



Acreditado por el
 Consell Català de Formació Continuada
 de les Professions Sanitàries-
 Comisión de Formación Continuada del
 Sistema Nacional de Salud con
6,2 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com



Síndromes menores

1	Aftas
2	Fiebre
3	Conjuntivitis y sequedad ocular
4	Estreñimiento
5	Prurito vaginal
6	Diarrea
7	Cefalea
8	Dermatitis
9	Gripe y resfriado
10	Lumbalgia
11	Insomnio
12	Pirosis
13	Tos
14	Hemorroides
15	Prurito

Atención farmacéutica

TEMA 11

Insomnio

Esther Ganado Miguélez, Itxaso Garay Ruiz,
 Aida Hernando Diéguez, Lorena Vega García

Farmacéuticas comunitarias. Miembros del grupo Serantes del COFBI

Introducción

El insomnio es un trastorno del sueño que padece hasta el 30% de la población adulta en algún momento de su vida, y hasta el 50% de los mayores de 65 años de forma crónica.

No es una enfermedad, sino un síntoma que refleja una disfunción del ciclo sueño-vigilia. Aunque cada persona tiene sus requerimientos individuales, lo que se considera normal es dormir entre 5 y 10 horas. El tiempo ideal de sueño es aquel que permite a cada individuo realizar las actividades cotidianas con normalidad.

Para considerar que existe un trastorno del sueño, tiene que verse afectado el ritmo y la actividad diurna diaria; de lo contrario, no se trata propiamente de insomnio, aunque el sueño nocturno no dure más de 4 o 5 horas.

En un individuo adulto joven, el sueño se distribuye en las siguientes fases:

- Fase 1 (de adormecimiento): 5% de la duración total del sueño.
- Fase 2 (sueño superficial): 45-50%.
- Fases 3-4 (sueño profundo): 25%.
- Fase REM (*rapid eye movement*) (sueño paradójico o rápido): fase que comprende periodos de corta duración, en los que se producen las ensoñaciones.

La sincronización de los ritmos sueño-vigilia está regulada por la luz, por la actividad física e intelectual, y por las costumbres de cada individuo. El control del



©monkeybusinessimages/iStock/Thinkstock

Tabla 1. Efectos del insomnio sobre la salud

- Deterioro en la vida laboral y personal
- Somnolencia, fatiga y falta de energía durante el día
- Alteraciones del humor, irritabilidad y dificultad para concentrarse
- Aumento de la aparición de depresión, ansiedad y alcoholismo
- Envejecimiento prematuro
- Mayor riesgo de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cerebrovasculares (en caso de cronificación)

sueño es un proceso complejo que implica varias estructuras cerebrales y sistemas de neurotransmisores.

Los trastornos del sueño incluyen, además de la falta de sueño, las alteraciones en el ritmo sincronizado de sus fases.

Definición del trastorno

El insomnio se define como la «falta de sueño a la hora de dormir» (del latín *insomnium*). Implica una sensación subjetiva de malestar respecto a la duración del sueño o su calidad, de forma que éste se percibe como insuficiente y no reparador.

El trastorno engloba la incapacidad para conciliar el sueño, el aumento de despertares nocturnos, la disminución del tiempo de sueño con despertares demasiado tempranos, o la sensación de que el sueño ha sido insuficiente para recuperar la funcionalidad vital.

Las personas con insomnio a menudo presentan somnolencia durante el día, pero refieren no poder dormir cuando se producen los episodios de somnolencia. Por este motivo, muchos autores consideran el insomnio como un estado de hiperalerta o trastorno de la vigilia que dura las 24 horas del día.

En la tabla 1 se detallan los efectos del insomnio sobre la salud.

Los factores de riesgo para padecer insomnio son la edad avanzada, el sexo femenino, la etnia (mayor para los africanos que para los caucásicos), las

Tabla 2. Factores que pueden ocasionar insomnio

Factores patológicos	
Trastornos del movimiento	Síndrome de piernas inquietas
Trastornos respiratorios	Apnea del sueño de origen obstructivo, disnea, tos nocturna
Dolor crónico	Artritis, cefaleas, traumatismos
Enfermedades prostáticas	Hiperplasia prostática y carcinoma (nicturia)
Enfermedades endocrinas	Hipertiroidismo, diabetes mellitus e insípida (nicturia)
Alteraciones hormonales	Menopausia
Otras enfermedades orgánicas	Prurito, nicturia, enfermedad de Parkinson
Factores ambientales	
Condiciones ambientales para dormir	Ruidos, luz, ronquidos, etc.
Cambios en los horarios sueño-vigilia	Turnos laborales, <i>jet-lag</i>
Factores psíquicos	
Duelo, crisis o estrés, preocupaciones	Problemas familiares o laborales
Depresión subyacente	El insomnio es un síntoma frecuente en la depresión
Demencia	Cambios en el ritmo circadiano
Factores tóxico-farmacológicos	
Síntomas de abstinencia a alguna sustancia	Interrupción de tratamiento (p. ej., hipnóticos o benzodiacepinas)
Consumo de estimulantes	Drogas de abuso, café, té, alcohol y tabaco
Uso de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Simpaticomiméticos (efedrina) • Inhibidores del apetito (anorexígenos) • Betabloqueadores • Diuréticos (nicturia) • Esteroides anabólicos • Corticoesteroides • Antidepresivos • Anticonvulsivantes

patologías crónicas concomitantes, los trastornos psiquiátricos o los problemas psicológicos (ansiedad, depresión, problemas de pareja, laborales...). Asimismo, el propio insomnio es un factor de riesgo para padecer enfermedades mentales, concretamente depresión.

