

EOPs: Tratamiento no farmacológico del insomnio primario

Non pharmacologic treatment of primary insomnia

Santiago Esteban*

Resumen

A partir de una viñeta clínica de un paciente con insomnio primario se revisa la evidencia existente sobre tratamientos no farmacológicos para aliviar dicha condición clínica, concluyéndose que la recomendación de la práctica de actividad física (4h antes del horario planificado del sueño) y las terapias cognitivo conductuales son las que cuentan con mayor respaldo bibliográfico.

Abstract

From a clinical vignette of a patient with primary insomnia, the author searched the evidence about non-pharmacological treatments to alleviate thi clinical condition. He concludes that the recommendation of physical activity (4 h before planned sleep schedule) and cognitive therapies - behavioral are those with greater literature support.

Palabras clave: insomnio primario, tratamiento no farmacológico. **Key words:** primary insomnia, non-pharmacologic treatment.

Esteban S. Tratamiento no farmacológico del insomnio primario. Evid Act Pract Ambul. Oct-Dic 2012.15(4). 156-157.

Caso clínico

Se presenta a la consulta una paciente de 38 años, sin antecedentes de relevancia. Refiere dificultad para sostener el sueño desde hace seis semanas y somnolencia diurna. Al interrogatorio la paciente no relata ninguna situación reciente que justifique su dificultad para dormir. El médico sabe que muchos pacientes reciben psicofármacos directamente y que luego no suelen cumplir con los plazos del tratamiento. Se pregunta si hay otras estrategias terapéuticas más allá de la farmacológica.

Pregunta que generó el caso:

En pacientes adultos sanos, ¿cuáles son las estrategias terapéuticas no farmacológicas para el insomnio primario?

Estrategia de búsqueda

Se buscó en Trip Database (www.tripdatabase.com) utilizando los siguientes criterios de búsqueda: Insomnia, Insomnia treatment, Insomnia non-pharmacological treatment, insomnia behavioral treatment, insomnia integrative medicine treatment, insomnia acupuncture, insomnia meditation, insomnia qi gong, insomnia yoga, insomnia taijiquan. Luego se eligieron los artículos y guías de práctica clínica más recientes que presentaron la mayor calidad de evidencia. Fuente: <http://www.tripdatabase.com/publications>

Algunos aspectos sobre el insomnio

El concepto de insomnio engloba varias manifestaciones clínicas: dificultad para conciliar el sueño, dificultad para sostenerlo, despertar temprano o sueño no reparador a pesar de suficientes horas de descanso. Es la patología del sueño más prevalente. La variabilidad de prevalencia encontrada en diferentes estudios se relaciona con la definición de insomnio utilizada. Si se toma en cuenta únicamente la definición del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Problemas Mentales (en inglés: DSM-IV), la prevalencia rondaría el 6%. Sin embargo, utilizando definiciones más amplias oscilaría entre 15 y 30% . Es importante además tener en cuenta el impacto que esta patología tiene sobre la calidad de vida ya que diferentes estudios la asocian a somnolencia diurna y a trastornos anímicos como irritabilidad, disforia, tensión y depresión. Además se demostró una disminución en los niveles de concentración y en la calidad laboral, como también un aumento en la incidencia de depresión, ansiedad y en la utilización de los servicios de salud¹.

De acuerdo a si hay alguna causa involucrada se lo clasifica en primario (sin comorbilidad identificable) o secundario (p. ej. en el contexto de un síndrome depresivo); y de acuerdo a su duración en agudo (menor a cuatro semanas) o crónico (mayor a cuatro semanas).

Resumen de la evidencia (por estrategia terapéutica)

Higiene del sueño

Esta estrategia consiste en todas aquellas medidas que permitirían un mejor descanso, sin ser tratamientos en sí. Permiten al paciente ser más consciente de los factores temporales, conductuales y ambientales que impactan negativamente sobre su descanso

- Establecer horarios fijos para el descanso y el despertar
- Intentar relajarse antes de dormir
- Mantener un ambiente de descanso confortable
- Evitar siestas diurnas
- Evitar cafeína, nicotina y/o alcohol hasta las seis horas anteriores al descanso
- Evitar realizar ejercicio hasta cuatro horas antes del descanso
- Evitar ingestas copiosas por la noche
- Evitar controlar la hora por la noche
- Utilizar el dormitorio únicamente para descansar o para la actividad sexual

Si bien no habría suficiente evidencia para determinar la efectividad de la higiene del sueño como intervención única^{1,2}; su recomendación está difundida en diferentes guías de práctica clínica y revisiones^{3,4,5,6,7}, idealmente combinándola con alguna forma de terapia cognitivo-conductual (control de estímulos, relajación o restricción del sueño)^{1,8}.

