

# Insomnio

# Asesoramiento integral

■ SALVADOR GIMÉNEZ SERRANO • Médico.

En este artículo se analizan la etiología y las tipologías más habituales de un trastorno común como es el insomnio, insistiendo en las medidas de higiene vital que pueden contribuir a su resolución, pero revisando, asimismo, las opciones de tratamiento farmacológico, sobre todo las que permiten un abordaje desde la oficina de farmacia.

**C**asi todo el mundo tiene noches en las que duerme poco y mal, generalmente debido al estrés, a la acidez gástrica o por haber abusado de la cafeína o el alcohol, pero el insomnio es algo más. Es el más común de los trastornos del sueño y significa la falta de sueño reparador que aparece de forma regular o frecuente, a menudo sin razón aparente.

En el insomnio se incluye la dificultad para dormirse, el despertarse con frecuencia por la noche con dificultad para volverse a dormir, el despertarse temprano por la mañana y el sueño no reparador. Este trastorno puede ser:

- Transitorio, cuando dura unos pocos días o unas pocas semanas.
- Intermitente, si se presentan episodios de insomnio de vez en cuando.
- Crónico, si aparece muchas noches y dura un mes o más.

Si bien el promedio de horas de sueño en el adulto se sitúa alrededor de las 7 horas y media, hay quien tiene suficiente con 4 o 5 horas, mientras



que otros necesitan 9 o 10 cada noche. Con el avance de la edad, con frecuencia se modifican los hábitos del sueño y del ritmo de vida, que se combinan para reducir el número de buenas noches de sueño. Esto puede afectar no sólo al nivel de actividad diurna, sino también a la salud, puesto que el sueño ayuda a estimular el sistema inmunitario de defensa frente a las agresiones externas de gérmenes y microorganismos.

## SÍNTOMAS

Una de cada tres personas, aproximadamente, padece insomnio en algún momento de su vida, pero esto no implica necesariamente que permanezcan todas las noches en blanco. Cambios sencillos en los hábitos y en la rutina diaria pueden tener como resultado un sueño mejor y de mayor calidad.

Entre los síntomas más frecuentes del insomnio se encuentran los siguientes:

- Incapacidad para dormir o para dormir suficientemente por la noche.
- Dificultad para dormirse por la noche.
- Despertares frecuentes durante la noche.
- Fatiga o somnolencia diurna.
- Irritabilidad durante el día.

## CAUSAS

Existen factores que parecen predisponer a ciertas personas a padecer insomnio. La edad avanzada, el sexo femenino (especialmente tras la menopausia) y una historia de depresión son los más frecuentes. Si existen además otros trastornos como estrés, ansiedad, otras enfermedades o se toman ciertos medicamentos aún es más probable padecer insomnio.

Las causas más comunes del insomnio son:

- Estrés. Las preocupaciones reales sobre el trabajo, los estudios, la salud o la familia mantienen activa la mente, que es incapaz de relajarse para dormir. Un aburrimiento excesivo, como el que puede aparecer tras la jubilación o durante una larga enfermedad, también pueden producir estrés y dificultar el sueño.
- Ansiedad. La ansiedad diaria así como los trastornos severos de ansiedad mantienen la mente en un estado de alerta que dificulta coger el sueño al principio y produce despertares durante la noche.
- Depresión. La depresión puede producir un aumento del sueño o problemas para dormir. Puede ser debido al desequilibrio de los compuestos quími-

cos cerebrales o a las preocupaciones que acompañan a la depresión, capaces de mantener despierto al paciente.

- Consumo de estimulantes. Algunos fármacos con receta, entre ellos antidepresivos, antihipertensivos y corticoides, pueden interferir el sueño. Pero también numerosos medicamentos de venta sin receta contienen cafeína y otros estimulantes. Algunos antihistamínicos inicialmente pueden producir somnolencia, pero también pueden provocar trastornos urinarios que hacen que quien los toma tenga que levantarse más veces por la noche.

- Cambios en el entorno o en el horario de trabajo. Viajar o trabajar hasta tarde o muy temprano y los cambios de turno laboral pueden interrumpir los ritmos circadianos del organismo, haciendo difícil alcanzar el sueño cuando se necesita. Los ritmos circadianos actúan como relojes internos, controlando el horario diario del ciclo sueño-vigilia, del metabolismo y de la temperatura corporal, la presión arterial, etc.