En general, las personas mayores no duermen menos que el resto de la población, sino que duermen de forma distinta. Con la edad, los periodos de sueño se distribuyen a lo largo de las 24 horas, lo que se traduce en una menor duración del sueño nocturno y un incremento de la tendencia al sueño, con siestas o «cabezadas» durante el día.

Etiología

En la tabla 2 se recogen los distintos factores que pueden ocasionar insomnio.

Epidemiología

Las cifras de prevalencia varían mucho de unos estudios a otros, algo que se debe fundamentalmente a la diferencia de criterios para definir el trastorno.

Se estima que la prevalencia anual de los trastornos del sueño en la población adulta oscila entre el 35 y el 50%, en tanto que la del insomnio propiamente dicho estaría en torno al 12-20%, y en el caso de las personas mayores de 55 años afectaría al 30% (Lemoin, 2012).

En un estudio realizado en España, se constató que el 21% de las personas mayores de 15 años tienen insomnio, siendo más común en las mujeres que en los hombres (24 frente al 18%), incrementándose esta prevalencia con la edad (Ohayon, 2010).

En cuanto al tipo de insomnio, un estudio realizado en Canadá (Morin, 2011) mostró que el insomnio relacionado con un acortamiento importante de la duración del sueño era la forma más común (50-70%), seguido de las dificultades para conciliar el sueño (35-60%) y el carácter no reparador de este (20-25%).

Clasificación

Existen varias clasificaciones, en función de:

- La fase del sueño en la que aparece:
 - Insomnio de conciliación: existe dificultad para conciliar el sueño (más de 30 minutos).
 - Insomnio de mantenimiento: se dan despertares frecuentes durante toda la noche (más de 3).
 - Despertar precoz: hay un despertar de madrugada y no es posible volver a conciliar el sueño (tiempo total de sueño inferior a 5 horas).
- La duración de los síntomas:
 - Transitorio: menos de 1 semana.
 - De corta duración: de 1 a 3 semanas.
 - Crónico: más de 3 semanas.
- La causa que lo origina:
 - Insomnio primario. Sus formas son, básicamente, apnea del sueño, síndrome de las piernas inquietas y mioclonías nocturnas.
 - Insomnio secundario. Entre estas causas, se encuentran algunos problemas médicos (asma, cáncer...), alteraciones psiquiátricas, malos hábitos del sueño y uso de ciertos medicamentos.

Diagnóstico

Para realizarlo, pueden utilizarse diferentes herramientas, entre las que destacan las siguientes:

- **Entrevista clínica.** Es el instrumento de diagnóstico por excelencia.

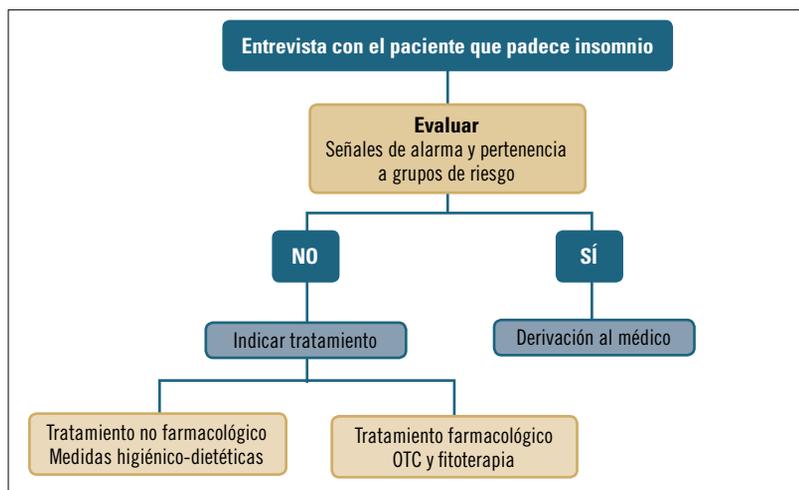


Figura 1. Criterios de derivación al médico

Se realiza una anamnesis en la que se incluyen preguntas acerca del comienzo y el curso del insomnio; también se obtiene información de la historia familiar, de otras enfermedades que pueda tener y del consumo de medicamentos u otras sustancias.

