

CURSO
actualización de
urgencias

Para residentes

**Insomnio, hay vida
más allá de las
Benzodiazepinas**

Formato sesiones

Alexander Nicolas Veloso Trobajo,
MIR 2º año MF y C

Pilar Cuesta Fuente
Adjunta de Urgencias CAULE



**SERVICIO DE URGENCIAS
CAULE**

Insomnio, hay vida más allá de las Benzodiacepinas

Definición de insomnio

El insomnio se define por una dificultad para **iniciar** y/o para **mantener** la continuidad del sueño o por un sueño de mala **calidad**.

Magnitud del problema

La prevalencia es del 10-15% de la población general mundial. Es más prevalente en el **sexo femenino**, especialmente durante la peri-menopausia, en la **edad media**, en **adultos mayores**, en los trabajadores en sistema de **turnos** y en pacientes con enfermedades **médicas** y/o **psiquiátricas**.

Tratamiento inadecuado

Las **benzodiacepinas** son fármacos prescritos con elevada frecuencia para el insomnio pero no constituyen la primera indicación ni la mejor alternativa de tratamiento, sobre todo considerando su **tolerancia**, **dependencia** y efectos adversos.

Insomnio, hay vida más allá de las Benzodiacepinas

Clasificación del insomnio

2/20

ICSD-3

Trastornos de insomnio crónico.

01

Trastornos por insomnio a corto
plazo: duración inferior a 3
meses.

02

Otros trastornos de insomnio: que
no cumplen con los criterios
previos.

03

DSM-5

04 Dificultad para iniciar el sueño.

05 Dificultad para mantener el sueño,
caracterizado por frecuentes
despertares intermedios o por
problemas para volver a conciliar
el sueño tras el despertar.

06

Despertar precozmente en la
mañana, sin posibilidad de volver
a dormir.



Insomnio, hay vida más allá de las Benzodiacepinas

Clasificación del Insomnio

3/19

El trastorno del sueño tiene implicaciones clínicas significativas en el funcionamiento de la persona.



Esta dificultad se mantiene por al menos 3 meses.



El insomnio no puede ser explicado por otro trastorno del sueño.



La dificultad de sueño ocurre al menos 3 noches por semana.



La dificultad para dormir ocurre a pesar de contar con una adecuada oportunidad para dormir.



El insomnio no es atribuible a efectos físicos provocados por el abuso de drogas y/o fármacos.



La coexistencia de enfermedades médicas y/o psiquiátricas no explican la presencia de insomnio.



Causas más frecuentes

- 1) **Enfermedades psiquiátricas tales como:** ansiedad generalizada, depresión, stress post-traumático.
- 2) **Comorbilidades médicas:** dolor crónico, reflujo gastroesofágico, enfermedades respiratorias crónicas.
- 3) **Comorbilidades del sueño:** síndrome piernas inquietas, síndrome apnea del sueño (10-15% de los casos).
- 4) **Uso de fármacos.**
- 5) **Abuso de sustancias:** alcohol, drogas ilícitas.



Insomnio, hay vida más allá de las Benzodiacepinas

5/19

Tratamiento



El tratamiento del insomnio es multidisciplinario y dependerá de su **etiología**.



Busca dos objetivos fundamentales: mejorar la **calidad** del sueño y mejorar los **síntomas diurnos**.



El tratamiento de primera línea para el insomnio crónico del adulto es el tratamiento **no farmacológico**.



El tratamiento farmacológico solo debería considerarse si la TCC-I no está disponible o si no es efectiva.



También puede considerarse los fármacos al inicio de la TCC-I.



En el tratamiento, ya sea farmacológico o conductual, el **efecto placebo** juega un rol importante en la evaluación de sus resultados.



Tabla 1. Terapias psicológicas y conductuales para insomnio

Control de estímulos. Técnica conductual basada en fortalecer la relación cama/dormitorio con relajación y sueño.

Restricción del sueño. Técnica en la que se restringe el tiempo que el paciente con insomnio puede pasar en la cama cada noche.

Ejercicios de relajación. Dirigidos a reducir el hiperarousal fisiológico que tienen los pacientes con insomnio.

Terapia cognitiva. Técnica psicoterapéutica basada en la reestructuración cognitiva de los pensamientos y creencias erróneas sobre el sueño que tienen los pacientes insomnes y que incrementan la ansiedad y la preocupación.

Educación en higiene del sueño. Esta intervención por sí sola es un tratamiento insuficiente que no ha demostrado su eficacia.

