

Solicitada acreditación

## Atención al anciano frágil (dependiente)

1	Características generales del envejecimiento y las personas mayores
2	Nutrición en personas mayores
3	Farmacoterapia en personas mayores
4	Demencia y deterioro cognitivo en el anciano
5	Diabetes mellitus en el anciano
6	Insomnio
7	Enfermedad de Parkinson
8	Dislipemias
9	Depresión
10	Osteoporosis
11	Hipertensión
12	Incontinencia urinaria
13	Estreñimiento
14	Prevención de caídas y uso de ayudas técnicas
15	Cuidados de la piel senil
16	Papel del farmacéutico en las residencias de personas mayores

# Atención farmacéutica

TEMA 6

## Insomnio

Beatriz Casas Torcida, Elena Rivas Díez, Víctor Rivas Díez, Nuria Mielgo García, Raquel Ramos Pérez, Ramón Valdés Solís Fernández de Retana

Farmacéuticos comunitarios. Grupo de trabajo Pharmateam. COFBI

### Definición

La complejidad etiopatológica del insomnio hace difícil establecer una definición concreta que englobe toda su naturaleza. Según la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICTS-3) de 2014, el insomnio se define como «una dificultad persistente en el inicio del sueño, de su duración, consolidación o calidad, que se produce a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para éste, y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativa, académica, conductual o de otros aspectos importantes del funcionamiento humano».

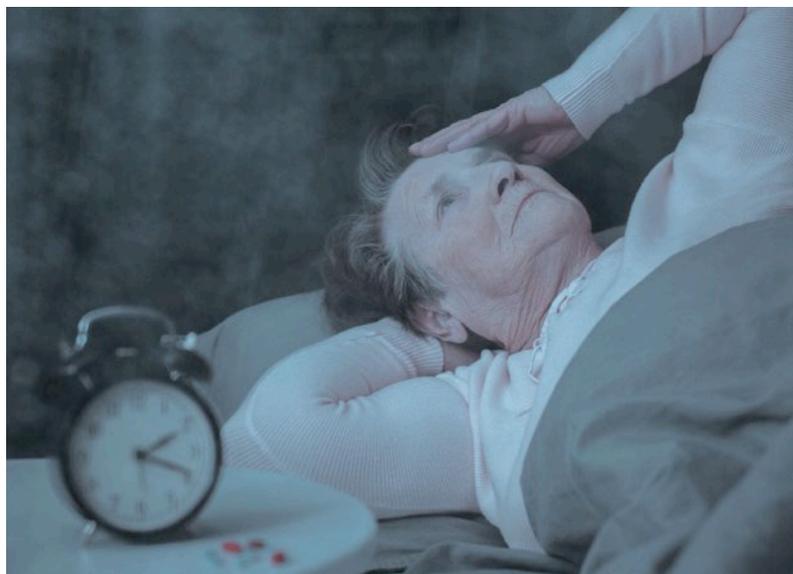
### Clasificación

Según su duración, el insomnio se clasifica en los siguientes subtipos:

- Crónico.
- De corta duración.

### Insomnio crónico

Se caracteriza por dificultades en el inicio o mantenimiento del sueño, con síntomas asociados durante el día y que suceden más de tres veces por semana y al menos durante 3 meses.



©Katarzyna Bialasiewicz/123RF

El insomnio puede presentarse aisladamente o como una condición comórbida con una alteración mental, una patología general o el uso de sustancias.

El grado de trastorno del sueño requerido para asignarle el grado de «crónico» es arbitrario, y se basa principalmente en los síntomas subjetivos referidos por el paciente. En adultos de mediana edad o personas mayores, las latencias de sueño y periodos de despertar después del inicio del sueño mayores de 30 minutos tienen significado clínico. Los síntomas de despertar precoz en la mañana están menos definidos, pero en general la terminación del sueño 30 minutos antes del tiempo deseado y la reducción en el tiempo total de sueño comparado con la situación previa son alteraciones que deben valorarse.

### Insomnio de corta duración

Se caracteriza por la dificultad para el inicio o el mantenimiento del sueño que resulta en un descanso insatisfactorio y que aparece por periodos inferiores a los 3 meses. Este subtipo de insomnio también puede aparecer de forma aislada o asociado a alteraciones mentales, patologías orgánicas o uso de ciertas sustancias.