## Entre los 50 y los 70 años el sueño se vuelve menos reparador

- La recomendación médica sobre los medicamentos somníferos es que no deben tomarse durante más de 4 semanas, hasta que surtan efecto las medidas generales para inducir el sueño. Si se necesitan tomar durante más tiempo, no deben superarse las dos o tres veces por semana, para evitar que el consumo se convierta en un hábito. Con frecuencia, los somníferos dejan de ser eficaces con el tiempo.

- Enfermedades médicas que producen dolor. La artritis, la fibromialgia y las neuropatías son enfermedades comunes que producen dolor de tipo neurológico, que dificulta el sueño y su calidad.

- Insomnio de conducta. Se presenta cuando uno está excesivamente preocupado sobre su incapacidad para dormir bien e intenta dormir por todos los medios. La mayoría de las personas con este trastorno duermen mejor cuando no están en su entorno habitual para dormir o cuando no están inten-

tando dormir, por ejemplo, cuando están viendo la televisión en el sofá.

- Ronquidos. Evidentemente, los ronquidos del compañero de cama o de habitación pueden mantener despierto al otro.

- Cenar demasiado y/o tarde por la noche. El malestar físico que se produce al acostarse cuando una persona ha cenado demasiado y demasiado tarde puede dificultar el sueño, generalmente a causa de la acidez de estómago que se produce por reflujo de los ácidos gástricos de la digestión hacia el esófago.

## EL FACTOR EDAD

Como se ha señalado, el insomnio se vuelve más frecuente con la edad. Con el envejecimiento aparecen tres cambios que con frecuencia suelen afectar al sueño. Son los siguientes:

- Cambio en los patrones del sueño. Entre los 50 y los 70 años, el sueño se vuelve menos reparador. Las fases primera y segunda del sueño duran más. Estas fases son las de sueño transicional y de sueño ligero sin movimientos oculares rápidos (sueño no REM). En estas edades, las fases 3 y 4 —las de sueño profundo y reparador— duran menos. Al ser el sueño más ligero, es más probable despertarse. Además, con la edad el reloj biológico interno se acelera, uno se siente más cansado antes por la tarde-noche y consecuentemente se despierta antes por la mañana.

- Cambio en la actividad. Con la edad se reduce la actividad física y social, que ayudan a estimular una buena noche de sueño. También se tiene más tiempo libre y, por tanto, se puede hacer la siesta y beber más café o alcohol. Todo ello interfiere el sueño de la noche.

- Cambio en el estado de salud. El dolor crónico de enfermedades como la artritis y otras enfermedades reumáticas, así como la depresión, la ansiedad y el estrés suelen interferir el sueño. Los hombres ancianos a menudo desarrollan una hipertrofia prostática benigna, lo que les produce la necesidad de orinar frecuentemente, incluso por la noche, lo cual también les interrumpe el sueño. En las mujeres, las sofocaciones que acompañan a la menopausia también interrumpen el sueño. Otros trastornos del sueño como las apneas nocturnas y el síndrome de las piernas inquietas también son más comunes con la edad. Las apneas del sueño producen una interrupción periódica de la respiración durante toda la noche y despiertan a la persona. El síndrome de las piernas inquietas produce una sensación desagradable en las piernas y un deseo de moverlas, lo que puede impedir la conciliación del sueño.

## CUÁNDO ACUDIR AL MÉDICO

El insomnio es un trastorno de la salud común y generalmente transitorio. Pero si el afectado se encuentra más cansado de lo habitual y si ha pasado más de un mes desde que no es capaz de dormir cuando quiere, su sueño no es reparador y se levanta ya cansado por la mañana, es posible que haya desarrollado un insomnio crónico. Éste es el momento de consultar al médico para conocer la causa y tratarla apropiadamente.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico puede ser difícil de establecer a causa de la naturaleza parcialmente subjetiva de este trastorno. El tipo de patrón de sueño y el grado de fatiga diurna de algunas personas pueden representar indicios de insomnio que en otras personas no lo son.

La historia clínica del insomnio puede ser compleja y el interrogatorio del médico al respecto puede ser exhaustivo: desde cuándo hay problemas para dormir, con qué frecuencia, si ronca por la noche, su nivel de actividad diurna, si toma otras medicaciones, si padece otras enfermedades, etc. Puede incluso hacerle rellenar un cuestionario sobre el nivel de somnolencia diurna en momentos como la sobremesa, cuando estando sentado o leyendo, viendo la televisión o conduciendo el coche.

