

## MANEJO DEL INSOMNIO EN EL PACIENTE ANCIANO

**Ana M<sup>a</sup> de Andrés Lázaro** Farmacéutica, Parc Sanitari Pere Virgili

**Neus Gual Tarrada** Médico geriatra, Parc Sanitari Pere Virgili

### Resumen

*El insomnio es un trastorno frecuente en nuestra sociedad y su prevalencia aumenta con la edad. Contribuye a incrementar la morbilidad de los pacientes, afecta a la calidad de vida y los expone a un mayor riesgo de eventos adversos.*

*El anciano presenta cambios fisiológicos en la estructura del sueño que conducen a una disminución de la cantidad y calidad de éste. Dado que los pacientes de edad avanzada a menudo son pluripatológicos, se debe hacer un diagnóstico cuidadoso del insomnio, descartando otras patologías que puedan ser causa o factor contribuyente.*

*El objetivo del tratamiento del insomnio es conseguir un aumento de la cantidad y calidad del sueño, a fin de mejorar la actividad y funcionalidad diurna. En el paciente geriátrico es importante ajustar las expectativas en cuanto a los resultados. El tratamiento de primera línea son las medidas no farmacológicas, principalmente la terapia cognitivo-conductual (TCC). La TCC engloba estrategias tales como el control de estímulos, la restricción del sueño, técnicas de relajación, terapia cognitiva e higiene del sueño. Ha demostrado eficacia y sus resultados se mantienen en el tiempo.*

*El tratamiento farmacológico debe reservarse para los casos más graves o refractarios y no se recomienda su uso crónico. Las benzodiazepinas y los fármacos Z están indicados en el insomnio y son eficaces, pero presentan efectos secundarios relevantes a los que el paciente geriátrico es especialmente vulnerable. Siempre hay que emplear la mínima dosis efectiva y limitar la duración del tratamiento. Se recomienda revisar los tratamientos crónicos y intentar, siempre que sea posible, una retirada progresiva. Los antidepresivos sedantes podrían ser una opción en pacientes concretos (ej: depresión concomitante), aunque no se dispone de suficiente evidencia que apoye su uso. Tampoco se dispone de evidencia concluyente sobre otras terapias alternativas como la melatonina o las plantas medicinales.*

**Palabras clave:** insomnio, geriatría, benzodiazepinas.

### Introducción

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, con una prevalencia del 10-15%<sup>1</sup>, y aumenta con la edad (hasta un 25%)<sup>2</sup>. La última versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease (DSM-5) define trastorno de insomnio como una alteración del sueño persistente (> 3 veces / semana, durante ≥ 3 meses), que provoca repercusiones en la vida cotidiana de la persona, sin poder atribuirse a patología médica o mental.<sup>3</sup> Se diferencian 3 tipos de insomnio: de conciliación (>

30 minutos en dormirse); de mantenimiento (> 2 despertares nocturnos o > 1 hora de vigilia por la noche), y despertar precoz (despertarse antes de lo habitual sin poder volver a dormir).

El insomnio se ha asociado con un aumento de la morbilidad y la mortalidad<sup>4</sup>. Comporta un incremento en el riesgo de caídas<sup>5</sup>, disminución de la calidad de vida<sup>6</sup>, disfunción diurna, trastornos psiquiátricos, menor productividad y aumento del número de accidentes<sup>7,8</sup>. En personas mayores, también se ha observado mayor riesgo de deterioro cognitivo<sup>9</sup>, peor estado físico y mayores limitaciones funcionales.<sup>2</sup>

**Tabla 1. Factores que contribuyen al insomnio**

Enfermedades	<b>Cardiovasculares:</b> coronariopatías, arritmias, insuficiencia cardíaca <b>Respiratorias:</b> EPOC, asma, fibrosis quística <b>Neurológicas:</b> migrañas, demencia, Parkinson, tumores del SNC, epilepsia <b>Gastrointestinales:</b> reflujo gastroesofágico, úlcera, colon irritable <b>Urológicas:</b> prostatismo <b>Endocrinas:</b> hipertiroidismo, enfermedad de Cushing o de Addison, DM <b>Reumatológicas:</b> artrosis, artritis, fibromialgia <b>Dermatológicas:</b> psoriasis, otras patologías que cursan con prurito <b>Cáncer:</b> dolor
Trastornos mentales	<b>Ansiedad</b> <b>Depresión</b> <b>Trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia</b> <b>Trastorno por estrés postraumático</b> <b>Abuso / dependencia de sustancias:</b> alcohol, drogas estimulantes
	<b>Fármacos</b> <b>Antidepresivos:</b> bupropión, ISRS, venlafaxina <b>Cardiovascular:</b> $\alpha$ -agonistas / antagonistas, $\beta$ -bloqueantes, diuréticos, antagonistas del calcio <b>Hormonal:</b> levotiroxina <b>Respiratorio:</b> $\beta$ -agonistas, ipratropio, teofilina <b>Estimulantes:</b> anfetaminas, cafeína, descongestionantes, metilfenidato <b>Otros:</b> anticonvulsivos, corticoesteroides, nicotina, alcohol