- **Historia del sueño.** Para recoger esta información, se usa un «diario de sueño-vigilia», que consiste en un registro por parte del paciente de la hora a la que se acuesta, el tiempo que está despierto en la cama antes de dormirse, la frecuencia con que se despierta durante la noche, la hora a la que se levanta por la mañana y/o cómo se siente el paciente por la mañana (calidad del sueño). Es útil para identificar patrones y condiciones que pueden estar afectando al sueño. En ocasiones, la información de la persona que duerme con el paciente es también fundamental, porque permite conocer si hay signos de movimientos anómalos durante el sueño o si se está ante un síndrome de apnea, entre otros.
- **Exploración física.** La exploración ayuda a saber si los síntomas tienen otra causa que no sea el insomnio.

Como herramientas complementarias, se dispone de la polisomnografía y de algunos cuestionarios.

La polisomnografía es un examen del sueño que se realiza en unidades especiales, en la cual se registran ciertas funciones corporales a medida que el paciente duerme o trata de dormir. Se usa relativamente poco, ya que es muy compleja y bastante cara.

Los cuestionarios son herramientas que pueden apoyar el diagnóstico, entre los cuales destacan los siguientes:

- Índice de Gravedad del Insomnio (ISI) (*Insomnia Severity Index*). Cuestionario breve y sencillo con 7 ítems que evalúa la gravedad del insomnio y el nivel de preocupación del paciente.
- Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) (*Pittsburgh Sleep Quality Index*). Cuestionario con 19 ítems que analiza diferentes factores determinantes de la calidad del sueño.
- Escala de Somnolencia de Epworth (ESS) (*Epworth Sleepiness Scale*). Cuestionario con 9 ítems que aporta información sobre el estado diario de somnolencia del paciente.

Criterios de derivación al médico (figura 1)

Ante un paciente que refiere insomnio, el farmacéutico debe evaluar si éste pertenece a algún grupo de riesgo, si presenta señales de alarma o si el trastorno podría estar provocado por un

fármaco de prescripción que esté tomando.

Se consideran grupos de riesgo:

- Niños menores de 12 años.
- Mayores de 80 años.
- Embarazadas o madres en periodo de lactancia.
- Enfermos crónicos y polimedicados.
- Enfermos psíquicos o con medicación que actúa sobre el sistema nervioso central (SNC).
- Pacientes inmunodeprimidos.
- Fumadores.

Se consideran signos de alarma, y que por tanto requieren la intervención del médico, los siguientes casos:

- Insomnio que perdura más de 3 semanas.
- Sospecha de reacción adversa a medicamentos.
- Presencia de afecciones como asma, dolor crónico, hipertiroidismo.
- Insomnio debido a otras patologías: apnea, síndrome de las piernas inquietas, mioclonías nocturnas...
- Pacientes con gran deterioro de la calidad de vida debido al insomnio, tanto en el ámbito personal como en el laboral.

Medidas higiénico-dietéticas

Es importante mantener una adecuada higiene del sueño, y pueden recomendarse unas conductas específicas para regular el ritmo del sueño y la vigilia:

- Establecer un horario regular de sueño: la hora de levantarse y acostarse debe ser la misma todos los días, con un margen de unos 30 minutos.
- Limitar el tiempo en la cama: en el caso de no dormir, en un plazo de 20-30 minutos hay que salir de la habitación, realizar algún ejercicio de relajación y volver cuando aparezca el sueño. No permanecer en la cama más de 8 horas.
- No practicar ejercicio físico intenso en las 4 horas anteriores a acostarse: aunque el ejercicio regular reduce el estrés y favorece el sueño, no debe realizarse a última hora de la tarde, puesto que estimula el sistema nervioso.



©yanhong/Stock/Thinkstock

- Evitar el alcohol, los estimulantes y el tabaco al menos en las 3 horas antes de ir a dormir.
- Evitar el estrés.
- No cenar ni beber en exceso.
- No abusar de la siesta: no debe durar más de 30 minutos y no debe comenzar después de las tres de la tarde.
- Adecuar el entorno para el sueño: el dormitorio debe estar oscuro y tranquilo. No se recomienda tener el despertador en la mesilla de noche, para no frustrarse mirando la hora.
- Evitar realizar actividades en la cama: leer, ver la televisión, escuchar la radio...
- Crear una rutina a la hora de acostarse: hacer lo mismo sistemáticamente todos los días y en el mismo orden (cepillarse los dientes, poner el despertador, bajar las persianas...).
- Beber un vaso de leche tibia antes de acostarse: puede favorecer el sueño, gracias a su contenido en triptófano.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento del insomnio son:

- Mejorar la calidad y cantidad de sueño.
- Disminuir los despertares nocturnos y la latencia de sueño.
- Aumentar el tiempo total que se está durmiendo.
- Incrementar el funcionamiento diurno.

Para la instauración del tratamiento, deben tenerse en cuenta tanto las medidas no farmacológicas (psicoterapia y medidas higiénicas del sueño) como las farmacológicas, cuya elección se hará en función de la fisiopatología, la duración de la sintomatología y la gravedad de ésta.