El médico puede hacerle rellenar un «diario del sueño» durante un par de semanas, con observaciones acerca de la hora a la que se va a la cama, a la que se levanta, cuánto tarda en dormirse, cuánto cree que duerme durante la noche y lo descansada que se levanta la persona por la mañana. El/la compañero/a de cama también puede añadir sus propias observaciones en el diario.

En algunos casos el proceso de diagnóstico puede requerir también pasar una noche en un laboratorio de trastornos del sueño, en donde un equipo especializado monitoriza y registra una serie de actividades corporales durante el sueño nocturno, como las ondas cerebrales, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, los movimientos oculares y los movimientos corporales.

## ABORDAJE TERAPÉUTICO

Si las recomendaciones generales no funcionan o existe otra enfermedad que predisponga al insomnio, suele ser necesario un tratamiento médico con fármacos que estimulen la relajación y el sueño.

Con frecuencia suele ser útil la administración de medicamentos para

dormir durante unas pocas semanas hasta que se pase la fase aguda de estrés o hasta que empiecen a funcionar las recomendaciones generales para dormir mejor. No se recomienda su administración a largo plazo porque pueden crear dependencia y otros efectos secundarios. Además, estos fármacos suelen volverse cada vez menos eficaces con el tiempo.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico del insomnio crónico y los estados ansiosodepresivos asociados se efectúa habitualmente mediante ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos: benzodiazepinas, agonistas 5-HT<sub>1A</sub> (buspirona), bloqueadores de algún componente vegetativo, antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la MAO (imipramina, fluoxetina, fluvoxamina y amitriptilina), bloqueadores beta, análogos a las benzodiazepinas (zopiclona y zolpidem) y clometizol (ansiolítico, hipnótico y anticonvulsivante).

En todos los casos citados, se trata de terapias farmacológicas que deben ser estrictamente dirigidas por el médico y que precisan receta para su dispensación. A continuación se abordarán más detenidamente las terapias farmacológicas que permiten la prescripción farmacéutica. Se basan, fundamentalmente, en la administración de ciertos antihistamínicos H<sub>1</sub>.

### Antihistamínicos H<sub>1</sub>

Para el tratamiento del insomnio transitorio se emplean doxilamina y difenhidramina.

#### *Doxilamina*

Es un antihistamínico H<sub>1</sub> derivado de la etanolamina. Posee una importante acción hipnótica y sedante, así como actividad anticolinérgica y antiemética. Está indicado en el tratamiento sintomático del insomnio ocasional.

Deben evitarse los tratamientos superiores a dos o tres semanas y la supresión del mismo debe efectuarse de forma gradual, a fin de minimizar el riesgo de insomnio de rebote.

No debe administrarse a personas con asma, glaucoma, hipertrofia prostática, retención urinaria, antecedentes de hipersensibilidad, ni en mujeres embarazadas o en período de lactancia (está enmarcado en la categoría B de la clasificación de la FDA en cuanto a teratogénesis).

Debe recomendarse a los pacientes que la utilicen, que eviten en lo posible la conducción de vehículos y el manejo de maquinaria peligrosa de precisión. Además, cabe recordar que los efectos

sedantes de doxilamina y alcohol etílico se potencian mutuamente.

Los efectos adversos de doxilamina son, en general, leves y transitorios. Ocasionalmente puede producir efectos anticolinérgicos como sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria, somnolencia residual o hipersecreción bronquial. Otros efectos son raros o excepcionales.

Su posología es de 25 mg, media hora antes de acostarse, en personas adultas.

#### *Difenhidramina*

Es un antialérgico, antagonista competitivo de los receptores H<sub>1</sub> de la histamina, cuyo efecto secundario, la sedación, al igual que con doxilamina, se aprovecha para tratar el insomnio ocasional.

No debe administrarse más de una semana seguida. Está contraindicado en casos de alergia al principio activo, crisis asmática, glaucoma, hipertrofia prostática, úlcera péptica estenosada, obstrucción piloroduodenal y arritmias cardíacas. Como doxilamina, no debe administrarse a mujeres embarazadas o lactantes (categoría B de la FDA).

Se desaconseja la conducción de vehículos y el manejo de maquinaria peligrosa hasta pasadas varias horas de la administración del fármaco.

En el apartado de las interacciones, cabe destacar que su efecto sedante puede verse aumentado por el uso simultáneo de otros depresores del sistema nervioso central (barbitúricos, alcohol, etc.). Además, los efectos anticolinérgicos pueden ser potenciados por el consumo de antidepresivos tricíclicos e IMAO.