DM: diabetes *mellitus*; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SNC: sistema nervioso central.

Aunque la estructura del sueño varía fisiológicamente con la edad,<sup>10</sup> hay que tener claro que el insomnio no forma parte de un proceso normal de envejecimiento.

La arquitectura del sueño está compuesta por 3 segmentos: 1) fases 1 y 2 de sueño superficial; 2) fases 3 y 4 caracterizadas por un sueño profundo y consideradas las fases del sueño más reparadoras. El primero y segundo segmento constituyen el sueño no-REM (*non-rapid eye movement*); 3) sueño REM (*rapid eye movement*), que tiene lugar sobre todo durante la segunda mitad del sueño.

Con la edad, se observa una reducción de las horas de sueño hasta 5-7 horas / noche, disminución del tiempo de las fases 3 y 4 y fase REM, y aumento de los despertares nocturnos<sup>10</sup>. Esto se traduce en una disminución fisiológica tanto de la cantidad como de la calidad del sueño.

Es importante, antes de un diagnóstico de trastorno de insomnio, descartar otros factores que puedan ser la causa, como la presencia de enfermedades, trastornos mentales (pueden ser tanto causa como efectos del insomnio) y consumo de sustancias o fármacos (véase la tabla 1)<sup>11</sup>. Este paso es especialmente relevante en el caso de la ancianos dada su mayor comorbilidad.

**El objetivo del tratamiento del insomnio es conseguir un aumento de la cantidad y calidad del sueño, para mejorar la actividad y funcionalidad diurna. Actualmente, se dispone de terapias no farmacológicas como tratamiento de primera línea, con la posibilidad de asociar tratamiento farmacológico en determinados casos.<sup>3</sup>**

## Tratamiento no farmacológico

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se considera la primera línea de tratamiento para todos los pacientes con insomnio. Incluye una combinación de técnicas psicoterapéuticas de duración limitada en el tiempo, focalizadas en el sueño. Se dirige a modificar los factores que influyen en la cronificación y mante-

nimiento del insomnio, incluyendo factores conductuales, psicológicos y fisiológicos.

Diferentes estudios han demostrado la eficacia de la TCC al lograr una mejoría clínica (tanto de latencia como de mantenimiento del sueño) hasta en el 70-80% de los pacientes<sup>2,12</sup>. Además, se ha observado que sus efectos se mantienen a largo plazo<sup>13</sup>. Respecto al tratamiento farmacológico, se dispone de algunos trabajos que comparan la TCC con el tratamiento con hipnóticos no benzodiazepínicos (zopiclona, zolpidem) en los que se observaron mejores resultados (en eficiencia del sueño, fatiga, calidad de vida, ansiedad, etc.) en los pacientes tratados con TCC tanto a corto como a largo plazo<sup>14,15</sup>. En pacientes de edad avanzada, y con comorbilidad, también han demostrado su utilidad<sup>16-19</sup> y se recomiendan especialmente dado que se consigue evitar el uso de hipnóticos y reducir la polimedicación.

En la tabla 2, se muestran las estrategias que incluye la TCC, como son: 1) el control de estímulos, con lo cual se pretende recuperar la asociación de la cama y dormitorio con la acción de dormir; 2) la restricción del sueño, que inicialmente limita el tiempo de dormir con el objetivo de inducir la aparición del sueño; 3) las técnicas de relajación destinadas a disminuir la excitación y mejorar el descanso; 4) la terapia cognitiva que intenta reestructurar falsas creencias en relación con el sueño y mantener unas expectativas razonables en cuanto al descanso nocturno; 5) la higiene del sueño, que procura modificar conductas para mejorar el sueño.

