



NOLA TRATATU INSOMNIOA ADINEKO PERTSONENGAN

AURKIBIDEA

- ▶ SARRERA
- ▶ DIAGNOSTIKOA
- ▶ TRATAMENDUA
 - Tratamendu ez-farmakologikoa
 - Tratamendu farmakologikoa
 - Benzodiazepinak eta Z farmakoak
 - Antidepresibo lasaigarriak
 - Melatonina
 - Orexinaren hartzailearen antagonista dualak
 - Antihistaminikoak
 - Beste batzuk
- ▶ BENZODIAZEPINAK ETA Z FARMAKOAK EPE
LUZERA ERABILTZEA ETA DEPRESKRIBATZEA
- ▶ FUNTSEZKO IDEIAK



SARRERA

Bizitzan zehar aldaketak gertatzen dira loaren arkitekturan: adinekoek ordu gutxiago lo egiten dute, maizago esnatzen dira gauzez, eta kanpoko faktoreek (zaratak, argia, etab.) errazago esnarazten dituzte. Lo sakoneko denbora ere txikiagoa dute. Hala ere, horrek ez du esan nahi insomnia zahartze-prozesuan normala denik (1-3).

Buruko Nahasmenduen Diagnosi eta Estatistika Eskuliburuaren arabera (DSM-5), insomnia loaren kantitateak edo kalitateak eragindako gogogabetasun-egoera da, betiere iraunkorra bada (astean gutxienez 3 aldiz, 3 hilabeteko epean, gutxienez), eragin negatiboa badu pertsonaren eguneroko bizitzan, eta ezin bada patologia mediko edo mental batekin lotu. Honako sintoma hauetako batekin edo gehiagorekin lotzen da:

- a) lo hartzeko zailtasuna
- b) loari eusteko zailtasuna: maiz esnatzea edo berriz lo hartzeko arazoak
- c) goiz esnatzea, eta berriz lo hartu ezina

Azken bi sintoma horiek ohikoak dira adinekoen insomniaan (3)

Insomniaoren prebalentziak gora egiten du adinarekin batera, eta handiagoa da emakumeen artean eta komorbiditatea duten pertsonen artean. Azterlan gutxi egin bada ere, 65 urtetik gorakoen artean prebalentzia % 12 eta % 40 artekoa da, aztertutako herrialdeen eta erabilitako irizpide diagnostikoen arabera (1,2,4). Eraginari dagokionez, insomniaak honelako arazoak izateko arriskua areagotu dezake: depresioa, hipertentsio arteriala, miokardioko infartu akutua, narriadura kognitiboa, erorikoak, egoera fisiko okerragoa eta muga funtzionalak, bai eta osasun-zerbitzuak gehiago erabili beharra ere (2,4-6).

Bizi-gertaera estresagarriak, osasun-arazoen edo alterazio zirkadianoen (jet lag delakoa, adibidez) eragiten dute maiz insomnia. Pertsona gehienek, gerora, ohiko lo-moduetara itzultzea lortzen badute ere, zenbaitengan insomnia luzatu daiteke, faktore iraunkorren ondorioz, hala nola loarekin lotutako antsietatea eta portaera moldakaitzak (6,7). Horregatik, beharrezkoa da pazientei lasaitasuna ematea, eta prebentzio-lana egitea hipnosedatzaileak luzaroan erabil ez ditzaten eta loaren alterazioak betikotu ez daitezen. Garrantzitsua da bereiztea, alde batetik, insomnia eta, bestetik, lo-zailtasunei buruzko kexak, (azken horietan ez dago eraginik eguneko jardunean), hain justu ere insomnia behar baino gehiago ez diagnostikatzeko. Kontuan izan behar da insomniaoren "etiketa" farmako hipnotikoen preskripzioarekin lotzen dela maiz, baina ez dago argi farmako horiek nolako onura/arrisku erlazioa duten epe luzera.

Buletin honetan, adinekoen insomnia tratatzeko esku-hartzeak berraztertuko ditugu, eta arreta berezia jarriko dugu tratamendu farmakologikoen eraginkortasunari eta segurtasunari buruzko ebidentzian. Hala ere, gomendio gehienak, oro har, heldu guztiei aplikatzeko modukoak izan litezke.