Cuando la opción más correcta sea el tratamiento farmacológico, es importante realizar un seguimiento terapéutico de dicha intervención para valorar la aparición de posibles reacciones adversas y evitar la dependencia.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos más utilizados son:

- Agonistas gabaérgicos o fármacos hipnóticos: considerados de primera elección.
 - Benzodiacepínicos.
 - No benzodiacepínicos o fármacos «Z».
- Antagonistas histamínicos H₁ de acción central.
- Agonistas melatoninérgicos.

Fármacos hipnóticos

Están indicados en el insomnio pasajero y de corta duración.

Benzodiacepinas

Son depresores del SNC y promueven la relajación física y mental al reducir la actividad nerviosa en el cerebro (tabla 3).

Tabla 3

	Posología	Embarazo y lactancia	Reacciones adversas	Indicaciones	Contraindicaciones
Brotizolam Sintonal®	<ul style="list-style-type: none"> Niños: no recomendado Adultos: 0,25 mg/día Ancianos: 0,125-0,25 mg/día Tomar justo antes de acostarse	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo: contraindicado en el primer trimestre Lactancia: no recomendado 	<ul style="list-style-type: none"> Somnolencia y aturdimiento al día siguiente Confusión y ataxia Amnesia ocasional Dependencia Dolor de cabeza Vértigo, náuseas Riesgo de accidentes de tráfico y caídas, principalmente en personas mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Insomnio (tratamientos leves) 	<ul style="list-style-type: none"> Depresión respiratoria Debilidad respiratoria neuromuscular marcada, incluida la miastenia gravis Insuficiencia respiratoria aguda Alteración hepática grave Síndrome de apnea del sueño En monoterapia para tratar la depresión o en psicosis crónica Riesgo de conductas suicidas Dependencia farmacológica Hipersensibilidad a las benzodiazepinas
Flunitrazepam Rohipnol® (suspendido temporalmente)	<ul style="list-style-type: none"> Niños: contraindicado Adultos: 0,5-1 mg y en ocasiones hasta 2 mg/día Ancianos: 0,5-1 mg/día Tomar justo antes de acostarse	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo: no recomendado (evitar el uso prolongado en el último trimestre) Lactancia: contraindicado 			
Flurazepam Dormodor®	<ul style="list-style-type: none"> Niños: contraindicado Adultos: 15-30 mg/noche Ancianos: 15 mg/noche Tomar 30 min antes de acostarse	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo: no recomendado Lactancia: no recomendado 			
Loprazolam Somnovit®	<ul style="list-style-type: none"> Niños: no recomendado Adultos: 1 mg/noche, en ocasiones 1,5-2 mg Ancianos: 0,5-1mg Tomar 30 min antes de acostarse	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo: no recomendado Lactancia: contraindicado 			
Lormetazepam Loramet®, Noctamid®	<ul style="list-style-type: none"> Niños: no recomendado (no en <18 años) Adultos: 0,5-1,5 mg/noche Ancianos: 0,5 mg/noche Tomar 30 min antes de acostarse	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo: no recomendado Lactancia: contraindicado 			
Midazolam Dormicum®	<ul style="list-style-type: none"> Niños: contraindicado Adultos: 7,5-15 mg/día Ancianos: 7,5 mg/día Tomar justo antes de acostarse	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo: no recomendado Lactancia: contraindicado 			
Quazepam Quiedorm®	<ul style="list-style-type: none"> Adultos: 15 mg/día noche (en insomnio agudo, 30 mg) Ancianos: 7,5-15 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo: no recomendado Lactancia: contraindicado 			
Triazolam Halcion®	<ul style="list-style-type: none"> Niños: no recomendado Adultos: 0,125-0,250 mg/noche Ancianos: 0,125 mg/noche Tomar justo antes de acostarse	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo: no recomendado Lactancia: no recomendado, contraindicado 			

Todas presentan las mismas propiedades farmacológicas, pero se diferencian principalmente en su semivida de eliminación (tabla 4), en el inicio de acción (características farmacocinéticas), en la vía de administración y en la dosis empleada.

Las benzodiazepinas de acción larga pueden interferir en las actividades de la vida diaria, lo que deberá tenerse en cuenta en aquellas personas que deban conducir o trabajen con maquinaria.

Se absorben bien por vía oral, y en los pacientes con insuficiencia hepáti-

ca y en los ancianos se requiere un ajuste de dosis.

Todas producen el fenómeno de tolerancia; es decir, la necesidad de ir aumentando la dosis para lograr el efecto deseado, lo cual está también relacionado con el principal inconveniente.

Tabla 4. Semivida de las benzodiazepinas

		Vida media (horas)	Inicio de acción
Vida intermedia (de 6 a 24 horas)	Flunitrazepam	9-30	Rápida
	Loprazolam	4-15	Rápida
	Lormetazepam	9-15	Rápida
Vida corta (menos de 6 horas)	Brotizolam	4-8	Rápida
	Midazolam	1-3	Rápida
	Triazolam	2-4	Rápida
Vida larga (más de 24 horas)	Quazepam	25-41	Rápida
	Flurazepam	51-100	Rápida

niente de las benzodiazepinas, que es la dependencia.