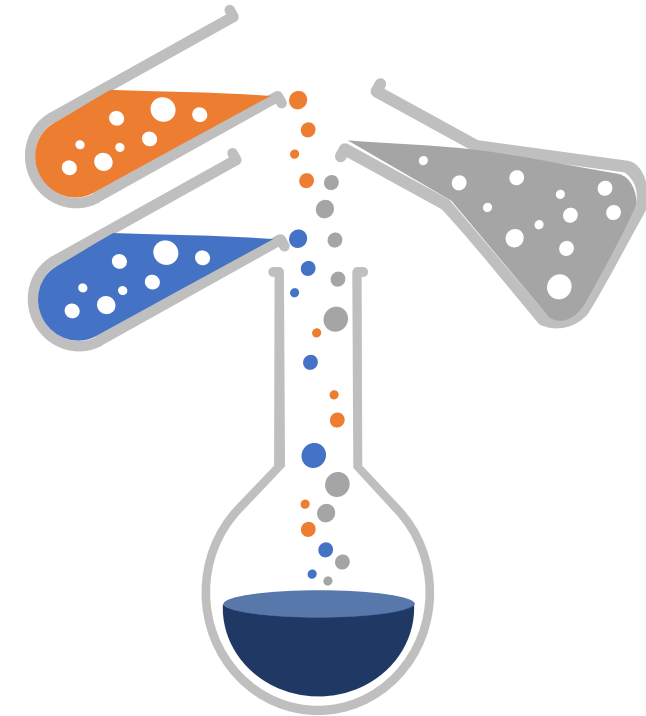
Por orden de evidencia científica.

ANTIISTAMÍNICOS H1 COMO HIPNÓTICOS

FÁRMACO	DURACIÓN APROBADA DEL TRATAMIENTO	POSOLOGÍA/ ADVERTENCIAS
Hidroxizina	7 días	Adultos: 50-100 mg al día. Ancianos: 50 mg al día
Difenhidramina		Adultos: 50 mg (1 comprimido/día). Jóvenes 12-18 años: 25 mg (1/2 comprimido/día), siempre bajo recomendación médica. Administrar 20-30 minutos antes de acostarse.

ANTIISTAMÍNICOS H1 COMO HIPNÓTICOS

- ❖ La difenhidramina es un hipnótico que no necesita prescripción en España.
- ❖ Pueden tener un papel en el tratamiento a **corto plazo** del insomnio en adultos jóvenes, aunque se **desarrolla tolerancia rápidamente**.
- ❖ Predisponen a cuadros delirantes, efectos cognitivos, retención urinaria y estreñimiento, por lo que **no se recomiendan en el anciano**.



Agonistas Receptores Melatoninérgico

FÁRMACO	VIDA MEDIA	DURACIÓN APROBADA DEL TRATAMIENTO	POSOLOGÍA/ ADVERTENCIAS
Melatonina de liberación prolongada 2 mg.	3,5-4 h	13 semanas*	Adultos ≥ 55 años: 1 comprimido/día 1 o 2 h antes de acostarse, y después de haber ingerido algún alimento.

- ❖ Un estudio se continuó en abierto hasta 12 meses de tratamiento, manteniéndose los resultados.
- ❖ No empeora el rendimiento psicomotor, incluso puede mejorarlo, ni la conducción de vehículos en comparación con el placebo, ni aumentó la inestabilidad postural.
- ❖ Es una buena alternativa en la retirada de BZD con estudios que avalan baja tasa de efecto rebote.

ANÁLOGOS BENZODIACEPÍNICOS (FÁRMACOS Z)

FÁRMACO	VIDA MEDIA	DURACIÓN APROBADA DEL TRATAMIENTO	POSOLOGÍA/ ADVERTENCIAS
Zolpidem	1,5-3 h	Días a 2 semanas. Máx.: 4 semanas (incluida retirada gradual del medicamento). Si es necesario más tiempo, reevaluación imprescindible.	Adultos: 1 comprimido (10 mg, no aumentar) por la noche inmediatamente antes de acostarse. Edad avanzada y pacientes con insuficiencia hepática: 5 mg/d.
Zopiclona	1,5-3 h		Adultos: 7,5 mg antes de acostarse. Edad avanzada pacientes con enfermedad renal y hepática: dosis inicial, 3,75 mg hasta 7,5 si es necesario.