Desafortunadamente, a pesar de la eficacia demostrada, la TCC sigue siendo una estrategia infrautilizada y aún persiste un abuso importante del uso de fármacos<sup>2</sup>. La adherencia a la TCC es baja (se estima que entre el 14 y el 40% de los pacientes abandonan el tratamiento)<sup>20</sup> debido a la necesidad de importantes cambios de comportamiento, una efectividad que no es inmediata, y a la falta de confianza en relación con sus resultados<sup>1</sup>. Por lo tanto, a la hora de iniciar el tratamiento es importante establecer una buena alianza terapéutica médico-paciente y elaborar un plan de intervención personalizado mediante un proceso de decisión compartida.<sup>18</sup>

**Tabla 2. Técnicas de terapia cognitivo-conductual**

Estrategia	Objetivo	Indicaciones específicas para pacientes <sup>1</sup>	Efectividad en ancianos <sup>1,12-16</sup>
Control de estímulos	Recuperar la asociación de la cama y dormitorio con la acción de dormir.	Retirar aquellos factores o agentes que puedan ser estimulantes en el dormitorio (p.ej. televisión, teléfonos, ordenadores). Instruir al paciente a levantarse a los 20 minutos de estirarse en la cama si no puede dormir.	De las terapias más efectivas para el tratamiento del insomnio.
Restricción del sueño	Aumentar el deseo de sueño y estabilizar el ritmo circadiano.	Restringir el tiempo que pasa en la cama cada noche, para inducir la aparición de sueño. Vigilar su uso en personas mayores: riesgo de caídas en hacerlo levantar por la noche.	Eficaz en la latencia y mantenimiento del sueño. Mayor eficacia en combinación con otras terapias.
Técnicas de relajación	Reducir la excitación física y psicológica.	Progresiva relajación de la musculatura, ejercicios de respiración o meditación.	Menor efectividad en comparación a la restricción del sueño o control de estímulos.
Terapia cognitiva	Reestructurar falsas creencias en relación al insomnio.	Mantener expectativas razonables del sueño, revisión de episodios previos, cambiar la percepción catastrófica.	No es eficaz de forma exclusiva, siempre realizar en combinación con otras terapias.
Higiene del sueño	Reducir conductas que interfieran con el sueño.	Disminuir el consumo de sustancias estimulantes, aumentar el ejercicio diurno, etc. (véase la tabla 3).	No es eficaz por sí sola. Sí que lo es en combinación con otras intervenciones.

**Tabla 3. Medidas de higiene del sueño<sup>2, 3</sup>****Hábitos diurnos:**

- Mantener una rutina, levantarse a una hora similar siempre, incluido fin de semana.
- Realizar ejercicio físico durante el día, siempre al menos 3 horas antes de acostarse.
- Evitar siestas de más de 30 minutos.
- Eliminar o disminuir el consumo de sustancias / alimentos estimulantes (alcohol, cafeína, nicotina, plátanos).

**Condiciones que favorecen el sueño:**

- Estar en la cama sólo el tiempo necesario. Ir a la cama sólo cuando tenga sueño.
- No acostarse con hambre o sed, o después de haber comido o bebido demasiado.
- Revisar el entorno: colchón firme, cojín cómodo, dormitorio oscuro, silencioso y temperatura adecuada.
- Desconectar de las tensiones del día al menos 2 horas antes de acostarse.
- Establecer una rutina poco estimulante antes de acostarse (poner el pijama, leer, etc.).
- La cama es un entorno para dormir. Evitar mirar la televisión, teléfonos móviles o tablets en la cama.
- Si no puede dormir: no inquietarse, no mirar el reloj. Si no se duerme, levantarse y realizar actividad poco estimulante (leer, ver fotos, etc.) y volver a la cama cuando presente somnolencia.

## Tratamiento farmacológico

Actualmente se dispone de diferentes opciones de tratamiento farmacológico para el manejo del insomnio, aunque ninguno de los fármacos es adecuado para su uso a largo plazo. La aparición de efectos adversos graves y la falta de evidencia en su uso crónico son limitaciones importantes en el paciente anciano, dada la ausencia de estudios de calidad realizados en esta población especialmente frágil. Por ello, antes de iniciar ningún tratamiento, siempre hay que asegurar que las medidas no farmacológicas se han aplicado sin conseguir el resultado esperado<sup>18</sup>.