Cuando se produce la interrupción brusca de estos fármacos, si se han utilizado durante varias semanas e incluso meses, aparece el llamado síndrome de retirada o de abstinencia. Cursa

con ansiedad, insomnio de rebote, irritabilidad, temblor, vértigo, palpitaciones, sudoración, disminución del apetito, intolerancia al ruido, espasmos musculares y disminución de la memoria. Para evitarlo, es preciso realizar una retirada gradual del medicamento.

Asimismo, para minimizar el riesgo de dependencia se recomienda:

- Utilizar la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible (2-4 semanas). En el caso de pacientes ancianos, la dosis inicial será la mitad de la dosis terapéutica.
- Disminuir la dosis gradualmente en 2-4 semanas, siempre que las dosis hayan sido altas o se hayan utilizado durante un periodo prolongado. No interrumpir bruscamente el tratamiento.
- Administrar en días alternos en pacientes que precisen un tratamiento prolongado.

Además, es importante recordar al paciente que debe seguir la pauta de administración de forma estricta, siguiendo las indicaciones del médico y sin prolongarla en el tiempo.

Papel del farmacéutico

El papel del farmacéutico en el manejo del insomnio es relevante, al ser el profesional sanitario más cercano al paciente.

Debe proporcionar información clara y concisa de lo que es el insomnio, de cómo puede prevenirse y de qué medicamentos o patologías pueden ocasionarlo. Es importante, igualmente, explicar que existen herramientas terapéuticas útiles que pueden corregir el problema, siempre y cuando sea adecuadamente diagnosticado, y siempre que el paciente siga con precisión las recomendaciones sobre hábitos saludables que se le indiquen.

El farmacéutico puede ayudar al paciente de distintas formas:

- Remitiendo al médico a personas con síntomas persistentes o crónicamente intermitentes, así como a pacientes psiquiátricos, niños y personas de edad avanzada.
- Promoviendo medidas para la higiene del sueño, con el fin de lograr una buena conducta con respecto al sueño, disminuir la ansiedad y modificar creencias que favorecen el insomnio.
- Si el médico ha prescrito una medicación para tratar el insomnio, el farmacéutico debe recomendar al paciente que siga estrictamente la pauta que le ha indicado, sin prolongar el tratamiento más allá de ésta.
- Informando al paciente de que los medicamentos para dormir pueden ser eficaces a corto plazo, pero que a largo plazo producen dependencia y pueden alterar la memoria, la concentración y disminuir los reflejos.
- En caso de que el farmacéutico indique antihistamínicos para el insomnio leve y transitorio, debe informar al paciente sobre los efectos secundarios de sequedad de boca, estreñimiento y visión borrosa, y recordarle que no debe usarlos de forma crónica.
- Informando de que el insomnio no tiene efectos irreversibles para la salud, pero no obstante pueden verse afectadas la actividad diurna y las actividades que requieran atención. La falta de sueño afecta de modo negativo a las personas que la sufren, provocando un deterioro de las funciones corporales, sociales y ocupacionales.
- En caso de que el paciente refiera otros síntomas durante el día (cansancio, alteraciones de humor, déficit cognitivo o somnolencia), el farmacéutico debe recomendarle productos que mejoren estos síntomas subjetivos de las noches sin sueño.
- Finalmente, el farmacéutico debe recordar a los pacientes ancianos que los cambios en el sueño que perciben como patológicos son en realidad normales a su edad.

Tabla 5. Fármacos «Z»: zolpidem y zopiclona

	Posología	Embarazo y lactancia	Reacciones adversas	Indicaciones	Contraindicaciones
Zolpidem Dalparan®, Stilnox®	<ul style="list-style-type: none"> Niños: no recomendado Adultos: 10 mg al acostarse Ancianos: 5 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo: no recomendado Lactancia: no recomendado 	<ul style="list-style-type: none"> Diarrea, náuseas, vómitos, vértigo, mareos, cefalea, somnolencia, astenia, amnesia Dependencia, trastornos de la memoria, pesadillas, agitación nocturna, depresión, confusión, trastorno de la percepción, temblor, ataxia, caídas Reacciones cutáneas Cambios de la libido Efectos paradójicos 	Insomnio (tratamiento corto; máx. 4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> Apnea obstructiva del sueño Depresión respiratoria aguda o grave Miastenia gravis Insuficiencia hepática grave Trastorno psicótico
Zopiclona Limovan®, Siaten®, Datolan®, Zopicalma®	<ul style="list-style-type: none"> Niños: no recomendado Adultos: 7,5 mg al acostarse Ancianos: 3,75 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo: no recomendado Lactancia: no recomendado 	<ul style="list-style-type: none"> Sabor amargo o metálico Náuseas, vómitos, sequedad de boca Agresividad, irritabilidad, confusión, depresión Somnolencia, mareos, aturdimiento, falta de coordinación, cefalea Dependencia Reacciones de hipersensibilidad Alucinaciones, pesadillas, amnesia 	Insomnio (tratamiento corto; máx. 4 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de apnea del sueño grave Miastenia gravis Insuficiencia respiratoria Insuficiencia hepática grave

Fármacos «Z»

Zopiclona y zolpidem (zaleplón no se encuentra comercializado en España actualmente) presentan una acción farmacológica similar a las benzodiazepinas y se desarrollaron con el fin de mejorar sus efectos adversos (tabla 5).