DIAGNOSTIKOA

Insomnia ebaluatu eta diagnostikatzeko, anamnesi oso bat egin behar da nagusiki (senideek edo zaintzaileek ere parte-hartuta, beharrezkoa izanez gero), eta, hartara, loaren sintomei eta historiari buruzko informazioa bildu (agerpen-unea, eguneko ondorioak, iraupena, maiztasuna, ohiturak eta errutinak, etab.). Horretarako, erabilgarriak izan daitezke loaren egunkariak eta ebaluazio-eskalak; esate baterako, [insomniaoren larritasun-indizea](#) edo Insomnia Severity Index (ISI), eskuragarri dagoena Osabideren inprimaketan (2,6,8). Gainera, insomnia azkartzea, areagotzea edo betikotzea eragin dezaketen beste faktore batzuk aztertu behar dira, hala nola beste komorbiditate batzuk edo sendagai batzuen kontsumoa (ikus 1. taula). Adineko pazienteak maiz polimedikatuta egoten dira, eta, halakoen kasuan, bereziki garrantzitsua da medikazioaren balorazioa egitea (1-3,6,9).

TRATAMENDUA

Tratamenduaren helburuak dira loaren kantitatea eta kalitatea hobetzea eta insomnia eguneko jardunean dituen ondorioak murriztea (5). Arazoari heltzeko, neurri orokorrekin edo ez-farmakologikoekin hasi behar da (1,6,9,10):

- loari buruz hezteak, itxaropenak egokituz, eta loaren higienari buruzko gomendioak egitea.
- loaztopatzen duten faktoreak deuseztatzea edo, gutxienez, minimizatzea (ikus 1. taula)
- neurriak hartzea, lo ez hartzeko beldurrarekin lotutako antsietatea desagerrarazteko edo murrizteko, lo egiteko unean
- Pazienteak arazoa arintzen saiatzeko hartu dituen baina kaltegarriak izan daitezkeen konpentsazio-jokabideak identifikatzea eta baztertzea (kafeina eta alkohola kontsumitzea, siestak...)

1. taula. **Adinekoengan insomnia eragiten duten faktoreak (1,2,9)**

Bizi-baldintzak edo inguruabar sozioekonomikoak	Arazo sozialak edo ekonomikoak, lan-ordutegiari lotutako errutinarik eza, mugikortasun mugatua, zaintzailearen rola (antsietatea eta erruminazioa oheratzean), instituzionalizazioarekin lotutako faktoreak (ohiko zainketetarako ordutegiak, gela partekatzea...)	
Patologia medikoak	– Arnasketakoak: loaldiko apnea, BGBK, asma, pneumopatiak – Neurologikoak: Parkinson-en gaixotasuna, atsedetik gabeko zangoen sindromea, migraia, dementzia... – Muskuloeskeletikoak: artrosia, fibromialgia, min iraunkorra – Urologikoak: nikturia, prostatismoa – Kardiobaskularrak: bihotz-gutxiegitasuna, HTA, angina – Endokrinoak: hipertiroidismoa, diabetes mellitusa – Gastrointestinala: EGEG – Dermatologikoak: psoriasis, pruritoa – Beste batzuk: minbizia...	
Patologia psikiatrikoak	Depresioa, antsietatea, nahasmendu bipolarra, trauma osteko estresaren nahasmendua, substantzien abusua/mendekotasuna	
Sendagaiak eta beste substantzia batzuk	Antidepresibo estimulatuak	SBIS, bupropion, duloxetina, venlafaxina
	NSZren estimulatuak	deskongestionatuak, kafeina, metilfenidatoa
	Kardiobaskularra	alfa-agonistak/antagonistak, diuretikoak, beta-blokeatuak, kaltzio-antagonistak, estatinak
	Arnas sistema	beta-2 agonistak, teofilina, ipratropio
	Beste batzuk	lebotiroxina, kortikoideak, azetilkinesterasaren inhibitzaileak, opioideak, alkohola, nikotina

BGBK: biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa; EGEG: errefluxu gastroesofagikoak sortutako gaixotasuna, HTA: hipertentsio arteriala, SBIS: serotoninaren birkaptazioaren inhibitzaile selektiboak, NSZ: nerbio-sistema zentrala

Farmakoen kasuan, beharrezkoak ez direnak depreskribatzeaz gainera, eragin estimulatuak duten medikamentuen kasuan, dosia murrizteak edo eguneko lehen orduan hartzeak arindu dezakete loaldian duten eragin negatiboa (adibidez, diuretikoak, kortikoideak, etab.) (1,9).

TRATAMENDU EZ-FARMAKOLOGIKOA

Insomniorako terapia kognitibo-konduktuala (I-TKK) lehen tratamendu-lerroa da jardunbide klinikoaren gida (JKG) guztietan. Honako hauen konbinazio bat hartzen du barnean: lo-ohiturak aldatzeko estrategia praktikoak; estimuluak kontrolatzeko neurriak eta loaldia murriztea, eta uste eta itxaropen faltsuak birplan-teatzea (2,6-11) (2. taula).