En el paciente anciano la selección del tratamiento farmacológico ha de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Características del paciente:** edad y patología concomitante. El anciano presenta un mayor riesgo de efectos adversos debido a cambios en su farmacocinética (metabolismo alterado y excreción disminuida) y farmacodinamia (mayor sensibilidad de los receptores GABA)<sup>21</sup>. Determinadas patologías, como la EPOC, pueden suponer una contraindicación en el uso de hipnóticos o requerir un ajuste de dosis.
- **Características del insomnio:** hay que valorar el tipo y considerar la duración estimada del tratamiento. El uso de hipnóticos sólo estaría indicado para insomnio agudo, como una solución transitoria (inferior a 2-4 semanas).

- **Características del fármaco:** considerar la farmacocinética, especialmente el tiempo de inicio de acción, semivida y tipo de metabolismo. Hay que considerar el perfil de efectos adversos, aparición de tolerancia y dependencia.

**En el momento de la prescripción, hay que intentar emplear la menor dosis efectiva. En el caso del anciano se recomiendan reducciones del 50% respecto a la dosis del adulto. Siempre que sea posible, se deben realizar prescripciones de corta duración y / o valorar emplear el tratamiento de manera intermitente.**

## Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas (BZP) son los fármacos más empleados en el tratamiento farmacológico del insomnio. En el año 2015 en Cataluña, el 6,2% de los mayores de 65 años tenían una prescripción activa de BZP para el tratamiento del insomnio<sup>22</sup>. Éstas reducen el tiempo de latencia, tiempo hasta sueño REM y los despertares nocturnos<sup>8</sup>. La mayoría de las BZP tienen un inicio de acción rápida y se diferencian principalmente en la duración de su acción. Las BZP con una de duración ultracorta tienen mayor riesgo de inducir dependencia, mientras que las BZP de larga duración se asocian a mayor riesgo de efectos adversos<sup>23</sup>.

Entre sus principales efectos secundarios se incluyen la sedación diurna, delirium, ataxia, alteraciones de la memoria ante-

rógrada, caídas, fracturas, accidentes de tráfico, tolerancia y dependencia; además, en caso de retirada súbita, puede aparecer insomnio de rebote<sup>8</sup>.

Los pacientes de edad avanzada presentan un mayor riesgo de aparición de estos efectos. Por un lado, tienen una mayor sensibilidad a los efectos de las BZP sobre los receptores GABA (mayor riesgo de ataxia, sedación y deterioro cognitivo), por ello es recomendable titular la dosis con precaución y emplear, siempre que sea posible, dosis reducidas<sup>8</sup>. Algunos estudios, incluso, han identificado que la dosificación excesiva de BZP podría tener mayor peso que la semivida en la aparición de caídas<sup>24</sup>. Por otra parte, el metabolismo oxidativo se encuentra disminuido, con el consiguiente riesgo de acumulación de fármaco<sup>21</sup>. Por esta razón, sería necesario priorizar el uso de BZP de semivida corta-media y metabolismo mediante glucuronidación (mejor conservado con la edad). Así, el uso de lorazepam o lormetacepam a dosis bajas podrían ser una opción de tratamiento en esta población.

Además, hay que tener presente que no se dispone de ningún ensayo clínico aleatorizado que evalúe la eficacia y seguridad de las BZP más allá de las 12 semanas. En cambio, datos procedentes de estudios observacionales indican que, en mayores de 60 años, el uso de BZP puede incrementar el riesgo de caídas en un 40%<sup>25</sup>. Incluso, algunos trabajos sugieren una posible relación entre el uso de BZP y la aparición de demencia o incremento de la mortalidad<sup>26,27</sup>.

Actualmente se recomienda realizar una revisión de los tratamientos con BZP y, siempre que sea posible, retirarlas. La retirada debe hacerse gradualmente, dado que una retirada repentina puede provocar un cuadro de abstinencia y un efecto rebote. Existen diferentes estrategias de retirada: se puede intentar directamente una reducción gradual de la dosis de BZP (disminuir un 10-25% cada 2-3 semanas) o, si existe un riesgo elevado de presentar un cuadro de abstinencia, hacer un cambio previo a diazepam (BZP de larga semivida) e iniciar entonces la retirada. La decisión de retirar o reducir el tratamiento debe ser un pacto entre médico y paciente. Hay que monitorizar al paciente durante el proceso y, en caso de aparición de efectos indeseados, se debe detener la retirada hasta su resolución y volver a intentarlo más adelante<sup>28,29</sup>. En el momento de la prescripción, es conveniente informar al paciente sobre la temporalidad del tratamiento y las pautas de retirada.