Los efectos adversos más comunes de difenhidramina son leves y no obligan a la suspensión del tratamiento: anorexia, dolor de estómago, estreñimiento, diarrea, sequedad de boca, retención urinaria y visión borrosa.

En adultos se dosifica a razón de 50 mg media hora antes de acostarse y en niños mayores de 12 años, de 25 a 50 mg en ese mismo momento (en caso de producirse somnolencia residual a la mañana siguiente, se aconseja una reducción de la dosis).

## MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Se ha exagerado mucho sobre los beneficios de la melatonina para combatir el insomnio, prevenir el *jet-lag*, controlar el cáncer, rejuvenecer la vida sexual y retrasar el envejecimiento. Sin embargo, poco es lo que se ha demostrado científicamente de todo ello. En una pequeña proporción de personas con insomnio y deficiencia de esta hormona, producida normal-

mente por el organismo, la melatonina podría ayudar, aunque se conoce poco acerca de sus posibles efectos secundarios y riesgos para la salud.

### TRATAMIENTO FITOTERAPÉUTICO

Frente a lo que sucede con numerosos somníferos de síntesis química, las plantas medicinales sedantes y tranquilizantes son capaces de inducir un sueño natural y reparador, sin provocar somnolencia residual a la mañana siguiente y sin riesgo de crear dependencia. Con este fin, tradicionalmente se han utilizado, sobre todo, valeriana (*Valeriana officinalis* L.), pasiflora (*Passiflora incarnata* L.), tila (*Tilia platyphyllos* L.), lúpulo (*Humulus lupulus* L.) y amapola de California (*Eschscholzia californica* Cham.).

El farmacéutico deberá recomendar, siempre que sea posible, aquellas plantas que se encuentren registradas como especialidades farmacéuticas o, en su defecto, aquéllas que posean un registro de planta medicinal.

#### Valeriana (*Valeriana officinalis* L.)

Se trata de una planta herbácea de gran talla, que crece en prados, riberas de ríos y bosques húmedos de casi toda Europa. La droga está constituida por el rizoma, la raíz y los estolones, generalmente desecados.

Su posología es la siguiente:

- Infusión de raíz estabilizada (1:1): 30-50 gotas, de una a tres veces al día.
- Extracto fluido (1:1): 30-50 gotas, de una a tres veces al día.
- Tintura (1:5): 50-100 gotas, de una a tres veces al día.
- Suspensión integral de planta fresca: 2,5 ml, tres veces al día.
- Extracto seco (5:1): de 300 a 1.200 mg/día.
- Polvo de raíz: 1-4 g al día, en dosis de 300-500 mg.
- Aceite esencial: 2-4 gotas, de una a tres veces al día.
- Jugo fresco de rizoma: una cucharada de café o de postre al día.

En las dosis prescritas habitualmente carece de toxicidad, pero su uso prolongado puede crear dependencia, por lo que se aconsejan tratamientos discontinuos. Por la noche, se recomienda tomarla al menos una hora antes de la cena.

Se emplea como tranquilizante moderado en casos de nerviosismo generalizado, intranquilidad, insomnio y en estados de ansiedad y tensión, debido a su acción sedante sobre el sistema nervioso central, que propicia la inducción del sueño y mejora su calidad.

En el mercado español existen numerosos preparados de valeriana comercializados, ya sea en forma de droga triturada para infusión, grageas, comprimidos, cápsulas y suspensión integral de droga fresca. Asimismo, pueden adquirirse diferentes tipos de extractos para formulación magistral. Se recomiendan las formas galénicas que eviten el olor nauseabundo inherente a esta planta.

Está contraindicada en embarazo y lactancia por su alto contenido en aceites esenciales. En su prescripción debe tenerse en cuenta el contenido alcohólico del extracto fluido y de la tintura.

**Si se trabaja a turnos,  
es mejor cambiarlos  
cada tres semanas,  
en lugar de hacer  
rotaciones semanales**

#### Pasiflora (*Passiflora incarnata* L.)

Se trata de una planta trepadora originaria de América tropical y subtropical, vulgarmente conocida como pasionaria, flor de la pasión o rosa de la pasión. La droga está constituida por las partes aéreas de la planta, especialmente las hojas y las flores.

Su posología habitual es:

- Tres tazas de infusión al día (una cucharada de postre infundida 10 minutos).
- 30-50 gotas de extracto fluido (1:1), de tres a 5 veces al día.
- 50-100 gotas de tintura (1:5), tres veces al día.
- 0,3-1 g/día de extracto seco (5:1).
- Una cucharada sopera de jarabe, tres o 4 veces al día.