Práctica de actividad física

La evidencia en relación al efecto del ejercicio como tratamiento del insomnio primario proviene de una revisión sistemática llevada a cabo por la Colaboración Cochrane⁹. Los autores encontraron un único ensayo clínico aleatorizado (ECA) que había evaluado la implementación de 30 a 40 minutos diarios de ejercicio aeróbico de moderada a baja intensidad durante un período de 16 semanas en 43 pacientes mayores de 60 años ; estrategia que había sido comparada con la no realización de tratamiento alguno.

El resultado principal fue el cambio respecto a los valores basales del cuestionario de Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI); que evalúa, entre otras cosas, el tiempo

* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. santiago.esteban@hospitalitaliano.org.ar

para iniciar el sueño y la duración del descanso.

Sus resultados documentaron un efecto positivo del ejercicio sobre el sueño¹⁰.

La diferencia en el puntaje total del PSQI entre los grupos al final de la intervención fue de 3,4 (IC95% 1,9 a 5,4; $p < 0,001$); la diferencia en el tiempo hasta iniciar el sueño fue de 9,2 minutos ($p = 0,0007$) y la de la duración del descanso fue de 48 minutos ($p = 0,047$).

Terapias cognitivo-conductuales

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) están ampliamente recomendadas para el tratamiento del insomnio crónico^{5,7,12}. Se incluyen dentro de éste grupo:

- Terapia de control de estímulos
- Terapia de restricción de sueño
- Biofeedback
- Intención paradójica
- Meditación
- Relajación

En pacientes menores de 65 años, una revisión sistemática que incluyó siete ECA ($n = 396$, 18 a 65 años) evaluó la eficacia de las TCC en pacientes con insomnio primario. Si bien se constató una gran heterogeneidad* entre los diferentes estudios, los autores de esta revisión reportaron una mejoría en la calidad del sueño, en el tiempo de descanso y en el tiempo hasta el inicio del sueño. Por ejemplo, un estudio mostro un aumento del tiempo total de sueño en aproximadamente 30 minutos y una reducción del tiempo hasta el inicio del sueño de también 30 minutos, así como una tasa de cesación en el uso de hipnóticos de 76%, con un sostenimiento en el tiempo de estos efectos beneficiosos.

En pacientes mayores de 65 años, una revisión sistemática Cochrane incluyó seis ECA ($n = 282$, 80% mayores de 60 años). Las TCC resultaron efectivas para lograr mayor tiempo de descanso que el grupo control. Pero dada la estructura de las intervenciones, fue imposible determinar la efectividad de cada una por separado¹⁰.

En relación a la administración de las TCC en el contexto de la atención primaria, se encontraron tres ECA que habían evaluado éste aspecto^{14,15,16}. En los tres se comparó la TCC vs. control, con la intervención administrada por enfermeros de atención primaria de la salud. Los tres estudios comunicaron que los pacientes asignados a la intervención requirieron menos tiempo para conciliar el sueño (una reducción de aproximadamente 30 minutos) y uno de los ensayos, documentó además una reducción en del 30% en la utilización de hipnóticos¹⁴.

Tai Ji Quan (Tai Chi Chuan) y Qi Gong (Chi Kung)

No se encontraron artículos que hayan evaluado la efectividad del Tai Ji Quan y/o del Qi Gong para el tratamiento del insomnio.

Acupuntura

La evidencia actual sobre la efectividad de la acupuntura para el tratamiento del insomnio es en general de baja calidad metodológica, lo que arroja resultados inconsistentes¹⁰. Tres revisiones sistemáticas concuerdan con ésta afirmación^{17,18,19}. Sin embargo una reciente revisión sistemática²⁰ (46 ECA, $n = 3811$) evidenció diferencias significativas en el PSQI a favor de la acupuntura vs. control: $-3,28$ (IC95% $-6,10$ a $-0,46$; $p = 0,02$). De todas formas, los autores subrayan la limitación de los datos y la importancia de realizar estudios con mayor número de pacientes y de mayor calidad metodológica.