Oro har, I-TKK astean 4-8 saiotan aplikatzen da, psikologo kliniko batek edo trebatutako beste osasun-profesional batek zuzenduta, baina badira zenbait aldaera (banakako formatua edo taldekoa, plataforma digitalak lagunduta edo telelaguntzaren bidez...) (6,11,12).

Frogatu da I-TKK oso eraginkorra dela, bai insomniaaren sintomen larritasuna hobetzeko, bai latentzia-denborarako eta loari eusteko, bai loaren efizientziarako, eragin moderatua/handia baitu (6,7,10). Tratamendu farmakologikoarekin alderatuta, badirudi I-TKK-ren eraginkortasuna antzekoa dela epe laburrean (2-4 aste), baina onura iraunkorragoa du medikazioak baino, eta, medikazioak ez bezala, terapia amaitu ondoren ere irauten du (6,10,13). Adineko pazienteetan gomendatzen da bereziki I-TKK, hipnotikoak erabiltzea saihesten baita. Izan ere, hipnotikoek ondorio kaltegarri kezagarriagoak dituzte populazio horretan. Aitzitik, I-TKK-rekin lotutako ondorio kaltegarriak (logura izatea loaldia murriztearen hasierako fasean) kezka gutxiago sortzen dute, azkar konpontzen baitira tratamenduarekin jarraituta (2,3,9,13). Logurarik ezak arazoak sortu edo patologia larriagotu ditzakeen egoera bakanetan (gaizki kontrolatutako epilepsia, nahasmendu bipolarra, tratatu gabeko loaldiko apnea...), I-TKK egokitu liteke, loaldiaren murrizketaren osagaia saihestuta (12).

I-TKK-ren osagaien artean, loaldiaren murrizketa eta estimuluen kontrola dira eraginkorrenak, ebidentziak hala erakusten baitu (1,2,8). Aitzitik, ez dago ebidentzia nahikorik loaren higie-neurriek, bakarrik aplikatuta, izan dezaketen eraginkortasunari buruz, eta gida batzuek ez dituzte gomendatzen, modu isolatuan aplikatzeak badira (8,10,13).

2. taula. **Insomniorako terapia kognitibo-konduktualaren osagaiak (1,2,6,11)**

Terapia	Helburua	Deskribapena
Loaren higieena	Lo-ordutegiekin lotutako jokabide osasungarriak eta lo egiteko baldintza egokiak sustatzea	Jokabideak: Alde batera uztea kafeina eta nikotina lo egin aurretik Ordutegi erregularrak izatea oheratzeko eta jaikitzeke Egunez siestarik ez egitea Aldizka, ariketa fisikoa egitea egunean zehar (oheratu baino 3 ordu lehenago) Ingurunearen baldintzak: Zarata eta argia murriztea Tenperatura kontrolatzea Logela txukun izatea
Estimuluak kontrolatzea	Logelaren eta lo egitearen arteko lotura berreskuratzea	Logura izanez gero bakarrik joatea ohera Jaikitzea, 20-30 minutu lo hartu ezinda emanez gero Logela lotarako eta sexu-harremanetarako bakarrik erabiltzea Logelan, alde batera uztea faktore estimulatuak: telebista, ordenagailua, telefonoa, etab.
Loaldia murriztea	Erritmo zirkadianoa egonkortzea eta oheko denbora osoa kalkulatuak loaldira doitzea	Gau bakoitzean ohean ematen den denbora mugatzea. Hasierako murrizketaren ondoren, denbora pixkanaka doitzen da astero (handituta edo murriztuta), iraupen egokia ezarri arte
Erlaxazio-teknikak	Asaldura murriztea eta alde zuzeneko antsietatea kontrolatzea	Meditazioa Arnasketa-ariketak Erlaxazio muskular progresiboa Bistaratzeko-praktika gidatuak
Terapia kognitiboa	Insomnioari buruzko sinesmen faltsuak berregituratzea	Lo-itxaropen arrazoizkoak izatea Insomnioaren inpaktuaren pertzepzio katastrofikoak aldatzea

Mindfulness eta onarpen- eta konpromiso-terapia (ACT) psikoterapia-teknikak dira, eta I-TKK-ren osagaien artean txertatu daitezke. Osagai bakarreko terapia gisa, zenbait azterlan txiki erakusten dute bi modalitateek ondorio onuragarriak dituztela, baina ez dago ebidentzia nahikorik terapia horiek erabiltzearen aldeko edo kontrako gomendioak egiteko (8,10).