ANÁLOGOS BENZODIACEPÍNICOS (FÁRMACOS Z)

- ❖ El tratamiento idealmente estaría limitado a un máximo de 4 semanas como con las benzodiacepinas.
- ❖ Estos fármacos mejoran de forma objetiva y subjetiva la latencia del sueño en comparación con el placebo.
- ❖ Tienen un bajo potencial de abuso y una comprobada eficacia a largo plazo comparado con las benzodiacepinas clásicas (6 meses, solamente con Eszopiclona no comercializada en España).

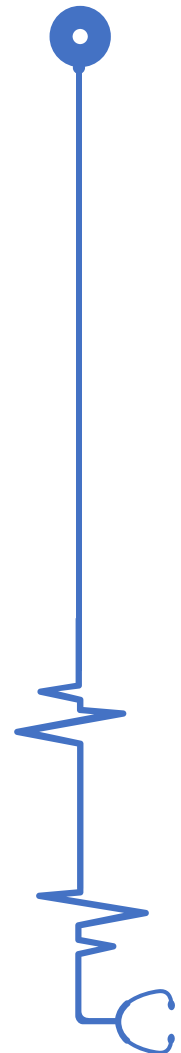


ANTIDEPRESIVOS

FÁRMACO	VIDA MEDIA	POSOLOGÍA/ ADVERTENCIAS
Amitriptilina	9-27 h	Adultos: 10-25 mg antes de acostarse.
Mirtazapina	20-40 h	Adultos: 15-30 mg antes acostarse.
Trazodona	5-13 h	Adultos: 50-100 mg antes de acostarse

ANTIDEPRESIVOS

- ❖ La Trazodona está indicada en estados mixtos de depresión y ansiedad; con o sin insomnio secundario se puede usar en el insomnio, vigilar priapismo en hombres jóvenes.
- ❖ La Mirtazapina podría justificarse en el tratamiento de la depresión en los pacientes que tienen síntomas de insomnio y pueden beneficiarse del aumento de peso, puede provocar sedación diurna.
- ❖ La Amitriptilina es útil además en el dolor, se deben vigilar efectos anticolinérgicos.

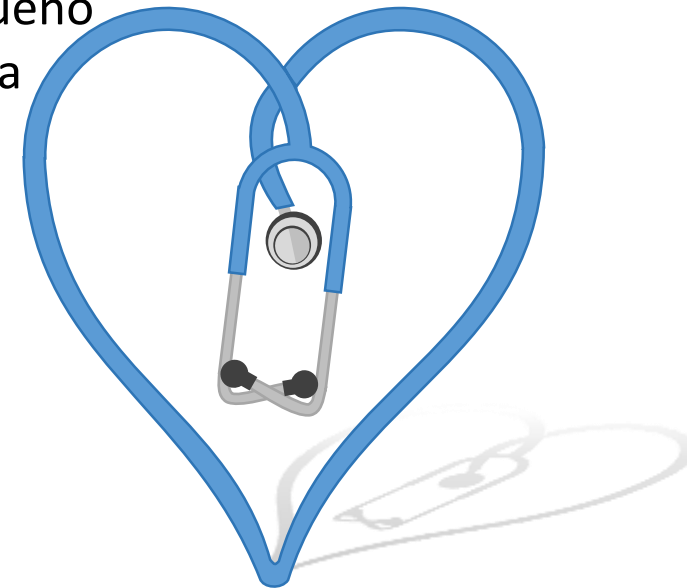


BENZODIACEPINAS

FÁRMACO	VIDA MEDIA	DURACIÓN APROBADA DEL TRATAMIENTO	POSOLOGÍA/ ADVERTENCIAS
Lorazepam	12-16 h	2 semanas. Si es necesario más tiempo, reevaluación imprescindible.	Adultos: 1 mg al acostarse. Pacientes de edad avanzada o con insuficiencia renal y/o hepática: la dosis recomendada es de 0,5 mg/día.
Lormetazepam	9-15 h		Adultos: 1 mg al acostarse. Pacientes de edad avanzada o con insuficiencia renal y/o hepática: la dosis recomendada es de 0,5 mg/día.
Brotizolam	3-8 h		Adultos: 0,25 mg. Pacientes de edad avanzada: 0,125 mg-0,25 mg.

BENZODIACEPINAS

- ❖ **Alteran la estructura del sueño**, disminuyen la fase REM y las fases de sueño profundo, ambas fundamentales para tener un sueño **reparador** y para la consolidación de la memoria.
- ❖ Producen **tolerancia** y **dependencia**.
- ❖ De todos sus efectos farmacológicos, el **hipnótico** es el primero en crear **tolerancia**, requiriendo dosis progresivamente mayores o más potentes, aumentando el riesgo de **abstinencia**.