Actúan como hipnóticos, pero no presentan acción miorrelajante, ansiolítica ni antiepiléptica. No suelen provocar síndrome de abstinencia ni insomnio de «rebote» cuando se suspende el tratamiento.

Se utilizan principalmente para el insomnio de conciliación, ya que tienen un inicio de acción rápido y una semivida de eliminación corta (zolpidem: 2-3 horas; zopiclona: 3,5-6 horas).

El modo de selección del tipo de hipnótico más adecuado para cada paciente, situación o tipo de insomnio se indica en la figura 2.

Antagonistas histamínicos H₁ de acción central

Son medicamentos indicados para el tratamiento del insomnio ocasional, y no requieren prescripción médica.

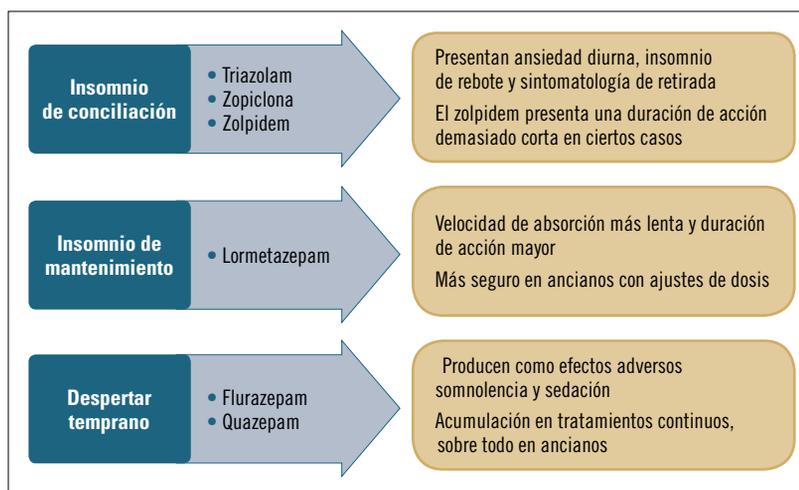


Figura 2. Modo de selección del tipo de hipnótico

Con esta indicación, se encuentran comercializados dos fármacos:

- Difenhidramina.
- Doxilamina.

Producen algunas reacciones adversas, como sedación diurna, efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento...) y confusión.

Agonistas de receptores de melatonina y derivados Melatonina

Es una hormona sintetizada y secretada de forma fisiológica por la glándula pineal al inicio de los periodos de oscuridad. Alcanza su pico en mitad de la noche (entre 2 y 4 de la mañana), y va disminuyendo gradualmente. La producción es suprimida con la luz solar.

Tabla 6. Plantas medicinales de uso tradicional para el tratamiento del insomnio

Planta medicinal	Composición	Indicación	Niños, embarazo y lactancia	Contraindicaciones y precauciones	Interacciones	Reacciones adversas
Valeriana (raíces, rizomas y estolones)	Valepotriatos, aceites esenciales, ácidos fenólicos, flavonoides, GABA, terpenos, tirosina	Insomnio transitorio, de corta duración y crónico	<ul style="list-style-type: none"> No en menores de 12 años No en embarazo Sí en lactancia materna 	<ul style="list-style-type: none"> Precaución en insuficiencia hepática Precaución en conductores 	Potenciación con alcohol, opiáceos, antipsicóticos, hipnóticos y benzodiazepinas	<ul style="list-style-type: none"> Midriasis, miastenia y arritmias (rara vez) Cefaleas y efecto resaca En sobredosis: dolor abdominal, temblor y mareos
Pasiflora (sumidad aérea)	Flavonoides, ácidos fenólicos, cumarinas, esteroides y alcaloides	Insomnio por despertar precoz	Sin evidencia científica	Precaución en conductores	Potenciación (alcaloides) con IMAO y otros sedantes	<ul style="list-style-type: none"> Sedación Con dosis altas: náuseas, vómitos, taquicardia y aumento de QT
Melisa (hojas y sumidad aérea)	Mono- y sesquiterpenos, aceite esencial, flavonoides y taninos	Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> Evitar en embarazo Uso aceptable en niños 	Precaución en conductores	Potenciación con fármacos hipnóticos sedantes	
Espino blanco (sumidad florida)	Flavonoides y taninos, triterpenos, esteroides, aceite esencial	Insomnio de conciliación y despertar precoz	Desaconsejado en embarazo (posible teratógeno), niños y mujeres lactantes	<ul style="list-style-type: none"> Precaución en cardiopatías Precaución en conductores 	Antiarrítmicos, quinidina, cisaprida, diuréticos tiazídicos, antagonistas betaadrenérgicos, digoxina, laxantes estimulantes, antihistamínicos y sedantes	Con dosis altas: náuseas, vómitos, diarrea, gastralgia, arritmia y sedación
Lúpulo (inflorescencias femeninas)	Floroglucinoles, flavonoides, aceites esenciales, taninos y fenoles	Insomnio leve	Contraindicado en embarazo (efecto estrogénico que induce abortos)	Precaución en conductores	Potenciación del efecto sedante de las benzodiazepinas, anti-H ₂ y alcohol	Somnolencia

(Continúa)

Existen dos receptores de gran afinidad para la melatonina, que se encargan de mediar en el mantenimiento del ritmo circadiano y en la regulación del sueño:

- MT₁: inducción del sueño.
- MT₂: sincronización del reloj circadiano.

