

BOLETÍN INFORMATIVO

Centro de Información de Medicamentos - CIM

Área Farmacia Asistencial

Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas.

Universidad Nacional de Rosario - Argentina



Año 40 - N° 262

Noviembre - Diciembre 2022

Higiene del sueño

1

Se entiende por insomnio a la dificultad para dormir lo suficiente o sin interrupción. Es posible que se tenga dificultad para conciliar el sueño, que se despierte demasiado temprano o periódicamente durante la noche. En general se trata de un problema ocasional. En este caso se clasifica como insomnio agudo, que es aquel que dura de una a cuatro semanas. Cuando ocurre casi todas las noches durante al menos un mes hablamos de insomnio crónico. El insomnio puede estar relacionado con una enfermedad médica o psiquiátrica, estrés, o puede ser causado por diferentes hábitos diurnos y al momento de acostarse.

El insomnio no solo disminuye la energía y altera el estado de ánimo, sino que también puede afectar la salud, el desempeño laboral y la calidad de vida.

El uso de varios fármacos puede estar asociado al insomnio: corticosteroides, fluoroquinolonas, levotiroxina, antivirales (incluyendo los utilizados para la gripe, hepatitis B y C, y VIH), anfetaminas, agentes β bloqueantes, antagonistas α_1 , diuréticos del asa, antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina, inhibidores de la monoaminoxidasa y medicamentos de reemplazo de dopamina en dosis altas, entre otros.

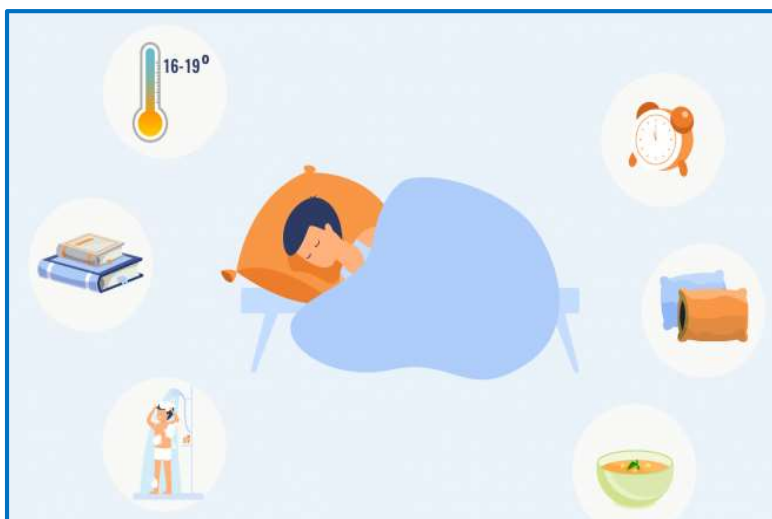
El insomnio como efecto adverso a medicamentos pueden ocurrir tanto con psicotrópicos como con no psicotrópicos. Se debe a que ciertos principios activos tienen un efecto sobre el sistema nervioso central al interactuar con cualquiera de los numerosos neurotransmisores y receptores que intervienen en el ciclo sueño-vigilia. También puede ocurrir en forma indirecta, al agravar condiciones que perturban el sueño (por ejemplo: síndrome de movimientos periódicos de las piernas).

Medidas de higiene del sueño:

Comprenden una serie de hábitos de conducta que facilitan el comienzo o mantenimiento del sueño. Teniendo en cuenta el horario de descanso/sueño, se recomienda las siguientes medidas no farmacológicas que ayudan a mejorar la higiene del sueño:

- irse a la cama solo cuando tenga sueño,
- usar ropa de cama cálida y acogedora
- levantarse todos los días **a la misma hora** (incluso los fines de semana),
- por la mañana evitar quedarse en la cama más tiempo del necesario,
- si se tiene la costumbre de dormir **siesta, que no superen los 45 minutos**.
- evitar los **alimentos pesados, picantes o azucarados** 4 horas antes de acostarse. Se aconseja un refrigerio ligero o cena liviana antes de acostarse.
- evitar las **pantallas o dispositivos electrónicos** hasta una hora de ir a la cama
- tomar baños a temperatura corporal antes de acostarse por su efecto relajante,

- mantener **condiciones ambientales** adecuadas para dormir, bloquear todo el ruido que distrae, eliminar la mayor cantidad de luz posible, mantener la habitación bien ventilada.
- practicar ejercicios de relajación.
- reducir el **consumo de cafeína**: cantidad total que puede procesar un adulto sin generar riesgos en su salud: 400 mg/día (1 taza de café contiene entre 90 y 200 mg). Si se supera ese valor puede generar insomnio y disminuir la cantidad de horas de sueño. Esto ocurre particularmente si se consume poco antes de acostarse a dormir. **Alimentos que contienen cafeína** (o compuestos del grupo de las xantinas, con efectos similares): **café, té, mate, guaraná, bebidas energizantes, chocolate.**