TRATAMIENTO DEL INSOMNIO SIN FÁRMACOS ADICTIVOS

GRADO*	FÁRMACO	DOSIS	NOTAS
I	Melatonina	2 mg	No precisa receta médica. Útil en cambios de zona horaria.
	Hidroxicina	25 mg	Antihistaminico. Riesgo de sedación diurna. Vigilar riesgo cardiovascular.
II	Amitriptilina	10-25 mg	Antidepresivo. Útil en dolor. Anticolinérgico.
	Mirtazapina	15 mg	Antidepresivo. En presentación flas, rápida inducción del sueño. Riesgo de ganancia de peso y pesadillas. Riesgo de hipotensión.
	Trazodona	50-100 mg	Antidepresivo. Riesgo de hipotensión. Riesgo de priapismo en pacientes jóvenes.
III	Quetiapina	25-100 mg	Neuroléptico. Ganancia de peso.
	Asenapina	5 mg	Neuroléptico. Anestesia bucal frecuente. Administración peculiar (el paciente no puede comer, beber o fumar 10 minutos antes o después de su administración).
IV	Tiapride	100 mg	Neuroléptico. Metabolismo renal.
	Clotiapina	20-40 mg	Neuroléptico. Frecuente "resaca".
	Levomepromazina	25-100 mg	Neuroléptico. Riesgo de hipotensión.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento farmacológico del insomnio es un problema complejo, con una amplia variedad de fármacos disponibles pero sin unas guías bien definidas sobre cual utilizar dada la gran variabilidad de situaciones en que este se presenta.
2. Para el adecuado tratamiento hay que establecer un cambio en el estilo y hábitos de vida y asociar tratamiento no farmacológico con farmacológico.
3. Los hipnóticos deben recomendarse en los casos en los que se requiere una respuesta rápida de los síntomas, si el insomnio es **grave** y ocasiona **trastornos importantes** en el sujeto.
4. La selección del tratamiento más adecuado debe considerar que el insomnio es un problema no solo nocturno, sino que afecta a la calidad de vida y **funcionalidad diurna** de los pacientes.
5. Es nuestra responsabilidad reducir el consumo de benzodiacepinas en España, que alcanza proporciones preocupantes.





TITLE

EXAMPLE

This is an example text . In this paragraphs resume the ideas.



TITLE

EXAMPLE

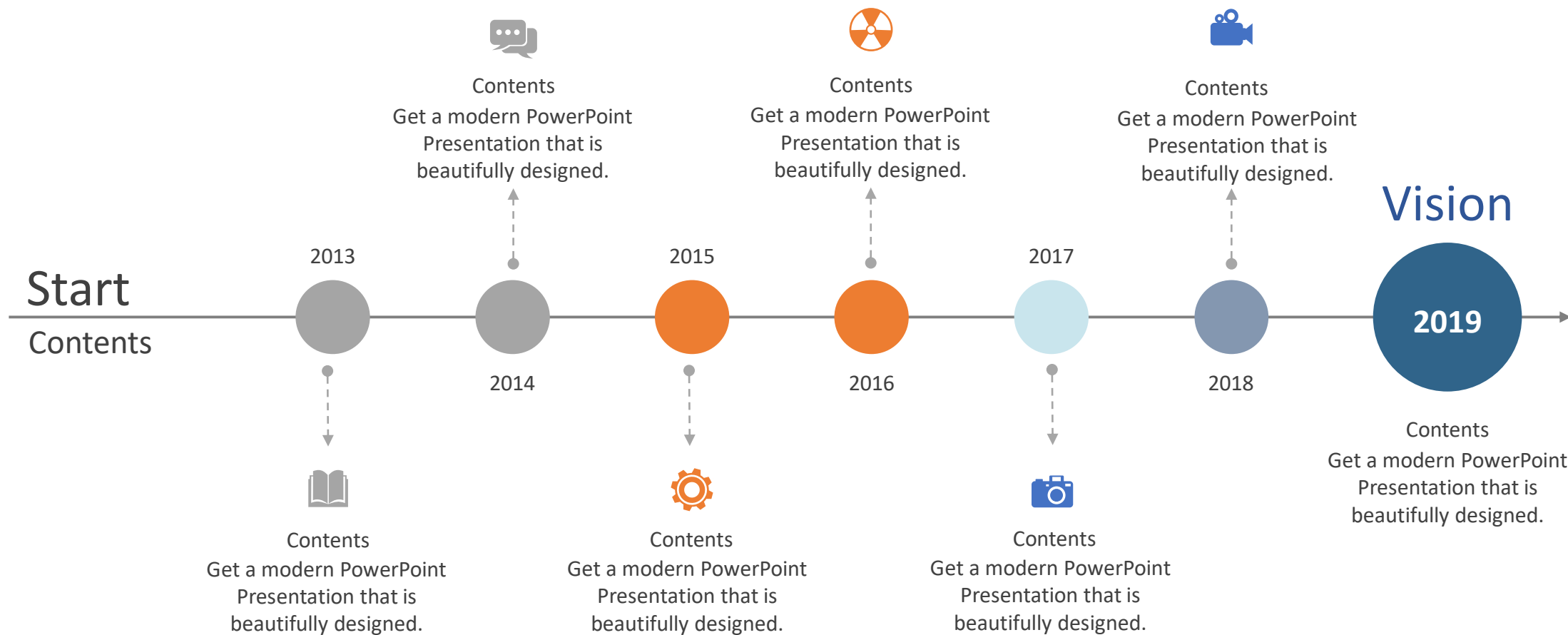
This is an example text . In this paragraphs resume the ideas.