Cuando los factores precipitantes se relacionan con acontecimientos vitales (muerte de un familiar, separación o divorcio, enfermedades graves, etc.), el insomnio suele asociarse a ansiedad, ideas repetitivas, depresión...

Además, el insomnio puede clasificarse en función de sus características en los siguientes tipos:

- **Insomnio de conciliación.** Se caracteriza por la dificultad para iniciar el sueño. Es la forma más habitual cuando se debe a ansiedad o se relaciona con trastornos psiquiátricos u orgánicos o abuso de sustancias.
- **Insomnio de mantenimiento.** Es muy frecuente en las personas mayores, y consiste en que el sueño se interrumpe con frecuencia durante periodos más o menos prolongados.

- **Despertar precoz.** Quienes lo padecen refieren despertarse antes de lo que lo hacían anteriormente.

### Etiología

Existen una serie de factores que predisponen a la aparición del insomnio:

- **Generales:** sexo, edad, nivel socioeconómico y estado de salud.
- **Genéticos.** Algunos estudios sugieren que lo que se hereda son ciertos rasgos temperamentales que implican una mayor facilidad para sobresaltarse ante una situación estresante.
- **Psicológicos.** Destacan los sentimientos negativos que difícilmente se pueden disociar de la tendencia a internalizar las emociones (inhibición de la expresión emocional), lo que se ha relacionado con estados de hiperactivación somática. Casi todos los pacientes con insomnio crónico presentan sintomatología y/o rasgos de trastornos de personalidad como el distímico, los relacionados con la ansiedad y los obsesivos.

Los «factores precipitantes» más comunes son las situaciones que inducen estrés; los «factores perpetuantes» se relacionan sobre todo con el miedo a no dormir y las creencias y comportamientos no adaptativos en relación con el sueño (que conducen a hábitos erróneos).

### Epidemiología

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, y es más habitual a medida que la persona envejece, lo que produce un aumento paralelo en el uso de hipnóticos. Según distintos autores, en las personas mayores la prevalencia de insomnio oscila entre el 17 y el 43%, en función de los criterios de diagnóstico utilizados y el tipo de población estudiada.

La forma de presentación más habitual es el acortamiento de las horas de sueño, seguido de la dificultad para conciliarlo y la condición no reparadora.

### Diagnóstico

Las características del sueño en las personas mayores presentan ciertas variaciones con respecto a los adultos más jóvenes. En general, los ancianos tienen un sueño menos efectivo y de una duración menor, así como un aumento de la latencia (dificultad para conciliarlo). Además de los cambios fisiológicos asociados a la edad, existen varios factores que influyen en la calidad o cantidad de sueño en las personas mayores, como la pluripatología, la polimedición o el entorno psicosocial.

Su evaluación se basa fundamentalmente en una historia clínica detallada. Tan sólo una pequeña proporción de los casos requiere estudios del sueño, y salvo excepciones no es necesaria la realización de pruebas complementarias y/o su remisión a una unidad del sueño.

“El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, y es más habitual a medida que la persona envejece”

### Historia clínica

Debe incluir una historia del sueño completa que recoja las características del insomnio (latencia, duración del sueño y número de despertares) y su repercusión en el día a día (somnia, fatiga, falta de concentración, variabilidad en el humor, cefaleas, etc.).

Para la realización de la historia clínica, suele ser muy útil que acuda la persona que comparte dormitorio con el paciente, ya que puede aportar datos que éste quizá desconozca.

Además, han de recogerse los siguientes aspectos:

- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Tratamientos farmacológicos.
- Entorno social.
- Estilos de vida.

### Exploración física

Se efectúa con el fin de detectar signos de alguna enfermedad que pueda interferir en el sueño. Debe registrarse la frecuencia cardíaca y respiratoria y el índice de masa corporal, y explorar la orofaringe para descartar una alteración física.

