

La terapia no farmacológica es más efectiva a largo plazo en el tratamiento del insomnio en ancianos.

Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. Morin C, Colecchi C, Stone J et al. JAMA, March 17, 1999-Vol 281, No. 11.

Objetivo

Evaluar la eficacia clínica del tratamiento farmacológico y no farmacológico, solos o combinados, en el insomnio del anciano.

Diseño

Estudio clínico randomizado, placebo-controlado.

Lugar

Estudio realizado en un solo centro médico-académico de Quebec, Canadá.

Pacientes

78 adultos (50 mujeres, 28 hombres. Edad media 65 años) con insomnio crónico primario, tratados en forma ambulatoria durante 8 semanas con seguimiento a los 3, 12 y 24 meses.

Intervención

Terapia cognitiva-conductista (control de estímulos, restricción de sueño, higiene del sueño y terapia cognitiva) (n=18), farmacoterapia (temazepam) (n=20), o ambas (n=20) comparadas con placebo (n=20).

Medición de resultados principales

Tiempo hasta despertar luego del comienzo del sueño y eficacia del

sueño fueron medidos por registros de los pacientes, polisomnografía e índices clínicos de valoración del sueño.

Resultados principales

Los 3 tratamientos activos fueron más efectivos que el placebo en la evaluación post-tratamiento inmediato. Hubo una tendencia para la forma combinada de tratamiento de mejorar el sueño más que las formas aisladas. El porcentaje de reducción de despertares fue el más alto para la forma combinada (63,5%), seguido por la terapia no farmacológica (55%), farmacoterapia (46,5%) y placebo (16,9%).

Los sujetos tratados con terapia no farmacológica mantuvieron su respuesta al tratamiento en el seguimiento posterior a largo plazo, lo que no ocurrió en los tratados con farmacoterapia solamente. La terapia no farmacológica, sola o combinada, fue más efectiva que la farmacoterapia sola en el seguimiento posterior.

Conclusiones

La terapéutica no farmacológica y farmacológica son efectivas en el manejo a corto plazo del insomnio del anciano. La mejoría en el sueño es más sostenida en el tiempo con el tratamiento no farmacológico.

Fuente de financiamiento: National Institute of Mental Health, Canadá.

COMENTARIO

Insomnio es la percepción de una inadecuada o pobre calidad del sueño por una o más de las siguientes causas:

- 1) Dificultad para dormir.
- 2) Despertar frecuentemente durante la noche con dificultad para retornar al sueño.
- 3) Despertarse demasiado temprano en la mañana.
- 4) Sueño no reparador.

Su consecuencia resulta en sensación de cansancio, falta de energía, dificultad en la concentración e irritabilidad durante el día. Se lo clasifica como transitorio (una o pocas noches o semanas), intermitente ("on-off"), o crónico (más de un mes).

Puede ser el resultado de entidades psiquiátricas o médicas que deben excluirse (entre ellas depresión, apnea del sueño y Sme. de piernas inquietas) o puede tratarse de insomnio primario, sin relación a otra etiología ¹.

Las consecuencias del insomnio crónico incluyen dependencia de drogas hipnótico-sedativas, ingesta de alcohol y depresión mayor. Es una condición prevalente en los ancianos (12 a 25% de los ancianos sanos) y aún más en los que presentan enfermedades ². A pesar de su alta prevalencia y negativo impacto, menos del 15% de los individuos con insomnio crónico reciben tratamiento ³.

El tratamiento farmacológico ha probado ser efectivo en el manejo a corto plazo del insomnio con zolpidem, temazepam o midazolam ⁴, pero existe poca información sobre la eficacia a largo plazo o si los cambios obtenidos son sostenidos en el tiempo luego que la medicación es discontinuada.

Varias intervenciones no farmacológicas han demostrado ser efectivas para el manejo del insomnio, 2 meta-análisis han demostrado que producen mejoría en el 70-80% de los pacientes con insomnio primario ⁵. Entre ellas se encuentran: terapia de relajación (técnicas para relajar músculos y disminuir la ansiedad y tensión muscular), terapia de restricción de sueño (acortar el tiempo pasado en cama al actual tiempo de sueño), terapia de control de estímulos (restringe el uso del dormitorio para el sueño o sexo) y terapia cognitiva (identifica actitudes disfuncionales acerca del sueño y las reemplaza con información valedera).

Este es el primer estudio placebo-controlado que comparó los efectos combinados y separados en el corto y largo plazo de las terapias farmacológicas y no farmacológicas.

Se demuestra que la terapia no farmacológica obtiene una significativa ganancia clínica en un período de 2 años luego de un tiempo relativamente corto de tratamiento (8 semanas), lo que no ocurre con los tratados con farmacoterapia sola.

Algunas limitaciones metodológicas serían: el tamaño relativamente pequeño de la muestra y la generalización de los hallazgos (ya que fueron excluidos más de la mitad de los posibles candidatos por presentar enfermedades concomitantes o no poder abandonar los sedantes que utilizaban previamente).

El desafío para nuestra práctica clínica es ver la manera de obtener un óptimo modelo de integración secuencial entre ambos tipos de abordaje terapéutico para beneficio de nuestros pacientes.

Dr. Juan Andrés Torres.

Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referencias

- 1 y 2. Tossing and turning with insomnia. Hwang M, Glass R. JAMA, March 17, 1999-vol 281, patient page.
3. Insomnia and its treatment. Mellinger G, Balter M. Arch Gen Psychiatry, 1985;42: 225-232.
4. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: meta-análisis. Nowel P, Mazumdar S. JAMA 1997-278: 2170-2177.
5. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Katon W, Von Korff M. JAMA 1995, 273: 1026-1031.