## Hipnóticos-Z (no benzodiacepínicos)

Zolpidem y zopiclona son hipnóticos con estructura química diferente a las BZP y acción selectiva sobre los receptores GABA. Proporcionan un efecto sedante e hipnótico, y mejoran el tiempo de latencia, pero no el mantenimiento del sueño<sup>30</sup>. Debido a que tienen una semivida de eliminación corta y por su selectividad, inicialmente se presentaron como fármacos con la misma eficacia que las BZP y mejor perfil de seguridad. Sin embargo, con el tiempo, estudios observacionales han asociado su uso a demencia, delirium, sonambulismo, fracturas y lesiones e incremento del riesgo de cáncer<sup>8</sup>. La evidencia de su uso a largo plazo es escasa porque los estudios clínicos se realizaron en 4-5 semanas.

Zolpidem es el segundo hipnótico más utilizado en nuestro entorno y en los últimos años se ha observado un ligero descenso en su consumo (según datos del Registro de prestación

farmacéutica del Servei Català de la Salut). En 2014, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios emitió una nota informativa relacionada con el incremento de efectos adversos detectados durante la postcomercialización (en especial sedación diurna, sonambulismo y riesgo de accidentes de tráfico). De acuerdo con estos datos, la dosis recomendada en el paciente anciano se ha de reducir a 5 mg/día<sup>31</sup>.

## Antidepresivos con acción sedante

En los últimos años, se ha evidenciado un incremento en el uso de antidepresivos sedantes en el manejo del insomnio crónico. Aunque han demostrado cierta eficacia en pacientes con depresión e insomnio<sup>32-34</sup>, no se dispone de estudios de calidad que avalen su uso en el trastorno de insomnio y además presentan efectos adversos relevantes. Cabe recordar que no disponen de indicación autorizada para el tratamiento del insomnio (uso *off-label*), por lo tanto, se desaconsejan como primera línea de tratamiento. Su uso debería limitarse a pacientes con depresión concomitante o en aquellos casos muy refractarios en los que no hay respuesta a otros tratamientos<sup>8</sup>.

**Trazodona:** actúa mediante bloqueo alfa-adrenérgico y histaminérgico. Su efecto sobre el insomnio tiene lugar principalmente a dosis bajas, habitualmente entre 25 y 100 mg, y puede tardar hasta 2 semanas en hacer efecto. Es eficaz en el tratamiento del insomnio en pacientes con depresión, pero no hay muchos datos en el caso de trastorno de insomnio y en población anciana<sup>8</sup>. Los principales efectos adversos son: estreñimiento (13,6%), náuseas y vómitos (15,7%), cefalea (10,4%), visión borrosa (8,3%), boca seca (17,7%) e hipotensión (10,1%). Puede provocar mareos y sedación hasta en un 21,9% de los casos<sup>30</sup>. No tiene efecto anticolinérgico ni cardiotoxicidad y tiene poco riesgo de adicción y tolerancia, por lo que podría ser una opción en determinados pacientes ancianos.

**Mirtazapina:** tiene efecto sedante mediante el bloqueo de los receptores de la histamina y la inhibición de los receptores serotoninérgicos (5HT<sub>2</sub>). Mejora la arquitectura del sueño disminuyendo la latencia y reduciendo el número de despertares nocturnos. Ha demostrado eficacia en la mejora del insomnio en pacientes con depresión. Su efecto sedante tiene lugar a dosis bajas (7,5 o 15 mg / día), sin beneficio adicional a dosis  $\geq$  30 mg. Puede producir somnolencia, sedación excesiva, incremento del apetito, ganancia de peso y boca seca. Sus efectos orexígenos pueden ser de interés en determinados pacientes con cuadros de inapetencia y / o pérdida de peso<sup>8</sup>.

## Otros fármacos empleados en el manejo del insomnio

Se dispone de otros fármacos utilizados habitualmente en el insomnio. En la mayoría de los casos, la evidencia sobre su uso es mínima y se limita a pequeños estudios que a menudo excluyen pacientes ancianos.