TITLE

EXAMPLE

This is an example text . In this paragraphs resume the ideas.

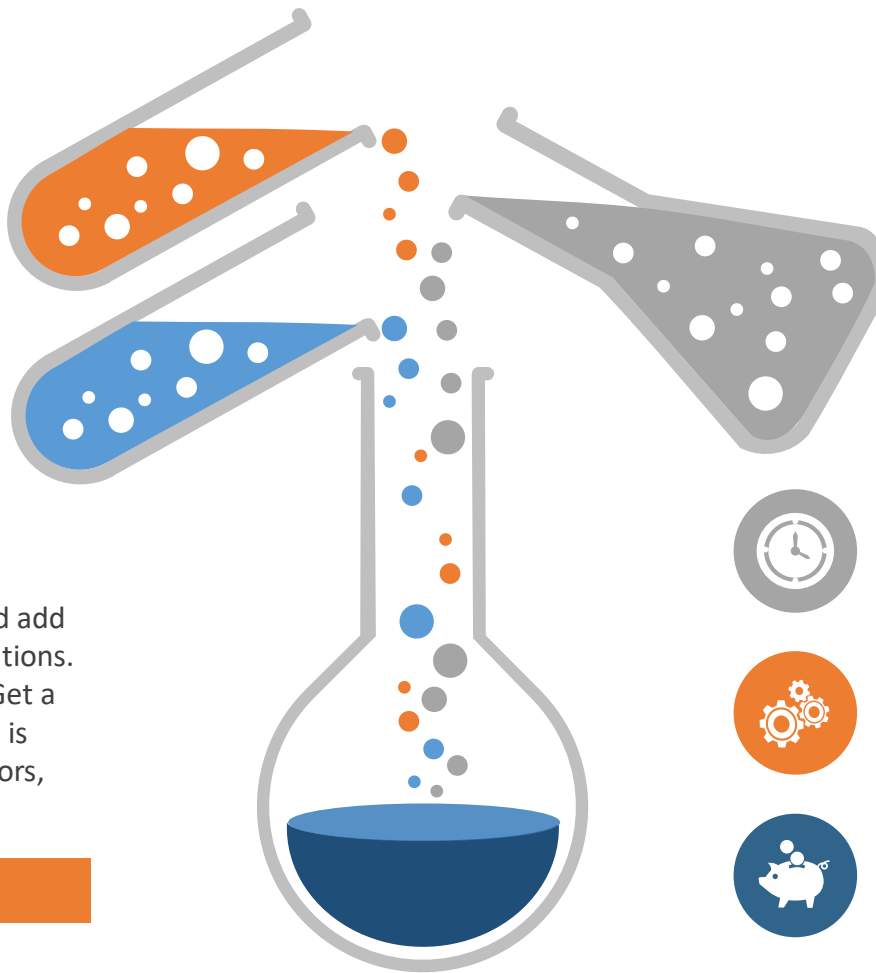


You can simply impress your audience and add a unique zing and appeal to your Presentations.

You can simply impress your audience and add a unique zing and appeal to your Presentations. Easy to change colors, photos and Text. Get a modern PowerPoint Presentation that is beautifully designed. Easy to change colors, photos and Text.

