas de higiene alteradas con mayor frecuencia fueron: ocupar la cama cuando no se tiene sueño, realizar actividades recreativas antes de dormir, ingerir sustancias que alteran el sueño y dedicar un tiempo inapropiado para dormir. El período del sueño en el que se presentó el insomnio se describe en el cuadro II. Los resultados de los tratamientos se observan en el cuadro III.

Cuadro II. Período del sueño en el que presentó el insomnio

Sueño interrumpido	60%
Insomnio de la primera mitad	23%
Insomnio de la segunda mitad	12%
Sueño no reparador	4%

Cuadro III. Evolución del insomnio

Tipo de tratamiento	Éxito	Fracaso
Medidas de higiene del sueño	37	20
Placebo	24	24
Benzodicepinas	33	12

$p = 0.06$

Discusión

Con respecto al sexo, los antecedentes de insomnio y la edad de los pacientes resultaron similares a los encontrados en otros trabajos. En este estudio se encontró con mayor frecuencia el tipo de insomnio llamado sueño interrumpido (60% de los casos), otros trabajos han reportados con mayor frecuencia el insomnio de la primera mitad;² respecto a los tipos de tratamiento concluimos que los tres son eficaces en el manejo del insomnio, por lo que recomendamos considerar el uso de las medidas de higiene del sueño antes del empleo de las benzodicepinas, sobre todo en pacientes con insomnio crónico, ya que son conocidos los efectos indeseables de las mismas en tanto que las primeras son inocuas y el éxito en el tratamiento tiene significancia clínica.^{4,5} Por lo anterior, recomendamos considerar el uso de las medidas de higiene del sueño antes del empleo de los tratamientos las benzodicepinas, sobre todo en pacientes con insomnio crónico, ya que son conocidos los efectos indeseables de las benzodicepinas en tanto que las primeras son inocuas y el éxito en el tratamiento tiene significancia clínica.

Sin embargo, el diseño del estudio es una limitación que debe tomarse en cuenta en la interpretación de los resultados, ya que el hecho de no contar con mediciones a largo plazo, plantea la necesidad de continuar investigando sobre este tema.

Agradecimientos

A los doctores Roberto Guadarrama Esparza y Armando Campos

Referencias

1. Gillin JC, Byerley WF. The diagnosis and management of insomnia. *N Eng J Med* 1990;332:239-48.
2. Cisneros T, Villar A, Hidalgo L, Agudo C, López-Miranda J, Pérez-Jiménez F. Estudio sobre la indicación de las benzodiazepinas en el tratamiento del insomnio. *Med Clin (Barc)* 1990;95:681-83.
3. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 1987;10:45-56.
4. Laporte JR, Capella D. Benzodiazepine insomnia; ¿Deben ir siempre juntos? *Med Clin (Barc)* 1990;95:693-695.
5. Espici C. ABC of sleep disorders: Practical Management of Insomnia. Behavioural and cognitive techniques. *British Medical Journal* 1993;306:509-11.
6. Alvarez-Rueda M, Gutiérrez-Aguilar J, Krassovitch M. El manejo de los fármacos ansiolíticos e hipnóticos en el paciente geriátrico. *Salud Mental*. 1991;14: 25-33.
7. Busto J y cols. Withdrawal reaction after long-term therapeutic use of benzodiazepines. *N Eng J Med* 1986;14:854-859.
8. Hernández-Alvarez L, Márquez-Orozco C, Márquez-Orozco A, Hics-Gómez J. Efectos Teratológicos de las benzodiazepinas. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1991;59:195-201.
9. Wallace B, Meniessor D. Distinctions between long-acting and short-acting benzodiazepines. *J Clin Psychiatry*. 1992;53:12(Suppl):4-7.
10. Walsh J, Engelhardt CH. Trends in the pharmacologic treatment of insomnia. *J Clin Psychiatry*. 1992;53:12
11. Cutler NR, Narang PK. Implications of tricyclic antidepressants and benzodiazepines in geriatrics. *Psychiatry North Am* 1984;7:845-861