I-TKKren estrategia –eraginkortasun frogatua eta segurtasuna izan arren– gutxiegi erabiltzen da, zenbait faktore direla-eta: teknika batzuk eskuratzen zailak izatea (langile prestatuak behar dituzte), pazienteak erresistentzia izatea beharrezkoak diren portaera-aldaketa garrantzitsuen aurrean, eraginkortasuna berehalakoa ez izatea, emaitzetan konfiantzarik ez izatea, kostu handia (2,4,6,12).

Tratamendu-alternatiba bat **terapia konduktual laburra** da (2-4 saio): loaldiaren murrizketa eta estimuluen kontrola konbinatzen ditu, eta familia-medikuntzako eta erizaintzako profesionalek egin dezakete. Nahiz eta modalitate horren aldeko ebidentzia txikiagoa izan I-TKK tradizionalarena baino, aukera onargarria da, I-TKK eskuraezina denean (6,11,12).

Azken urteotan, gora egin dute autolaguntzako liburu- edo liburuxka-formatuko I-TKK-ren terapiak eta, bereziki, osasun-aplikazio digitalek (online edo aplikazioen bidez). Terapia horiek lagungarriak izan daitezke, profesional trebatuetara iristeko egoten diren zailtasunak gainditzeko (8,12,14). Aplikazio edo webgune horietako batzuei buruz (*SHUTi* edo *Sleepio*, esaterako) argitaratutako zenbait azterlanek adineko biztanleak hartzen dituzte barnean, eta erakusten dute tresna eraginkorrak direla zenbait parametrotan (insomnioaren larritasuna, loaren efizientzia, loaren kalitate subjektiboa, gaueko esnatzeak, latentzia-denbora eta loaldiaren guztizko denbora) (6,8,14). Gaur egun, JKGek gomendatzen duten aukera bat dira (8,13,14), eta zenbait herrialdeetako osasun-sistemek edo aseguru-etxeek finantzatzen dituzte horietako batzuk. Esate baterako, NICE institutuak *Sleepio* autolaguntzako programa digitala gomendatzen du, insomnioa tratatzeko aukera gisa, kostu-eraginkortasun erlazioa kontuan hartuta. I-TKK-n oinarritua dago, eta eraginkorragoa da loaren higie-ne-neurriak eta farmako hipnotikoak baino (15).

Jarduera fisikoa: zenbait azterlan eta berrikusketa sistematikok erakusten dute jarduera fisikoak loaren kalitatea hobetu dezakeela adineko pazienteetan. Aztertutako esku-hartzeak askotarikoak dira intentsitateari eta maiztasunari dagokienez, eta barnean hartzen dute: ariketa aerobikoa lantzea indar-entrenamenduekin konbinatuta, tai chi, yoga, pilates, etab. (16)

Beste esku-hartze batzuek, hala nola argi-terapiak edo musika lasaigarria entzuteak, nolabaiteko onura erakutsi dute azterketa eta berrikusketa sistematikoetan, baina beharrezkoa da saiakuntza kliniko egokiak egitea, ebidentzian oinarritutako gomendioak egin ahal izateko (8,16).

Gure ingurunean, insomnioari aurre egiteko aplikazio digital ugari daude (web bidez edo app bidez), batzuk doakoak eta beste batzuk ordainpekoak. Gehienek oinarritzat hartzen dituzte musika edo soinu lasaigarriak, lo egiteko meditazio gidatuak edo lo-zikloen analisiak, baina, oro har, haien eraginkortasunari buruzko ebidentzia oso mugatua da, eta, beraz, ezin da haien erabilerari buruzko ebidentzian oinarritutako gomendiorik egin.

Nolanahi ere, hipnosedatzaileak luzaroan erabiltzeak dakartzan arazoak kontuan hartuta (aurrerago aztertuko ditugu), badirudi zentzuzkoa dela lehentasuna ematea neurri ez-farmakologikoetako edozeini, batez ere insomnio luzeko prozesuetan, pertsona bakoitzaren errealitatera eta lehentasunetara hobekien egokitu daitezkeenak aztertuz.

TRATAMENDU FARMAKOLOGIKOA

Tratamendu farmakologikoa, neurri ez-farmakologikoei lotuta, justifikatuta egongo litzateke erantzun azkarra nahi denean edo insomnioak narriadura larria eragiten duenean, neurri ez-farmakologikoekin lortu nahi diren efektuak lortu ez direnean edo azpian dagoen patologia bat tratatu ondoren insomnioak irauten duenean (5). Ez guke besterik gabe onartu beharko pazienteek beti espero izatea "lo egiteko pilulak" errezetatzea, eta ez egotea prest beren lo-ohiturak aldatzeko (1).