### Diario del sueño

Debe completarlo el paciente en su propia casa y durante al menos 15 días. Ayuda a obtener información actualizada tanto de las horas de sueño como de las que permanece en la cama, así como de los despertares nocturnos y de la variabilidad diaria de estos parámetros. Se trata de una herramienta muy útil, puesto que ayuda a identificar ciertas circunstancias que puedan estar afectando al sueño.

### Escalas para el diagnóstico y seguimiento

Las más utilizadas en atención primaria son:

- Índice de gravedad del insomnio (ISI, Insomnia Severity Index).
- Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index).
- Escala de somnolencia de Epworth (ESS, Epworth Sleepiness Scale).

### Otras exploraciones complementarias

Como ya se ha indicado, en la mayoría de los casos no es necesario realizar pruebas complementarias, pero en ciertos tipos de pacientes suelen realizarse las siguientes:

- **Polisomnografía.** Se trata de un estudio que valora los ciclos y etapas del sueño por medio del registro de las ondas cerebrales, la actividad eléctrica de los músculos, los movimientos oculares, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la saturación de oxígeno en la sangre y el ritmo cardíaco.
- **Actigrafía.** Consiste en un sistema medidor de movimientos, colocado en la muñeca, que permite el regis-

tro en varios días de la actividad del paciente.

### Tratamiento

#### Tratamiento no farmacológico

Igual que en otros trastornos, existen una serie de medidas higiénico-dietéticas que constituyen la primera línea de tratamiento y que deben mantenerse también cuando sea necesario recurrir al uso de fármacos.

Estas medidas son efectivas, sobre todo, para producir cambios fiables y duraderos en los hábitos del sueño de pacientes con insomnio crónico.

#### Medidas de higiene del sueño

- Seguir horarios regulares: despertarse y acostarse todos los días más o menos a la misma hora.
- Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir: temperatura

- Ir a la cama sólo cuando se tenga sueño y permanecer en ella entre siete y ocho horas. Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y, al contrario, permanecer en ella durante mucho tiempo puede producir un sueño fragmentado y ligero.
- Evitar las siestas largas durante el día y las situaciones que las propicien. En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, de duración no superior a 30 minutos.
- Realizar ejercicio físico de manera regular durante el día. Es preferible que sea suave (como pasear, nadar o ir en bicicleta) y que se efectúe durante al menos 1 hora, con luz solar y siempre al menos 3 horas antes de ir a dormir.
- Evitar actividades excitantes en las horas previas a acostarse.

“Igual que en otros trastornos, existen una serie de medidas higiénico-dietéticas que constituyen la primera línea de tratamiento y que deben mantenerse también cuando sea necesario recurrir al uso de fármacos”

templada (alrededor de los 18 °C), ausencia de ruidos y luz, colchón apropiado, etc.

- Comer a horas regulares y evitar ingestas copiosas por la noche, aunque el paciente no debe irse a la cama con hambre. Es aconsejable tomar algo ligero antes de acostarse, como un poco de leche tibia o un yogur, ya que, además, los productos lácteos contienen triptófano, que facilita la inducción del sueño.
- Limitar la ingesta de sustancias con efecto estimulante, como café, té o refrescos de cola. También es conveniente reducir el consumo de alcohol, sobre todo por la noche. Eliminar o al menos reducir el hábito tabáquico, ya que la nicotina es una sustancia estimulante.

- No debe verse la televisión, leer o hablar por teléfono en la cama, para que el cerebro asocie la cama al simple hecho de dormir.
- Repetir cada noche una rutina de acciones que preparen mental y físicamente para dormir, como lavarse los dientes, ponerse el pijama, preparar la ropa del día siguiente, etc.
- Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse.

#### Control de estímulos

El objetivo es asociar la cama y el dormitorio con el sueño, reestableciendo un adecuado ciclo de sueño-vigilia, ya que permanecer despierto en la cama provoca asociaciones negativas entre los rituales previos al sueño. El tratamiento se basa en seguir una serie de

instrucciones, como evitar actividades estimulantes antes de acostarse, sólo ir a la cama para dormir, salir de ella si no se es capaz de dormir, ir a otra habitación y relajarse (y evitar comer, tomar bebidas estimulantes y fumar), y volver a la cama sólo cuando se tenga sueño.