**Antihistamínicos:** los más habituales son difenhidramina y doxilamina. Aunque su uso es extenso (no requieren receta), su utilización no está respaldada por la evidencia. Consiguen un efecto inductor del sueño, pero sin mejorar su calidad. Su principal limitación es la aparición de efectos adversos graves: sedación diurna, efectos anticolinérgicos y tolerancia. Su uso está desaconsejado en pacientes de edad avanzada<sup>35</sup>.

**Clometiazol:** puede ser útil en ancianos cuando no se pueden emplear BZP o en caso de estados confusionales, aunque no sería un tratamiento de primera línea. Sus principales efectos adversos son las molestias gástricas y la irritación nasal. Se asocia a la aparición de dependencia, por lo que no se recomienda una prescripción prolongada.

**Antipsicóticos:** olanzapina y quetiapina son los antipsicóticos más sedantes del grupo de los atípicos, mientras que risperidona y ziprasidona son los menos sedantes. No tienen indicación autorizada para el tratamiento del insomnio (uso *off-label*).

Sólo un estudio ha evaluado el uso de antipsicóticos atípicos en el tratamiento del insomnio en pacientes con demencia y sus resultados fueron poco concluyentes<sup>8</sup>. Su balance riesgo-beneficio no es favorable en ancianos y no hay mucha evidencia de uso en pacientes con insomnio sin antecedentes psiquiátricos, por tanto, se desaconseja su uso.

**Melatonina:** es una hormona producida por la glándula pineal, su producción está controlada por la luz, y sus niveles se incrementan a partir de la tarde. Esta producción está disminuida en el paciente anciano, por lo que su ritmo circadiano se puede ver afectado, contribuyendo a la aparición de insomnio. Actualmente, está comercializada como medicamento con indicación

para el tratamiento del insomnio (antes estaba disponible como suplemento dietético). Se recomienda administrar la dosis de 2 mg, una o dos horas antes de ir a dormir. Su eficacia es controvertida y falta evidencia sobre variables objetivas y efectos clínicamente relevantes de mejora del sueño<sup>8,36</sup>. Algunos autores han propuesto su utilidad como terapia de apoyo en la deshabitación a BZP, aunque sus resultados no son consistentes<sup>37</sup>. Finalmente, también hay que tener presente sus efectos adversos, especialmente relevantes en el paciente anciano, como sedación residual al día siguiente y una duración de acción prolongada<sup>8</sup>. La duración máxima recomendada del tratamiento es de 13 semanas.

**Plantas medicinales:** la evidencia científica sobre la eficacia y seguridad de las plantas medicinales en el manejo del insomnio es muy limitada y, hasta ahora, los estudios disponibles no han mostrado más eficacia que placebo<sup>38</sup>. La valeriana es la opción más empleada y, aunque su mecanismo no se conoce del todo, se piensa que puede actuar a nivel de los receptores GABA. Aunque a priori no se espera que puedan tener muchos efectos adversos, hay que recordar que no se ha evaluado su uso a largo plazo ni en población anciana<sup>8</sup>. Finalmente, antes de iniciar cualquier tratamiento con plantas medicinales en pacientes polimedicados, hay que descartar posibles interacciones.

## Conclusiones

*En resumen, en el manejo del insomnio del anciano hay que tener presente los cambios fisiológicos en la estructura del sueño propios de la edad y ajustar las expectativas de resultado. Como primera opción, siempre se debe intentar una aproximación no farmacológica. La TCC es el tratamiento de elección de acuerdo con su eficacia demostrada que, además, se mantiene en el tiempo. El tratamiento farmacológico sólo se debería utilizar en casos graves o refractarios. Si hay que emplear fármacos, se recomienda emplear dosis reducidas y seleccionar fármacos con menor riesgo de acumulación (por ejemplo, lorazepam o lormetazepam). Es muy importante limitar la duración del tratamiento (no más de 2-4 semanas) y evitar su uso a largo plazo. En el caso de pacientes en tratamiento crónico con BZP, habría que plantear, de forma consensuada con el paciente, una retirada gradual. Los antidepresivos sedantes pueden ser útiles en algunos casos (especialmente en pacientes con depresión concomitante), aunque hay que recordar que no se dispone de mucha evidencia sobre su eficacia y seguridad, y que no están autorizados para esta indicación.*