Ez da gomendatzen medikamentuak epe luzean erabiltzea insomnioa tratatzeko, batez ere adinekoen kasuan (1-3,17). Halako pertsonak bereziki zaurgarriak dira eragin kaltegarriekiko, eta insomniorako medikazioak, askotan, lehendik zeuden arazoak areagotzen ditu, hala nola ezegonkortasuna, sedazioa, defizit kognitiboa, gernu- eta heste-nahasmenduak eta bihotzeko arritmiak. Hala ere, praktikan, adinekoen insomnioa medikalizatuegia dago (2,4,9).

Adineko pazienteen tratamendu farmakologikoa banan-banan hautatu behar da, alderdi hauek kontuan hartuta (2,18):

- Adina eta komorbiditateak, giltzurrun- edo gibel-gutxiegitasuna
- Insomnio mota (lo hartzekoa, loari eustekoa edo biak)
- Farmakoaren ezaugarriak: eraginaren hasiera, batez besteko bizitza, metabolismo mota, ondorio kaltegarrien profila, erortzeko arriskuaren gaineko inpaktua
- Pazientearen lehentasunak
- Kostua

Gomendatzen da dosi eraginkor txikiena erabiltzea eta ahalik eta denbora laburrenean (ahal dela, 2-4 astean gehienez ere), eta aldizkako erabilera baloratzea, egokia bada (adibidez: 3 gau, astean) (1,2,7). Preskribatzen den unea, komenigarria da pazienteei eta zaindzaileei informazioa ematea tratamenduaren behin-behinekotasunari eta hura kentzeko jarraibideei buruz (2). Gomendagarria da preskripzioa modu akutuan hastea eta preskripzio kronikorik ez egitea, harik eta tratamenduaren eraginkortasuna eta onargarritasuna eta etengabe erabili beharra baloratu arte.

Insomnioa tratatzeko, aukera farmakologiko desberdinak daude, loaldi-esnaldi zikloaren erregulazioan inplikaturako neurotransmisoreei eragiten dietenak (4). Oro har, plazeboarekin kontrolatutako iraupen laburreko saiakuntza klinikoetan ebaluatu da farmakoen eraginkortasuna eta segurtasuna, eta, gainera, oso azterlan gutxi alderatzen dituzte zuzenean farmakoak edo farmako-motak haien artean (18,19). Beraz, egungo ebidentziak ez du aukerarik ematen irmo gomendatzeko zer tratamendu hartu behar diren lehen mailakotzat, eta, horrez gain, JKGak eta insomnioari buruzko berrikusketak ez datoz bat hautatutako farmakoei buruzko gomendio batzuetan (7,8,13,14,20,21).

Benzodiazepinak eta Z farmakoak

Oro har, adostasun zabala dago: **benzodiazepinak (BZD) eta Z farmakoak** ez dira erabili behar adinekoen insomnioa tratatzeko (18). Epe laburrean loaren parametro batzuk hobetzen badituzte ere, eragin txikia dute (loaren latentzia 10-15 minuturen artean murrizten da, eta guztizko loaldia 30-60 minutu inguru handitzen), eta eragin kaltegarriak, berriz, nabarmenak dira (1,18). Metaanlisi batek (MA) egindako balioespenaren arabera, 60 urtetik gorako pazienteetan, 13 pertsona tratatu behar dira onuraren bat lortzeko; ondorio kaltegarriren bat sortzeko, ordea, 6 pertsona behar dira. Beraz, onura-arrisku balantzean, emaitza aurkakoa da (22).

Tolerantzia, mendekotasuna eta kendu ondoren abstinentsia-sintomak eragiteaz gain, BZD adineko pertsonengan erabiltzea honako ondorio hauek izateko arriskua handitzearekin lotu izan da azterlan askotan: memoriaren alterazioak, narriadura kognitiboa, erorikoak, hausturak, trafiko-istripuak eta ospitaleratzeak (18). Erabiltzea beharrezkotzat jotzen bada, adinekoengan lehentasuna ematen zaie batez besteko bizitza laburra eta metabolismo ez-oxidatiboa dutenei (lorazepam, lormetazepam) (2).

Z farmakoak (zolpidem, zopiclona) hipnotikoak dira, ez benzodiazepinikoak, BZDen hartzaile berberetan eragiten dute, eta antzeko ondorio kaltegarriak sortzen dituzte. Gainera, zolpidem eman eta hurrengo egunean, arretako nahasmendu-kasuak izan dira, sonambulismo eta guzti, bai eta ibilgailuak gidatzeko zailtasunak ere. Hori dela eta, [AEMPSeK alerta bat](#) eman zuen, non gomendatzen baita dosia eguneko 5 mg-ra murriztea adineko pazienteetan, eta gauean dosi gehigarriak ez hartzea (2,4,18).