La técnica de control de estímulos es una de las más estudiadas y ha demostrado su eficacia para el tratamiento del insomnio. Junto a la de restricción del tiempo en cama conforma la combinación de técnicas conductuales que se usan con mayor frecuencia.

### Restricción del sueño

Es un método muy adecuado para quienes se despiertan varias veces durante la noche, como es el caso de las personas mayores. Con ello se pretende producir un estado de ligera falta de sueño, de manera que se facilita conciliar el sueño, disminuyen las interrupciones y se consigue un sueño más profundo y reparador.

### Técnicas de relajación

Han demostrado su eficacia sobre todo para reducir la excitación o agitación, y son especialmente efectivas para mejorar el inicio del sueño. Pueden realizarse durante el día, por la noche antes de acostarse o incluso en mitad de la noche si el paciente se despierta y es incapaz de volverse a dormir. Las primeras en utilizarse fueron la desensibilización sistemática, el *biofeedback* y la relajación muscular progresiva; recientemente se han incorporado las de *mindfulness*, basadas en la meditación.

### Tratamiento farmacológico

Como ya se ha indicado, es recomendable que al comenzar cualquier tratamiento médico para el insomnio éste se asocie con alguna de las terapias no farmacológicas mencionadas, incluyendo siempre las medidas de higiene del sueño.

La farmacoterapia del insomnio puede ser complicada, y en general se recomienda iniciarla con dosis bajas y

**Tabla 1. Tiempo de inicio de acción y vida media de las diferentes benzodiazepinas**

Benzodiazepinas	Inicio de acción	Tiempo medio (horas)
<b>Acción corta (&lt;6 horas)</b>		
Midazolam	Rápido	2-5
Triazolam	Intermedio	2-5
Loprazolam	Intermedio	6-8
<b>Acción intermedia (6-24 horas)</b>		
Lorazepam	Intermedio	8-25
Flunitrazepam	Intermedio	13-19
Lormetazepam	Intermedio	9-15
<b>Acción prolongada (&gt;24 horas)</b>		
Clorazepato dipotásico	Rápido	48
Diazepam	Rápido	24-48
Flurazepam	Rápido	47-100
Ketazolam	Lento	2

“La farmacoterapia del insomnio puede ser complicada, y en general se recomienda iniciarla con dosis bajas y realizar posteriormente un ajuste lento y gradual del fármaco utilizado»

realizar posteriormente un ajuste lento y gradual del fármaco utilizado. Esto se aplica particularmente a las benzodiazepinas, que son el tratamiento más habitual.

### Benzodiazepinas

Son fármacos depresores del SNC que actúan como agonistas no selectivos del receptor ácido gammaaminobutírico A (GABA-A). Poseen acciones hipnóticas, ansiolíticas, miorrelajantes y anticonvulsivantes.

Todas las benzodiazepinas reducen el tiempo de latencia o de inducción del sueño y aumentan el tiempo total de éste.

Se diferencian principalmente en sus características farmacocinéticas, y suelen clasificarse en benzodiazepinas de acción corta, intermedia o larga, según se absorban y eliminen más o menos rápidamente.

Para el tratamiento del insomnio suelen utilizarse las de acción corta o intermedia, ya que esto facilita que al día siguiente el paciente no presente una sedación excesiva. En los casos en los que el insomnio se presenta asociado a un trastorno de ansiedad, se usan las de acción larga, ya que mantienen su efecto durante el día. Por el contrario, cuando la dificultad principal sea la conciliación del sueño son especialmente recomendables las de inicio de acción rápido (tabla 1).

El efecto adverso más frecuente es la dependencia al fármaco. Para evitarlo, deben utilizarse durante periodos cortos y en dosificaciones intermitentes. El riesgo de dependencia aumenta con el uso prolongado (superior a 3 meses), las dosis elevadas y el empleo de benzodiazepinas de acción corta (alprazolam, lorazepam, midazolam) o elevada potencia ansiolítica (alprazo-

lam, lorazepam). En las personas mayores deben emplearse con especial precaución, ya que la somnolencia residual y el riesgo de ataxia y confusión pueden provocar caídas accidentales, con las consiguientes lesiones y fracturas.