Conclusiones y recomendaciones

Esta revisión examinó la eficacia de las terapias no farmacológicas y sus actuales recomendaciones para el manejo del insomnio. De acuerdo a la evidencia encontrada y concordando con las actuales guías de práctica clínica, las terapias no farmacológicas son un excelente recurso para el tratamiento del insomnio crónico. Sin embargo, en algunos casos como el de la acupuntura, hay problemas metodológicos a la hora de evaluar adecuadamente su efectividad.

Una gran limitación de estas opciones terapéuticas es la inmensa variabilidad entre quienes las administran. Es por lo tanto necesaria una adecuada inversión en capacitación del personal de salud para poder utilizarlas adecuadamente y en forma sistematizada en atención médica primaria.

Por otro lado, hay un gran espacio para la investigación sobre modalidades terapéuticas como el Qi Gong, Yoga o Tai Ji Quan, sobre los cuales no hay evidencia actualmente, pero que han demostrado una gran efectividad en el tratamiento de diversas patologías crónicas.

En resumen, sería razonable recomendar la prescripción de higiene del sueño, ejercicio y terapias cognitivo conductuales como primera línea terapéutica consider la evidencia que las anula y su seguridad por encima de la farmacoterapia en aquellos casos en que los síntomas se sostengan más allá de las cuatro semanas, pudiéndose recomendar a la higiene del sueño aún en casos agudos (menos de cuatro semanas de evolución semanas)¹⁰.

Recibido el 14/05/2012 y aceptado el 10/12/2012.

Referencias

1. Guzmán Ariach, G. et al. (2009) Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Insomnia in Primary Care. Ministry of Health and Social Policy, Spain.
2. PRODIGY (2011) INSOMNIA <http://prodigy.clarity.co.uk/insomnia> [Mayo 2012]
3. Ringdahl, E.N., Pereira, S.L. and Detzell, J.E. (2004) Treatment of primary insomnia. *Journal of the American Board of Family Practice* 17(3), 212-219.
4. Sateia, M. and Nowell, P.D. (2004) Insomnia. *Lancet* 364(9449), 1959-1973.
5. Silber, M.H. (2005) Clinical practice. Chronic insomnia. *New England Journal of Medicine* 353(8), 803-810.
6. Budur, K., Rodriguez, C. and Földvary-Schaefer, N. (2007) Advances in treating insomnia. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 74(4), 251-266.
7. Alberta Medical Association (2009) Guideline for adult primary insomnia: diagnosis to management. Alberta Medical Association. www.topalbertadoctors.org
8. Morgehalter T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, Coleman J, Kapur V, Lee-Chiong T, Owens J, Pancer J, Swick T, American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. *Sleep* 2006 Nov 1;29(11):1415-9.
9. Montgomery, P. and Dennis, J. (2003) Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+ (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 1. John Wiley & Sons, Ltd.
10. King AC, Oman RF, Brassington GS, Bliwise DL, Haskell WL. Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults. *JAMA* 1997;277(1):32-37.
11. PRODIGY (2011) INSOMNIA <http://prodigy.clarity.co.uk/insomnia> [Mayo 2012]
12. Ramakrishnan, K. and Scheid, D.C. (2007) Treatment options for insomnia. *American Family Physician* 76(4), 5-526.
13. Wang, M.Y., Wang, S.Y. and Tsai, P.S. (2005) Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 50(5), 553-564.
14. Espie, C.A., Inglis, S.J., Tesser, S. and Harvey, L. (2001) The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour Research and Therapy* 39(1), 45-60.
15. Morgan, K., Dixon, S., Mathers, N. et al. (2004) Psychological treatment for insomnia in the regulation of long-term hypnotic drug use. *Health Technology Assessment* 8(8), 1-90.
16. Espie, C.A., MacMahon, K.M., Kelly, H.L. et al. (2007) Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep* 30(5), 574-584.
17. Cheuk, D.K.L., Yeung, J., Chung, K.F. and Wong, V. (2007) Acupuncture for insomnia (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 3. John Wiley & Sons, Ltd.
18. Huang, W., Kluener, N. and Bliwise, D.L. (2009) A systematic review of the effects of acupuncture in treating insomnia. *Sleep Medicine Reviews* 13(1), 73-104.
19. Ernst, E., Lee, M.S. and Choi, T.Y. (2011) Acupuncture for insomnia? An overview of systematic reviews. *European Journal of General Practice* 17(2), 116-132.
20. Cao, H., Pan, X., Li, H., and Liu, J. (2009) Acupuncture for treatment of insomnia: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Alternative & Complementary Medicine* 15(11), 1171-1186.