65 urtetik gorako pertsonen BZD eta Z farmakoak preskribatzea desegokia izan daitekeela uste da. Beers-en irizpideek oro har gomendatzen dute halakoak ez erabiltzea, eta STOPP irizpideen arabera, farmako desegokiak dira insomnia 2 astetik gora tratatzeko arnas gutxiegitasun akutua edo kronikoa duten pazienteetan (1-3,18,23,24). Opiodeekin batera BZD erabiltzeak arnasketa-depresioa eta heriotza izateko arriskua areagotzen du. Kontuz ibiltzea gomendatzen da nerbio-sistema zentralaren depresoreen konbinazioak erabiltzean, gabapentinoideak barne (23).

Antidepresibo lasaigarriak

Ez dago baimenduta antidepresiboen indikazioa insomnia tratatzeko. Hala ere, azken urteetan areagotu egin da antidepresibo lasaigarriak (trazodona, mirtazapina) fitxa teknikitik kanpo (off-label) erabiltzea, adinekoen insomnia tratatzeko, batez ere trazodona. Efektu hipnotikoa dute, besteak beste hartzaile histaminikoetan eragiten dutelako, eta, hipnotiko gisa erabiltzen direnean, depresioa tratatzeko erabiltzen diren dosiak baino dosi txikiagoetan preskribatzen dira (2,3,6). Oro har, depresioarekin lotutako insomnioaren ezaugarrien bat hobetu dezakete epe laburrean, baina haien eraginkortasunari eta segurtasunari buruzko ebidentzia oso mugatua da depresiorik gabeko insomnioan, adineko pertsonengan edo epe luzean (4).

Trazodona adinekoen artean asko erabiltzen den arren, ez dago adostasunik insomniorako erabiltzea egokia ote den (ikus koadroa).

TRAZODONA INSOMNIORAKO

Trazodona depresioa tratatzeko onartutako farmako bat da. 100-150 mg/eguneko dosiarekin hasi behar da, eta pixkanaka handitu, harik eta dosi terapeutiko eraginkorrera iritsi arte (gehienez 400 mg) (25). Eragin lasaigarria du, hartzaile adrenergikoak eta histaminikoak blokeatzen baititu. Hori dela-eta, fitxa teknikitik kanpo preskribatzen da askotan (off-label) insomnia tratatzeko, batez ere adineko pazienteetan, depresiorako baimendutakoak baino dosi txikiagoetan (hasierako dosi lasaigarria: 25-50 mg; ohiko dosia: 50-100 mg) (1,2,4).

Ez dago saiakuntza kliniko kontrolaturik, trazodonak insomnioaren tratamenduan duen eraginkortasuna ziurtatzen duenik. Azterlan gehienak txikiak dira, diseinu-arazoak dituzte, depresio konkomitantea duten pazienteekin egin dira, eta askotan ez dute eraginkortasun-neurri objektiborik (1,4,6). Kalitate txikiko saiakuntza kliniko batzuen bi metaanalisen emaitzek erakusten dutenez, trazodonak gaueko esnatzeen kopurua murrizten du eta loaren kalitate subjektiboa apur bat hobetu dezake, plazeboarekin alderatuta, baina ez du alde nabarmenik loaren latentzian, loaren gutzizko denboran eta beste parametro batzuetan (6,26,27).

Segurtasunari dagokionez, ez du ondorio antikolinergiko esanguratsurik, baina albo-ondorioekin eta interakzio farmakologikoekin lotzen da. Eragin eta interakzio horiek ondorio garrantzitsuak izan ditzakete adineko pazienteetan, hala nola urdail-hesteetako nahasmenduak (idorreria, goragaleak, gorakoak), buruko mina, ikusmen lausoa, aho-lehortasuna, arritmia bentrikularrak, bihotzeko eroapenaren nahasmenduak eta hipotentsio ortostatikoa. Zorabioak eta hondar-sedazioa ere eragiten ditu (1,2,4). Behaketa-azterketetan, ikusi da erorikoak izateko arriskua areagotu dezakeela, zolpidemak eta BZDk beste edo gehiago (26,27). Gutxitan bada ere, priapismoa gerta daiteke, dosi txikietan hartuta (1,18,25).