### **Fármacos agonistas del receptor benzodiazepínico (también conocidos como «no benzodiazepínicos»)**

Son hipnóticos sin efecto miorrrelajante, ansiolítico ni antiepiléptico. Sus principales ventajas son la menor frecuencia de amnesia retrógrada, somnolencia diurna, depresión respiratoria e hipotensión ortostática, pero también producen dependencia.

Poseen un rápido inicio de acción y una vida media corta, por lo que su principal indicación es el insomnio de conciliación.

El fármaco más utilizado es zolpidem. En las personas mayores debe utilizarse en dosis inferiores (5 mg) a las habituales en adultos (10 mg), en una única toma diaria y sin ninguna dosis adicional durante la noche. El tratamiento no debe exceder de las 4 semanas, incluyendo el periodo de retirada del medicamento.

### **Antihistamínicos**

Suelen utilizarse en los casos leves de insomnio. Ejemplos de este grupo son:

- Difenhidramina. Se emplean dosis de 50 mg como tratamiento a corto plazo, principalmente cuando existen dificultades para conciliar el sueño.
- Doxilamina. Se usa en dosis de 12,5 y 25 mg para el insomnio ocasional en el que cuesta conciliar el sueño, o en aquel en el que hay frecuentes interrupciones o despertares tempranos.

En el caso de las personas mayores, es especialmente importante no utilizarlos en asociación con otros medicamentos que actúen sobre el SNC, así como retirarlos de forma gradual debido al posible efecto rebote. Además,



©Wavebreak Media Ltd/123RF

deben tenerse en cuenta sus efectos anticolinérgicos (principalmente sequedad de boca y visión borrosa).

### **Antidepresivos**

Son una opción efectiva de tratamiento para el paciente con insomnio posiblemente relacionado con depresión, pero la evidencia sobre su seguridad y eficacia en el insomnio no asociado a depresión es contradictoria.

La trazodona está indicada en estados mixtos de depresión y ansiedad, con o sin insomnio secundario, y se emplea por sus propiedades antihistamínicas y su capacidad de bloqueo de los receptores 5-HT<sub>2A</sub> y alfa-1-adrenérgicos. Su uso como hipnótico en pacientes no deprimidos debe valorarse, ya que su relación beneficio/riesgo es significativamente más desfavorable que la de los hipnóticos convencionales y, además, se produce tolerancia tras la primera semana de tratamiento.

De igual modo, la mirtazapina es un antidepresivo sedativo que bloquea fuertemente los receptores H<sub>1</sub>, así como los receptores 5-HT<sub>2A</sub> y 5-HT<sub>2C</sub>. Su prolongada vida media (20-40 h) implica que puede provocar sedación diurna. Su uso podría justificarse en el tratamiento de la depresión en los pacientes que tienen síntomas de insomnio, pero siempre en dosis bajas, ya que en dosis altas la estimulación no-

radrenérgica puede contrarrestar el efecto sedante.

### **Antipsicóticos**

Haloperidol, olanzapina o risperidona pueden usarse como coadyuvantes aprovechando su acción sedante, pero no se dispone de evidencia suficiente sobre su eficacia y presentan importantes efectos adversos.

### **Barbitúricos**

Disminuyen la latencia de inicio del sueño y suprimen el sueño REM. Son efectivos durante un corto periodo (unas 2 semanas), pero luego pierden su capacidad para inducir y mantener el sueño. Se asocian a fenómenos de tolerancia, dependencia física y psicológica, y tienen una elevada incidencia de efectos adversos (agitación, confusión, pesadillas, alucinaciones, letargia...), por lo que actualmente están en desuso.

### **Melatonina**

Es una hormona que se produce en la glándula pineal y que desempeña un papel significativo en la regulación de los ritmos biológicos. Actúa sobre los receptores MT<sub>1</sub> y MT<sub>2</sub> del núcleo supraquiasmático, un auténtico reloj biológico, que regula diversos ritmos circadianos. Es la principal responsable del cambio del ciclo de vigilia a sueño

y se comporta como un inductor del sueño, por lo que puede resultar eficaz en el tratamiento del insomnio.

Sin embargo, los estudios realizados evidencian que su efecto sobre la calidad y duración del sueño es muy modesto. Además, presenta una baja tasa de respuesta y no se dispone de estudios comparativos con otros fármacos que permitan establecer su lugar en la terapéutica del insomnio en personas mayores.

