

SIM EXPRESS

¿En qué casos se debe tratar el insomnio con medicamentos?

En el tratamiento del insomnio son fundamentales las medidas higiénicas relacionadas con el sueño [horario regular, comodidad del sueño en términos de luz, ruido, etc., descartar (y tratar) patologías, medicamentos o drogas que puedan ser causa de insomnio, etc.]. Los hipnosedantes sólo deben ser prescritos si el insomnio es grave, incapacitante o causante de importante estrés. Además:

- se debe recomendar la dosis mínima que mejore los síntomas,
- el tratamiento no debe durar más de 4 semanas,
- no se recomienda el uso prolongado crónico,
- el tratamiento debe ser retirado de manera gradual, y
- cuando se usa una benzodiacepina como hipnótico, el tratamiento deber ser intermitente en la medida de lo posible.

Se recuerda que los hipnosedantes "z" (zolpidem, zopiclona, zaleplona) no han mostrado diferencias respecto a las benzodiacepinas.

En un gran metanálisis de ensayos clínicos sobre hipnosedantes en el tratamiento del insomnio se concluyó que de cada 13 personas mayores de 60 años que tomen uno de estos fármacos durante como mínimo cinco noches consecutivas:

- Sólo en una el sueño mejorará y no habría mejorado si hubiera tomado placebo. Es preciso señalar que esta mejora consiste en dormir 25 minutos más por término medio y en un despertar en mitad de la noche de menos cada dos noches. En las otras 12 personas el hipnosedante no modifica el patrón de sueño, y su sueño no mejora más que con placebo.
- Dos personas presentarán algún efecto adverso (resaca, somnolencia, confusión, efectos psicomotores), que no habrían aparecido si hubieran tomado placebo. En las otras 11 personas el hipnosedante no modificaría estos efectos.
- Cuando se compararon los hipnosedantes z (zopiclona, zolpidem, zaleplona), no se hallaron diferencias con las benzodiacepinas.

En un gran estudio observacional realizado en Noruega, los conductores de vehículos de 18 a 69 años que habían recibido una prescripción de zopiclona o de zolpidem en los siete días anteriores presentaban un riesgo del doble de accidente de tráfico, comparados con los que no habían recibido ninguna prescripción de estos fármacos. Se registraron 5 a 9 accidentes por cada 1.000 años-persona de exposición, comparado con 2 por 1.000 años-persona entre las personas que no reciben estos fármacos. No se hallaron diferencias entre zopiclona, zolpidem y nitrocepan.

En otro gran estudio observacional se registró un aumento de la incidencia de fractura de cuello de fémur asociada a exposición a benzodiacepinas.

Los resultados de una encuesta realizada en el Reino Unido a personas que habían recibido una prescripción de un hipnótico en los seis meses anteriores dan una idea de lo que está ocurriendo en la práctica clínica. La elevada tasa de prescripciones repetidas, así como el uso de estos fármacos durante el día, son indicadores de una elevada prevalencia de problemas de dependencia. Un 92,1% de las prescripciones fueron repetidas; un 67,41% de los encuestados tomaban estos fármacos durante el día. Un 42,3% no habían recibido consejos relativos a la

duración del tratamiento, y entre los que los habían recibido, a un 45% se les había aconsejado que prolongaran el tratamiento más allá de las recomendaciones oficialmente aprobadas. Un 87% de los usuarios creía que su insomnio había mejorado con el fármaco y un 72,1% deseaba seguir tomándolo. No se registraron ventajas de los fármacos z sobre las benzodiazepinas.

Se concluye que la prescripción de hipnóticos debe ser revisada y modificada periódicamente, que los riesgos asociados al uso continuado y prolongado de estos fármacos son conocidos desde hace tiempo, y que en el plan general de tratamiento del insomnio es fundamental aconsejar sobre las medidas de higiene del sueño. Sólo se debe tratar el insomnio con fármacos si es grave, incapacitante o causante de gran malestar, y no se recomienda el uso crónico prolongado de los hipnosedantes.

Fuente: Base de datos SIETES: <http://www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=92154> Hypnotics. *MeReC Bulletin* 2012;22:8-10. ID 92154