Eskura dagoen ebidentzia mugatua denez, egileak ez dira ados jartzen komeni ote den gomendatzea, depresioari lotu gabeko insomnia tratatzeko, nahiz eta gehienek kontrako iritzia eman. Amerikako Loaren Medikuntzako Akademiaren Gidak iradokitzen du ez dela komeni trazodona insomniorako erabiltzea; izan ere, ez da frogatu eraginkorra denik, eta ebidentzia mugatua dago haren segurtasunari buruz. Beraz, kalteak onurak baino handiagoak izan daitezke (20). Jarrera horrekin bat datoz American College of Physician-en gida (21) eta Espainiako Geriatria Sozietatearena (4). Beste egile batzuen ustez, aukera bat izan daiteke insomnia tratatzeko, horretarako hautatutako adineko pazienteetan, baldin eta dosi baxuetan ematen hasten bada (25-50 mg/egun), eta ondorio kaltegarrien profila kontuan hartzen bada (1,8,18).

Mirtazapinari dagokionez, propietate lasaigarriak dosi txikietan agertzen dira (7,5-15 mg), eta dosi handiagoetan, berriz, gutxitu egiten dira, azken horiekin aktibazio handiagoa gertatzen da eta. Jateko gogoia eta

pisua areagotzen ditu. Ondorio kaltegarri gisa hartzen da hori, baina interesgarria izan daiteke adineko paziente batzuentzat. Batez besteko bizitza luzea du, eta horrek eguneko sedazioa eragin dezake (1,18).

Doxepina, dosi txikietan (3 eta 6 mg), insomnioa tratatzeko eraginkorra dela frogatu da, hainbat saiakuntza klinikotan, baita adineko pertsonentzat ere, eta gomendatuta dago Estatu Batuetako gidetan (6,18); hala ere, Espainian 25 mg-ko kapsuletan baino ez da merkaturatzen, antidepresibo gisa.

Laburbilduz, depresiorik ez duten adinekoen insomnioa tratatzeko (3,6), gida eta egile gehienek ez dute gomendatzen antidepresibo lasaigarriak erabiltzerik, dosi txikietan hartutako doxepina izan ezik; beste zenbaitek, berriz, uste dute hipnotiko gisa preskribatu daitezkeela kasu jakin batzuetan (1,2,8,18).

Melatonina

Guruin pinealak sortutako hormona natural bat da melatonina; gauez jariatzen da, eta egunez ezabatzen da eguzki-argiaren eraginez. Hartara, loaldi-esnaldi erritmo zirkadianoa erregulatzen du (2,4-6). Zahartu ahala, melatoninaren ekoizpen fisiologikoak behera egiten du, eta horrek insomnioa agertzea eragiten du (2,4,25).

Oro har, bibliografian adostasuna dago: melatonina exogenoak edo haren agonistek (ramelteon; ez da Europan merkaturatzen) eraginkortasun apala dute, eta garrantzi kliniko eztabaidagarria duten hobekuntza txikiak lortzen dituzte loaren parametroetan, plazeboarekin alderatuta (8,18), salbu insomnioan faktore zirkadianoak badaude (18).

Europan, medikamentu gisa merkaturatzen da, 2 mg-ko askapen luzeko konprimatu gisa (Circadin®), eta 55 urtetik gorakoei agintzen zaie, insomnioa epe laburrean tratatzeko (gehienez 13 aste). Aurkezpen horrekin egindako saiakuntza klinikoek erakusten dutenez, 9 eta 11 minutu arteko hobekuntza lortzen da loaren latentsian, plazeboarekin alderatuta, eta insomnioaren sintomak hobetu egiten dira, tratamendua egin eta hiru astera, pazienteen % 32an melatoninaren adarrean, eta % 19an plazeboaren adarrean. Saiakuntzetako batean, onura hiru hilabetera arte mantentzen da, baina 6 hilabetera ez zen alderik egon (25,28).

Segurtasunari dagokionez, ebidentzia gutxi dagoen arren, uste da medikamentu seguru samarra dela, eta ez duela abstinentsia-sintomarik edo errebote-insomniorik eragiten (25). Horregatik, JKG batzuek gomendatzen dute lehen mailako aukera farmakologiko gisa erabiltzea, batez ere biztanleria geriatrikoan (4,7,8,14). Beste gida batzuek, ordea, ez dute gomendatzen erabiltzea, eraginkortasun txikia duelako edo ebidentzia nahikorik ez dagoelako (13,20).

Gure ingurunean erabilera mugatua du, ez baitago finantzatuta eta produktu garestia baita (31,57 €/ hileko). Merkatuan, halaber, hainbat prestakin daude, osagarri nutrizional gisa merkaturatuak, melatonina bakarrik dutenak, edo melatonina konbinatzen dutenak ustezko ezaugarri lasaigarriak dituzten beste produktu batzuekin (pasio-lorea, belar bedeinkatua...), eta aukera merkeagoak izan litezke; hala ere, ez dago informazio nahikorik produktu horien kalitatea eta purutasuna ezagutzeko, ez eta jakiteko haien eraginkortasuna Medikamentuen Europako Agentziak (EMA) medikamentu gisa onartutako askapen luzeko formulazioarekin pareka daitekeen ere.