### Fitoterapia

Algunas plantas medicinales pueden constituir una alternativa adecuada en el tratamiento del insomnio, ya que en general presentan menos efectos adversos que otros tratamientos.

La valeriana, la pasiflora y la amapola de California pueden resultar útiles en el insomnio de conciliación, y las dos primeras son también útiles para el insomnio de mantenimiento y el despertar precoz.

Otras plantas que pueden resultar de utilidad en este trastorno son el espino blanco, la melisa, el naranjo amargo o la tila.

### Papel del farmacéutico

El insomnio es un trastorno muy habitual en personas mayores y genera muchas consultas en la farmacia, de modo que el farmacéutico puede tener un importante papel en varios niveles:

- Facilitar consejos higiénico-dietéticos para su prevención y tratamiento, recordando a los pacientes que, si se les prescribe un fármaco para el insomnio, éste nunca debe sustituir a dichas medidas, que son claves para el éxito del tratamiento.
- Recomendar los tratamientos disponibles sin receta cuando sea necesario,

## Tabla 2. Criterios para derivar al médico a personas mayores con insomnio

- Enfermos crónicos y polimedcados cuyos tratamientos puedan interferir en los tratamientos farmacológicos del insomnio
- Personas con ansiedad o trastornos psiquiátricos
- Casos en los que el insomnio sea crónico
- Pacientes que utilicen algún medicamento de prescripción que pueda producir trastornos del sueño
- Personas con apnea del sueño
- Casos en los que se sospeche una causa orgánica del insomnio y sea preciso un diagnóstico

y siempre que no exista un motivo que haga necesaria la derivación al médico (tabla 2). En este sentido, en los casos leves parece razonable aconsejar el uso de plantas medicinales y sólo recurrir puntualmente a los antihistamínicos H1 cuando se precise de un hipnótico más potente, comprobando que el paciente no usa otros fármacos que puedan interaccionar con ellos. Además, antes de recomendarlos, debe valorarse la trascendencia que podrían tener los efectos anticolinérgicos y advertir de ello a los pacientes que vayan a utilizarlos.

- Realizar un seguimiento de los pacientes a los que se prescriben hipnóticos, y vigilar que los tratamientos no sean demasiado prolongados, derivando al médico cuando sea necesario.
- Intentar detectar los posibles efectos adversos y asesorar al paciente sobre las pautas de retirada de los tratamientos. ●

### Bibliografía

- American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3.<sup>a</sup> ed. Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine, 2014.
- Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalter K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Dis.* 2011; 135: 9-10.
- Barczi SR. Sleep and Medical Comorbidities. En: Avidan AY, Alessi CA, eds. *Geriatric Sleep Medicine*. Nueva York: Informa Healthcare, 2008; pp. 19-36.
- Blanco J, Mateos R. Prevalencia de trastornos del sueño en el anciano. [Internet]. *Gerontología*. Universidad Maimónides. INTERPSIQUIS, 2005. Disponible en: <http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2004/archives/000922.html>
- Bonnet MH, Arand DL. Hyperarousal and insomnia: State of science. *Sleep Med Rev.* 2010; 14: 9-15.
- Ganado E, Garay I, Hernando A, Vega I. Insomnio. *El Farmacéutico*. 2015; 528: 33-42.
- Grupo de Trabajo de la 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.
- Mahowald MW, Bornemann MA. Sleep complaints in the geriatric patient. *Minn Med.* 2007; 90(10): 45-47.
- Ohayon MM, Riemman D, Morin C, Reynolds CF. Hierachy of insomnia criteria based on dattime consequences. *Sleep Med.* 2012; 13(1): 52-57.
- Pautas de actuación y seguimiento en insomnio. Sociedad Española del Sueño. Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- Pérez L, Gómez P. Trastornos del sueño. *Farmacia Profesional*. 2014; 28(2): 38-44.
- Salinas E, Díez MA, Blanco R. Curso básico sobre fitoterapia. Tema 1. Insomnio: plantas sedantes e hipnóticas. *Farmacia Profesional*. 2016; 30(5): 28-34.