You can simply impress your audience and add a unique zing and appeal to your Presentations. Easy to change colors, photos and Text. Get a modern PowerPoint Presentation that is beautifully designed. Easy to change colors, photos and Text.

Your Content Here



Content Here

Get a modern PowerPoint Presentation that is beautifully designed.



Content Here

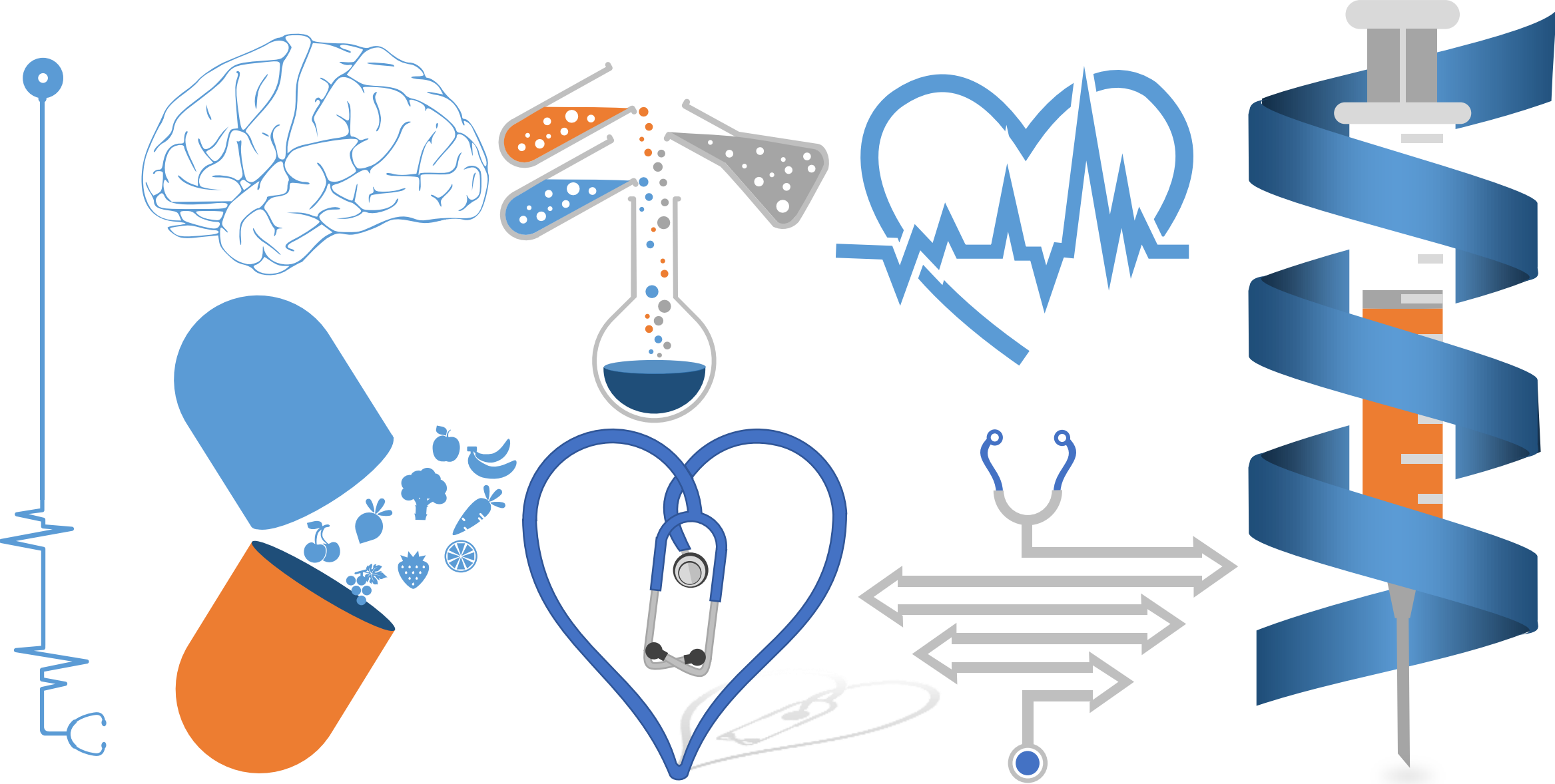
Get a modern PowerPoint Presentation that is beautifully designed.



Content Here

Get a modern PowerPoint Presentation that is beautifully designed.

Fully Editable Shapes



Fully Editable Icon Sets: B