Estos receptores se encuentran en el núcleo supraquiasmático (hipotálamo), la hipófisis anterior y la retina.

La producción endógena de melatonina va disminuyendo con la edad, es-

pecialmente a partir de los 50 años.

La melatonina ha sido autorizada como medicamento (Circadin® 2 mg) para el tratamiento a corto plazo del insomnio primario en personas mayores de 55 años. La liberación del principio activo es retardada, para simular la producción natural de melatonina durante la noche. De esta forma, se mejora la calidad del sueño y la capacidad para funcionar normalmente durante el día siguiente.

Además, existen en España múltiples complementos alimentarios que contienen melatonina en su composición.

Los datos clínicos disponibles muestran, en general, un efecto muy modesto en cuanto a la duración y la calidad del sueño en los pacientes con insomnio primario. Generalmente, presenta una baja tasa de respuesta (un tercio de los pacientes) y, por otro lado, no se dispone de comparaciones con otros fármacos hipnóticos, con lo cual no es po-

Tabla 6. Plantas medicinales de uso tradicional para el tratamiento del insomnio (*continuación*)

Planta medicinal	Composición	Indicación	Niños, embarazo y lactancia	Contraindicaciones y precauciones	Interacciones	Reacciones adversas
Lavanda (inflorescencias)	Aceite esencial, cumarinas, taninos, flavonoides, terpenos, esteroides	Insomnio	No se recomienda	<ul style="list-style-type: none"> • Contraindicado en gastritis y úlcera por el efecto ulcerogénico de los taninos • Cuidado en conductores 	Potenciación con fármacos hipnóticos y sedantes	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis, estreñimiento y gastralgia • Hipersensibilidad por el aceite esencial
Tila (inflorescencias y brácteas)	<ul style="list-style-type: none"> • Flavonoides y taninos • Polisacáridos • Aceite esencial • Ácidos fenólicos 	Insomnio	Se puede recomendar evitando su uso excesivo	<ul style="list-style-type: none"> • Contraindicada en obstrucción esofágica y gastrointestinal, íleo paralítico y en apendicitis (por su contenido en mucílagos) • Cuidado en conductores 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación con otros sedantes • Anula o retrasa la absorción de fármacos por los mucílagos 	
Hierba luisa (sumidad florida)	<ul style="list-style-type: none"> • Aceite esencial • Flavonoides 	Insomnio	No recomendado	<ul style="list-style-type: none"> • Precaución en conductores • Contraindicado en insuficiencia hepática 	Potenciación junto a otros sedantes	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatotoxicidad • Cirrosis hepática
Verbena (sumidad florida)	<ul style="list-style-type: none"> • Iridoides • Flavonoides 	Insomnio	No recomendado (en embarazo, posible contracción uterina)	Contraindicado en hipotiroidismo (bloqueo de receptores TSH)	Potenciación con benzodiazepinas y con antihistamínicos H ₁	
Amapola de California (sumidad florida)	<ul style="list-style-type: none"> • Alcaloides • Flavonoides • Heterósidos • Carotenos 	Insomnio de conciliación	No recomendado en niños ni en embarazo (oxitócico), ni en lactancia (atravesada la barrera hematoencefálica)	<ul style="list-style-type: none"> • Precaución en glaucoma • Cuidado en conductores 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación con otros fármacos hipnóticos y sedantes • Potencia los efectos de los IMAO 	
Naranja amargo (sumidad florida)	<ul style="list-style-type: none"> • Aceite esencial • Monoterpenos (limoneno y linalol) 	Insomnio leve	No recomendado por ausencia de datos			

sible establecer con facilidad el lugar que ocupan en el tratamiento del insomnio primario en personas mayores.

Teniendo en cuenta que tiene un perfil toxicológico benigno y no se ha observado ningún fenómeno relacionado con dependencia ni reacciones de insomnio de rebote, la melatonina tiene un cierto papel en el tratamiento del insomnio, particularmente en personas de edad avanzada y en aquellas en las que el ciclo sueño-vigilia está alterado.

Ramelteón

Es un análogo de la melatonina comercializado en Estado Unidos (Rozerem®) en dosis de 8 mg suministrados 30 minutos antes de acostarse. Está indicado especialmente para el tratamiento del insomnio caracterizado por la dificultad de conciliar el sueño.