Consumida con moderación carece de toxicidad, pero a dosis elevadas pueden provocar vómitos por su intenso sabor amargo. Debido a su contenido en alcaloides está contraindicada en el embarazo y en la lactancia.

Está indicada como tranquilizante en casos de insomnio transitorio, ansiedad, intranquilidad y trastornos nerviosos, especialmente en niños,

debido a su efecto sedante que favorece y prolonga el sueño. A la hora de prescribirla, debe tenerse en cuenta el contenido alcohólico del extracto fluido, la tintura y el jarabe.

#### Tila (*Tilia platyphyllos* L.)

El tilo abunda en el centro y sur de Europa y oeste de Asia, desde la Península Ibérica hasta Ucrania, los Balcanes, Anatolia, el Cáucaso y norte de Irán; por el norte alcanza Escandinavia. Es un árbol de hasta 30 metros, de copa amplia y regular, y hojas simples, alternas y caedizas, grandes (de 5 a 12 cm) y regularmente aserradas.

La posología habitual de la tila (inflorescencias del tilo) es la siguiente:

- Infusión: una cucharada de postre por taza (infundir durante 10 minutos). De dos a 4 tazas al día.
- Extracto fluido (1:1): 20-40 gotas, tres o 4 veces al día.
- Tintura (1:5): 50-100 gotas, de una a tres veces al día.
- Extracto seco (5:1): de 0,3 a 1 g/día.

Los preparados basados en sus inflorescencias están indicados en casos de insomnio y ansiedad. No deben prescribirse formas de dosificación orales con contenido alcohólico a niños menores de dos años ni a pacientes en proceso de deshabitación etílica.

#### Lúpulo (*Humulus lupulus* L.)

Se trata de una planta vivaz y trepadora que crece en los bosques caducifolios de las regiones templadas. La droga está constituida propiamente por las inflorescencias femeninas enteras (conos o estróbilos) desecadas.

Su posología habitual es:

- En infusión (30 g/l, 10 minutos): tres tazas al día.
- Macerado (de 30 a 50 g/l de 12 a 24 horas): tres tazas al día.
- Extracto fluido (1:1): 20 a 40 gotas, tres veces al día.
- Tintura (1:10): 50-100 gotas, de una a tres veces al día.
- Extracto seco (5:1): de 0,3 a 1 g/día.

Se utiliza en casos de malestar asociado a ansiedad e intranquilidad, hiperexcitabilidad e insomnio de origen nervioso, generalmente en combinación con otras drogas sedantes, debido a su acción hipnótico-sedante y depresora del sistema nervioso.

Las contraindicaciones del lúpulo se concretan en embarazo, lactancia y síndromes que cursen con hiperestrogenia. A la hora del prescribirlo debe tenerse en cuenta el contenido alcohólico del extracto fluido y de la tintura.

**Amapola de California****(*Eschscholzia californica* Cham.)**

Se trata de una planta herbácea anual que puede alcanzar los 40-50 cm de altura. Es originaria de California, donde crece en suelos secos y arenosos. La droga está constituida por la sumidad florida.

Su posología habitual es:

- Extracto fluido (1:1): de 30 a 50 gotas unas tres veces al día.
- Tintura (1:1, 50°): de 50 a 100 gotas, dos o tres veces al día.
- Jarabe (5-10% de extracto fluido): de una a tres cucharadas soperas al día.
- Cápsulas de polvo (250 mg/cápsula): de una a tres al día.
- Extracto seco (5:1): de 50 a 300 mg/día.

Utilizada con moderación, carece de toxicidad y no presenta riesgos de farmacodependencia.

Por sus propiedades hipnoticosedantes y su acción persistente que no llega a provocar depresión se utiliza para combatir el insomnio en niños y ancianos. Está contraindicada en casos de glaucoma, embarazo, lactancia y niños menores de 10 años. Es incompatible con benzodiazepinas y otros fármacos sedantes, antihistamínicos y bebidas alcohólicas. No debe prescribirse el extracto alcohólico a niños menores de dos años ni a pacientes en proceso de deshabituación etílica.