# Bibliografía

1. Winkelman JW. Insomnia Disorder. *N Engl J Med*. 2015; 373(15):1437-44.
2. Montgomery P, Shepard LD. Insomnia in older people. *Rev Clin Gerontol*. 2010;20(03):205-18.
3. Martínez Hernández J, Lozano Olivares J. Pautas de actuación y seguimiento: Insomnio. De la práctica centrada en la enfermedad a la atención centrada en la persona. 2016. [Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>]
4. Manabe K, Matsui T, Yamaya M, Sato-Nakagawa T, Okamura N, Arai H, et al. Sleep patterns and mortality among elderly patients in a geriatric hospital. *Gerontology*. 2000; 46(6):318-22.
5. Brassington GS, King AC, Bliwise DL. Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64-99 years. *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48(10):1234-40.
6. Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. Quality of life in people with insomnia. *Sleep*. 1999;22 Suppl 2:S379-85.
7. Bain KT. Management of chronic insomnia in elderly persons. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2006;4(2):168-92.
8. Schroeck JL, Ford J, Conway EL, Kurtzhalts KE, Gee ME, Vollmer KA, et al. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. *Clin Ther*. 2016; 38(11):2340-72.
9. Cricco M, Simonsick EM, Foley DJ. The impact of insomnia on cognitive functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(9):1185-9.
10. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004; 27(7):1255-73.
11. Foral P, Dewan N, Malesker M. Insomnia: A Therapeutic Review for Pharmacists. *Consult Pharm*. 2011; 26(5):332-41.
12. Morin CM. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 Suppl 1:33-40.
13. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*. 1999; 22(8):1134-56.
14. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik OE, Kvale G, et al. Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults. *JAMA*. 2006; 295(24):2851.
15. Morin CM, Beaulieu-Bonneau S, Bélanger L, Ivers H, Sánchez-Ortuño M, Vallières A, et al. Cognitive-behavior therapy singly and combined with medication for persistent insomnia: Impact on psychological and daytime functioning. *Behav Res Ther*. 2016; 87:109-16.
16. Montgomery P, Dennis JA. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003 (1):CD003161.
17. Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol*. 2005; 7(5):339-52.
18. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD, DJ B, et al. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016; 165(2):125-133.
19. Rybarczyk B, Stepanski E, Fogg L, Lopez M, Barry P, Davis A. A Placebo-Controlled Test of Cognitive-Behavioral Therapy for Comorbid Insomnia in Older Adults. *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73(6):1164-74.
20. Matthews EE, Arnedt JT, McCarthy MS, Cuddihy LJ, Aloia MS. Adherence to cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review. *Sleep Med Rev*. 2013; 17(6):453-64.
21. Mangoni AA, Jackson SHD. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol*. 2004; 57(1):6-14.
22. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit d'atenció primària. Dades 2015. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016.
23. Mehdi T. Benzodiazepines Revisited. *Br J Med Pract*. 2012;5(1):a501.
24. Van der Hoof CS, Schoofs MWCJ, Ziere G, Hofman A, Pols HAP, Sturkenboom MCJM, et al. Inappropriate benzodiazepine use in older adults and the risk of fracture. *Br J Clin Pharmacol*. 2008; 66(2):276-82.
25. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med*. 2009; 169(21):1952-60.
26. Billioti S, Gage D, Bégaud B, Bazin F. Benzodiazepine use and risk of dementia : prospective population based study *BMJ*. 2012; 345:e6231.
27. Weich S, Pearce HL, Croft P. Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study. *BMJ* 2014;348:g1996.
28. Com i quan cal fer una reducció gradual de la dosi dels medicaments? Butlletí d'Informació Terapèutica. 2015; 26(7).
29. Benzodiazepinas: riesgos y estrategias para su retirada. Boletín Terapéutico Andaluz. 2014; 29(2).
30. McCall WV. Sleep in the Elderly: Burden, Diagnosis, and Treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2004; 6(1):9-20.
31. Nota informativa. Zolpidem (Dalparan®, Stilnox®, Zolpidem EFG®): Riesgo de somnolencia al día siguiente. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/214/docs/NIMUH\\_FV\\_05-2014-zolpidem.pdf](https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/214/docs/NIMUH_FV_05-2014-zolpidem.pdf)]. Acceso: enero de 2017]
32. Saletu-Zyhlarz GM, Abu-Bakr MH, Anderer P, Gruber G, Mandl M, Strobl R, et al. Insomnia in depression: differences in objective and subjective sleep and awakening quality to normal controls and acute effects of trazodone. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2002; 26(2):249-60.
33. Kaynak H, Kaynak D, Gözükirmizi E, Guilleminault C. The effects of trazodone on sleep in patients treated with stimulant antidepressants. *Sleep Med*. 2004; 5(1):15-20.
34. Winokur A, Sateia MJ, Hayes JB, Bayles-Dazet W, MacDonald MM, Gary KA. Acute effects of mirtazapine on sleep continuity and sleep architecture in depressed patients: a pilot study. *Biol Psychiatry*. 2000; 48(1):75-8.
35. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015; 44(2):213-8.
36. Buscemi N, Vandermeer B, Hooton N, Pandya R, Tjosvold L, Hartling L, et al. The efficacy and safety of exogenous melatonin for primary sleep disorders a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2005; 20(12):1151-8.
37. Wright A, Diebold J, Otal J, Stoneman C, Wong J, Wallace C, et al. The Effect of Melatonin on Benzodiazepine Discontinuation and Sleep Quality in Adults Attempting to Discontinue Benzodiazepines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs Aging*. 2015; 32(12):1009-18.
38. Leach MJ, Page AT. Herbal medicine for insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2015; 24:1-12.