En relación a las condiciones ambientales uno de los métodos usados son los dispositivos o aplicaciones telefónicas de “**ruido blanco**” que pretenden enmascarar ruidos molestos y mejorar el sueño. Se necesita investigación adicional con medidas objetivas sobre el sueño y descripciones detalladas de la

exposición al ruido continuo antes de promoverlo como ayuda para dormir, especialmente porque también puede afectar negativamente el sueño y la audición. En relación a la **luz ambiental**, el uso de **dispositivos electrónicos emisores de luz antes de acostarse puede contribuir o exacerbar los problemas del sueño**. La exposición a la luz de longitud de onda azul, en particular de estos dispositivos, puede afectar el sueño al suprimir la melatonina y provocar una excitación neurofisiológica. Existen filtros diseñados para reducir su impacto, como lentes bloqueadores de luz o filtros incorporados en ciertos dispositivos electrónicos aunque es necesario investigar su efectividad en un mayor número de personas. Evitar el uso de estos dispositivos al acercarse la hora de acostarse sigue siendo la recomendación más efectiva.

Intervenciones farmacológicas

A continuación se presentan alternativas farmacológicas para el tratamiento del insomnio, a ser consideradas si fallan las propuestas de higiene del sueño o como complemento de las mismas, con recomendaciones de uso para promover su efectividad y seguridad.

Benzodiacepinas: Son agentes hipnóticos depresores del sistema nervioso que promueven la relajación física y mental. **No se recomienda la utilización a largo plazo en cuadros de insomnio.** Si se hace, siempre debe estar monitorizado, con un diagnóstico y una pauta terapéutica específica. Para evitar la dependencia se recomienda que su uso se restrinja al insomnio agudo, con la dosis más baja posible, con fármacos de eliminación rápida, no utilizando los de semivida media corta (como por ejemplo el lorazepam) y no más allá de 2 a 4 semanas de duración. Los efectos secundarios asociados a su uso son la somnolencia diurna, dolor de cabeza, vértigo, náuseas, fatiga, pérdida de memoria y mayor riesgo de caídas. Las personas mayores suelen ser más sensibles a los efectos secundarios. A partir de las 2 semanas de utilización se presenta un mayor riesgo de desarrollo de tolerancia, dependencia física y psíquica, y también el uso a largo plazo se ha asociado con mayor riesgo de accidentes. En caso de interrupción brusca o retirada de tratamiento se producen manifestaciones de

abstinencia. Se han descrito interacciones clínicamente significativas con otros fármacos y con el alcohol.

Antihistamínicos: Los antihistamínicos de primera generación como por ejemplo la difenhidramina, tienen un efecto sedante y pueden usarse para aliviar los problemas ocasionales del sueño. Los adultos mayores (65 años o más), los niños menores de 16 años y las mujeres embarazadas deben evitar tomar difenhidramina, ya que los riesgos para estos grupos pueden superar los beneficios. Se recomienda en



general tomar difenhidramina 20 minutos antes de acostarse. Normalmente tarda unos 30 minutos en funcionar.

Los efectos secundarios comunes incluyen sentirse somnoliento, mareado o inestable sobre sus pies. También puede tener dificultad para concentrarse y tener la boca seca. Puede volverse dependiente de la difenhidramina si la toma continuamente durante un período prolongado de tiempo o generar tolerancia.

La difenhidramina no debe tomarse como tratamiento para el insomnio crónico. Hay una falta de evidencia sustancial que respalde que la difenhidramina proporciona una mejora significativa en el sueño, incluido el tiempo que se tarda en conciliar el sueño, la duración del sueño y la calidad del sueño.

Melatonina: Es una hormona natural producida por la glándula pineal. Su secreción nocturna y su supresión durante el día por efecto de la luz solar regula el ritmo circadiano de sueño-vigilia. También se asocia a un efecto hipnótico y a una mayor propensión al sueño. Si bien su secreción disminuye con la edad y puede contribuir a trastornos del sueño, no hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de melatonina en el tratamiento del insomnio, hasta que ensayos de calidad metodológica demuestren su eficacia.

Zolpidem: Es un hipnótico no benzodiazepínico recomendado para el insomnio agudo. Los efectos adversos más comunes son: somnolencia diurna, vértigo, fatiga, dolor de cabeza, alucinaciones, náuseas, desorientación y confusión, ansiedad o crisis de pánico, debilidad, temblor, palpitaciones, y taquicardia. En algunos estudios también se ha descrito el insomnio de rebote y el síndrome de abstinencia (tanto a dosis supra terapéuticas como a dosis habituales) y el peligro de dependencia, sobre todo después de un empleo prolongado, por lo que recomiendan el empleo a corto plazo, teniendo que ser monitorizada su utilización a largo plazo. Los estudios más recientes, con hipnóticos no benzodiazepínicos, centran sus investigaciones en otras pautas de tratamiento, como son el uso intermitente o utilización “a demanda de las necesidades del paciente”. Se recomienda tomar zolpidem al momento de acostarse, solo de ser necesario y si se disponen 7 a 8 horas para dormir antes de volver a estar en actividad.