Se trata de un agonista con gran afinidad por los receptores MT₁ y MT₂.

Fue presentado también a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA),

pero se rechazó su autorización ya que el Comité for Medicinal Products for Human Use (CHMP) consideró que los beneficios no superaban los riesgos del uso del medicamento.

Tratamiento fitoterapéutico

Entre las plantas medicinales de uso tradicional para el tratamiento del insomnio, la valeriana es la más empleada, aunque también se utilizan la tila, la melisa, la pasiflora, el azahar, el lú-

pulo, la amapola... Además, pueden encontrarse combinaciones de varias de ellas en el mercado.

En la tabla 6 se describen algunas de estas plantas medicinales.

Tratamiento no farmacológico *Terapia cognitivo-conductual*

El tratamiento cognitivo-conductual (TCC) del insomnio es el tratamiento no farmacológico más utilizado y más estudiado a nivel clínico. Sus efectos pueden compararse a los conseguidos con algunos fármacos; sin embargo, estas técnicas requieren mucho tiempo y práctica por parte del paciente para lograr su eficacia máxima (Mitchell, 2012).

Este tratamiento tiene como objetivo la identificación y el análisis de los pensamientos y creencias disfuncionales en relación con el insomnio, y la modificación de las conductas que no permiten conciliar el sueño. También trata de reducir la ansiedad anticipatoria o miedo a no dormir, que se produce antes de ir a la cama.

Metodologías incluidas en el TCC:

- Control de estímulos: trata de asociar la cama con el sueño.
- Restricción del tiempo en la cama: implica limitar el tiempo permitido en la cama.
- Relajación y respiración: pretende reducir los niveles de ansiedad e hiperactividad.
- Reestructura cognitiva: utilizado para sustituir pensamientos y actitudes distorsionados.
- Intención paradójica: asumir que parte del problema es tratar de resolverlo. Se le pide al paciente que se esfuerce en no dormir.

Acupuntura

Aunque se ha postulado que la acupuntura podría mejorar la calidad del sueño, los estudios disponibles no son concluyentes con respecto a su eficacia (Cheuk, 2012). La electroacupuntura no ha mostrado beneficios para los pacientes con insomnio. ●

Bibliografía

- AA.VV. Manejo del insomnio. INFAC. 2013; 21(3): 18-24.
- AA.VV. Insomnio. Panorama Actual del Medicamento. 2014; 38(371): 133-146.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [sede web]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima>
- Aizpurua I, Casi A, Elizondo I, Gartzia A, Hidalgo M, Ibarra O, et al. Insomnio: que no te quite el sueño. Ibotika. 2013; 7.
- Artiach G, Del Cura M.ª I, Díaz P, De la Puente M.ª J, Fernández J, García A, et al. Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.º 2007-5
- Baos V, Faus MJ, eds. Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. SemFYC, Grupo de Investigadores en Atención Farmacéutica. SEFAC. 2008: 113-117.
- Cheuk DK, Yeung WF, Chung KF, Wong V. Acupuncture for insomnia. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12; 9.
- Departamento técnico del consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de plantas medicinales del Consejo General de Farmacéuticos, 2014. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014.
- Fisterra.com. Atención Primaria en la Red [sede web]. Alberdi J, Castro C, Pérez L. Guía Clínica de Insomnio Primario. Última revisión: 26/10/2011. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/insomnio-primario/>
- García Corpas JP. Educación para la salud con mala calidad de sueño. ISS 1697-543X. 2013; 9(98): 8-17.
- Lemoine P, Wade AG, Katz A, Nir T, Zisapel N. Efficacy and safety of prolonged-release melatonin for insomnia in middle-aged and elderly patients with hypertension: a combined analysis of controlled clinical trials. Integr Blood Press Control. 2012; 5: 9-17.
- López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega M.ª, Fernández Agüero L. Abordaje terapéutico del insomnio. SEMERGEN-Medicina de familia. 2012; 38(4): 233-240.
- Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. BMC Fam Pract. 2012 May 25; 13:40.
- Montes Gómez E, Plasencia Núñez M, Amelia Peris R, Pérez Mendoza M, Bañon Morón N, Lobato González J, et al. Bolcan: uso adecuado de benzodiazepinas en insomnio y ansiedad. Boletín canario de uso racional del medicamento del SCS. 2014; 6 (1).
- Morin CM, LeBlanc M, Belanger L, Ivers H, Merette C, Savard J. Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. Can J Psychiatry. 2011; 56(9): 540-548.
- Ohayon MM, Sagalés T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. Sleep Med. 2010; 11(10): 1.010-1.018.
- Protocolo de dispensación fitoterapéutica en insomnio. Pharmaceutical Letter. 2011; XI (14): 2-8.
- Roth T, Coulouvrat C, Hajak G, Lakoma MD, Sampson NA, Shahly V et al. Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; and Research Diagnostic Criteria/International Classification of Sleep Disorders, Second Edition criteria: results from the America Insomnia Survey. Biol Psychiatry 2011; 69(6): 592-600.