## En un clic...

### Armonización farmacoterapéutica

#### Nuevos informes y dictámenes

- Sacubitril/valsartan: tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección reducida.

#### Recomendaciones, evaluaciones y guías

- Nuevas consultas farmacoterapéuticas publicadas en el CIM virtual del CedimCat, servicio online de consultas de medicamentos para profesionales.
  - Uso de la toxina botulínica en el tratamiento de la fisura anal.
  - Diclofenaco tópico y seguridad cardiovascular.
  - Alergia a las sulfamidas y fármacos evitar.
- Dermatitis atópica. 3 clics. Atención primaria basada en la evidencia. Institut Català de la Salut.
- Corticoides vía intramuscular en agudizaciones de asma. En personas adultas en agudizaciones de asma, no se recomienda administrar corticoides intramusculares como primera opción cuando la vía oral está presente conservada, salvo en determinadas situaciones clínicas. Recomendación Esencial.

#### Seguridad en el uso de medicamentos

- Toxicidad a largo plazo de los tratamientos antineoplásicos durante la infancia. Boletín de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña.
- Riesgos asociados al uso simultáneo de varios psicofármacos en personas mayores. Plan de información y detección de problemas de seguridad clínica en receta electrónica. CatSalut y FICF.

#### Información para pacientes

- Me han prescrito levotiroxina para el hipotiroidismo: qué debo saber? Canal Medicamentos y Farmacia.
- Piojos: consejos para detectarlos y eliminarlos. Canal Medicamentos y Farmacia.
- Le deben colocar un catéter permanente (Port-a-Cath) o ya en lleva uno? Si es así, conozca el funcionamiento y los riesgos potenciales. Canal Medicamentos y Farmacia.

Fecha de redacción: **Enero 2017**

En el próximo número: **Tratamiento farmacológico de la obesidad: Nuevos medicamentos, mismos problemas**

#### Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

**Direcció:** Josep Maria Argimon

**Subdirecció:** Antoni Gilibert i Perramon

**Coordinació editorial:** Xavier Bonafont i Pujol

**Coordinació de la Comissió d'Informació Terapèutica:** Pilar López Calahorra

**Comitè científic:** Rafel Albertí, Xavier Bonafont, Jordi Camarasa, Xavier Carné, Joan Costa, Laura Diego, Núria Escoda, Anna Feliu, Francesc de B. Ferrer, Pilar López, Roser Llop, Josep Manuel Llop, Rosa Madrdejos, Eduardo L. Mariño, Carlos Martín, Diego Mena, Alba Prat, Manel Rabanal, Laia Robert, Emília Sánchez, Mónica Sanmartín, Amelia Troncoso, Noemí Villén

**Secretaria Tècnica:** Roser Martínez

**Suport tècnic:** CedimCat

**ISSN:** 1579-9441

Per a la reproducció total o parcial d'aquesta publicació, cal fer-ne la sol·licitud

a la **Secretaria Tècnica de la Comissió d'Informació Terapèutica,**

**Gerència de Prestacions Farmacèutiques i Accés al Medicament,** Travessera de les Corts, 131-159, 08007 Barcelona

Es poden consultar tots els números publicats des de l'any 1999 a:

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/butlleti-d-informacio-terapeutica-bit/>

<http://medicaments.gencat.cat/ca>