Antipsicóticos: Se concluyó que los antipsicóticos sedantes aumentan el sueño total en pacientes con esquizofrenia. La evidencia sobre la quetiapina, por ejemplo, es insuficiente para recomendar su uso en el tratamiento del insomnio en ausencia de trastornos psiquiátricos, particularmente a la luz de sus posibles efectos secundarios (movimientos incontrolables, como tics y temblores, sueño excesivo, mareos, inquietud, aumento de peso, sequedad de la boca, estreñimiento, náusea, vómito, visión borrosa, presión arterial baja, convulsiones, número bajo de glóbulos blancos).

Valeriana (*Valeriana officinalis*): La valeriana, por su atribución de propiedades sedantes e inductoras del sueño, es una de las hierbas medicinales más usadas para el insomnio. Se utiliza en forma de hierba seca, de extracto o de tintura. Hay varias revisiones que han investigado la efectividad y la seguridad de la valeriana para el tratamiento de problemas de sueño e insomnio. Su uso es seguro y existe evidencia de que podría mejorar la calidad del sueño y se ha demostrado cierta eficacia en el tratamiento del insomnio leve-moderado.

Otras hierbas o plantas medicinales que pueden ser usadas como infusión para combatir el insomnio: rooibos (*Aspalathus linearis*) solo o combinado con anís, manzanilla o hinojo; pasiflora (*Passiflora incarnata*); amapola de California (*Eschscholtzia californica* Cham); lavanda (*Lavandula angustifolia*); manzanilla (*Chamaemelum nobile*); melisa (*Melissa officinalis*), tilo (*Tilia cordata*).

Preparación de la infusión:

- Poner a hervir una taza de agua, apagar cuando llegue a ebullición.
- Agregar las hojas y/o las flores de la planta, o la bolsita de preparado..
- Tapar y dejar reposar la bebida durante 10 minutos, luego colar.
- Consumir una taza de la infusión al menos unas dos horas antes de acostarse.



Bibliografía:

- Drug Information Database. Insomnia. Consultado: 14/11/22. Disponible en: <https://www.drugs.com/health-guide/insomnia.html>
- Drug Information Database. Zolpidem. Consultado: 17/11/22. Disponible en: <https://www.drugs.com/zolpidem.html>
- Duraccio K, Zaugg K, Blackburn C y col. Does iPhone night shift mitigate negative effects of smartphone use on sleep outcomes in emerging adults?. *Sleep Health*. 2021; 7(4): 478-484
- Gonzalez Corbella MJ. La alimentación y el sueño. Estrategias nutricionales para evitar el insomnio. *Offarm*. 2007;26:77-84.
- Granados Gurrola A. Los 10 mandamientos de la higiene del sueño para adultos (por la World Sleep Society). 2018. Elsevier. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-10-mandamientos-de-la-higiene-del-sueno-para-adultos-por-la-world-sleep-society>
- Janků K, Šmotek M, Fárková E y col. Block the light and sleep well: Evening blue light filtration as a part of cognitive behavioral therapy for insomnia. *Chronobiol Int*. 2020; 37(2):248-259.
- Motti R., de Falco B. Traditional Herbal Remedies Used for Managing Anxiety and Insomnia in Italy: An Ethnopharmacological Overview. *Horticulturae*. 2021; 523(7).
- National Health Service Website. Diphenhydramine. Consultado 28/11/22. Disponible en <https://www.nhs.uk/medicines/diphenhydramine/>
- National Library of Medicine. Medicamentos antipsicóticos para tratar la esquizofrenia y el trastorno bipolar: Revisión de las investigaciones para adultos y personas que ayudan al cuidado. Consultado 1/12/22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK206960/>
- Riedy SM, Smith MG, Rocha S y col. Noise as a sleep aid: A systematic review. *Sleep Med Rev*. 2021; 55.
- Riemann D, Baglioni C y Bassetti C. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of sleep research*. 2017; 26(6): 675-700.
- Shechter A, Kim EW, St-Onge MP y col. Blocking nocturnal blue light for insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*. 2017; 96:196-202.
- Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo (Comunidad de Madrid), Ministerio de Ciencia e Innovación. 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. Madrid;2009.
- Van Gastel A. Drug-Induced Insomnia and Excessive Sleepiness. *Sleep Med Clin*. 2018; 13(2):147-159.