### RECOMENDACIONES GENERALES PARA DORMIR MEJOR

Normalmente, el insomnio es tratable, independientemente de la edad y la causa. La clave radica con frecuencia en realizar modificaciones de la rutina diaria y de la hora de acostarse. Existen algunas recomendaciones para tratar de vencer el insomnio que el farmacéutico debe transmitir a sus pacientes:

- Un horario estricto. Se debe intentar mantener un horario estricto tanto para la hora de acostarse como para la de levantarse.
- Limitación del tiempo que se pasa en la cama. Demasiadas horas en la cama suelen producir un sueño poco profundo y poco reparador. Intente levantarse todos los días a la misma hora, independientemente de la hora en que se haya ido a dormir.
- No intentar dormir a toda costa. Cuanto más se intente, más despierto se permanecerá. Es mejor leer un libro o ver la televisión hasta encontrarse soñoliento/a y entonces irse a dormir.

- Esconder el reloj en la habitación. Poner la alarma del despertador a la hora de levantarse, pero no dejar el reloj visible desde la cama. Cuanto menos se conozca la hora que es durante la noche, mejor dormirá el individuo.

- Ejercicio y actividad física. Hacer ejercicio cada día. Unos 20 o 30 minutos son suficientes, preferiblemente 5 o 6 horas antes de ir a dormir.

- Limitar o evitar el consumo de cafeína, alcohol y nicotina. La cafeína y la nicotina son estimulantes e impiden conciliar el sueño. El alcohol produce un sueño no reparador y con despertares frecuentes.

- Retrasar el reloj biológico interno. Si aparece el sueño demasiado temprano por la tarde, es conveniente salir fuera, a la luz del día o encender la luz en casa hasta más tarde.

- Cuidar los medicamentos que se toman. La persona debe consultar al médico si alguno de los fármacos que le han prescrito puede provocar alteraciones del sueño. Debe vigilarse la automedicación: algunos medicamentos sin receta contienen cafeína y otros estimulantes.

## El insomne no debe colocar su despertador en posición visible desde la cama

- No irse a dormir con dolor. Si el individuo padece alguna enfermedad dolorosa, es recomendable utilizar un analgésico eficaz durante la noche.

- Intentar relajarse por la noche. Un baño caliente o una cena ligera pueden facilitar una buena noche de sueño. Un masaje por parte del compañero de cama también puede ayudar a la relajación.

- No dormir la siesta. Dificulta el sueño por la noche. Si no puede pasar sin siesta, no debe durar más de 45 minutos.

- Limitar las interrupciones del sueño nocturno. Cerrar la puerta de la habitación, o poner en marcha lenta un ventilador en la habitación que no haga demasiado ruido y que además

de refrescar el ambiente, bloquee otros ruidos. Es bueno mantener la habitación a una temperatura confortable, fresca. Otra recomendación es no beber demasiado antes de ir a la cama para no tener que levantarse para ir al baño demasiadas veces.

### RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA LOS TRABAJADORES A TURNOS

El cambio de los ritmos normales de sueño y vigilia, como resultado de los cambios de turno laboral, requiere un período de ajuste. Los viajes a través de diferentes husos horarios también alteran los relojes biológicos internos. Son comunes el insomnio, la fatiga física y mental, la indigestión y la sensación general de mala salud.

Si el trabajo requiere cambios de turno constantes, el organismo tiene más dificultades para reajustarse con el paso del tiempo. Algunos estudios parecen sugerir que si los cambios de turno son frecuentes y se mantiene la rotación durante períodos prolongados de tiempo, aumenta el riesgo de enfermedades coronarias y de úlcera de estómago.

En casos en los que son inevitables los cambios de horario, puede ser recomendable:

- Cambiar de turno cada tres semanas, en lugar de hacer rotaciones semanales.

- Cambiar la secuencia de rotación: se mantiene un patrón de sueño más normal si la secuencia de la rotación de turnos es mañana-tarde-noche, que si es mañana-noche-tarde.

- La tolerancia al cambio de turno varía entre las personas. Si el individuo tiene problemas graves, ha de considerar el cambio de trabajo, o consultar al médico, que le podrá recetar algún medicamento en determinadas circunstancias. □

### BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Arco del J. El control de los riesgos en fitoterapia. En: Arteché A, Vanaclocha B, Güenechea JI, Uriarte C, editores. Fitoterapia. Vademécum de prescripción. Bilbao: COF Bizkaia, 1994.
- Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Chia-chien Ch, Derek King. The diagnosis and management of insomnia in clinical practice: a practical evidence-based approach. CMAJ 2000;162(2):216-20.
- Krystal AD. Insomnia in Peri-Menopausal and Post-Menopausal Women. Geriatric Times 2001;2 (3).
- Velasco JJ, Casanova J. El insomnio y su tratamiento. Boletín Información Farmacoterapéutica de Navarra 1995;3(2):9-16.