Orexinaren hartzailaren antagonista dualak

Orexinaren hartzailaren antagonista dualak (DORA, ingelesez) insomniorako farmakoen talde berri bat dira. Orexinaren sistemak esna-aldia sustatzen eta egonkortzen du, eta, beraz, haren inhibizioak esna-aldiaren aktibazioa murrizten du eta loa errazten (6,25). Espainian, daridorexant (Quviviq®) dago merkaturatuta, honako ezaugarri hauek dituen insomnioa tratatzeko: sintomak izatea gutxienez 3 hilabetez, eta inpaktu nabarmena izatea eguneko jardunean. Paziente gehienentzat gomendatutako dosia 50 mg da, ahotik hartuta, oheratu baino 30 minutu lehenago (25).

AEBetan beste bi molekula daude eskuragarri: suvorexant eta lemborexant (18).

18 eta 88 urte bitarteko pazienteekin (75 urtetik gorako 100 paziente baino gutxiago) 3 hilabetez daridorexantekin egindako saiakuntza klinikoek erakutsi dute eraginkortasun apala duela bai latentsia-denboran (11,7 minutuko hobekuntza 50 mg-ko dosiarekin, plazeboarekin alderatuta), bai loari eusten (18,3 minutuko igoera, plazeboarekin alderatuta). Alde horiek garrantzi kliniko eztabaidagarria dute. Ez zen alderik ikusi loaren kalitatean. Ez da egin beste hipnotiko batzuekin alderatzeko saiakuntzarik (29).

Ondorio kaltegarri ohikoenak buruko mina eta logura dira. Pazienteei ohartarazi behar zaie kaltegarria izan daitekeela gidatzean edo makineria arriskutsua erabiltzean, batez ere lehen egunetan. Era berean, loaren paralisia ikusi da pazienteen % 0,3-0,5ean, bai eta haluzinazioak ere 25 mg-ko daridorexant jaso zuten pazienteen % 0,6an; plazebo taldean, berriz, ez zen halako kasurik izan. Fitxa teknikoaren arabera, halakoak tratamenduaren lehen asteetan gertatzen dira nagusiki. CYP3A4ren bidez metabolizatzen da, eta, beraz, tratamendua hastean kontuan hartu behar diren interakzioak ditu (25,29).

Abantaila gisa, zenbait datuk diote erabilera jarraituan eraginkorra dela 3 hilabetera arte, eta badirudi hala mantentzen dela gutxienez 12 hilabetera arte. Kendu ondoren, ez da ikusi errebote- edo abstinentsia-efekturik (29). Insomnioari buruzko Europako gidan (8) hautatutako aukera bat da, baina gure ingurunean ez da espero terapeutikan leku esanguratsurik hartzerik, ez baitago finantzatuta eta prezio altua baitu (98,82 €/ hileko).

Antihistaminikoak

Difenhidramina (Soñodor®) eta doxilamina (Dormidina®, Normodorm®, Dormirel®) Espainian onartuta daude, hipnotiko gisa, errezetarik gabe saltzeko. JKG guztiek aholkatzen dute adineko pazienteekin ez erabiltzea, eta Beers eta STOPP irizpideen barruan jasota daude, adineko pertsonentzat desegokiak izan daitezkeen medikamentuen artean, eragin antikolinergikoak baitituzte eta eguneko sedazioa eta tolerantzia eragiten baitute (23,24).

Beste batzuk

Clometiazol: Clometiazol (Distraneurine®) onartuta dago adineko pazienteetan insomnio larria tratatzeko, beste tratamendu batzuk eraginkorrak izan ez direnean edo kontraindikaturik daudenean, bai eta adineko pazienteetan agitazioa edo jatorri organikoko nahaste-egoerak tratatzeko ere (25). Bigarren mailako ondorio ohikoenak hauek dira: sudur-narritadura, zefalea, goragaleak/gorakoak eta logura (25,30); larrienak biriketako gaixotasun kronikoak eta mendekotasun-arriskua dira. Clometiazolekin egindako azterketak aspaldikoak dira eta kalitate eztabaidagarria dute. Aukera bat izan daiteke insomnio iraunkorrerako edo larrirako, batez ere agitazioaren edo delirio-sindromeen kasuan (30).

Antipsikotikoak: Gure ingurunean datu zehatzik ez dagoen arren, bibliografiak aditzera ematen du litekeena dela zenbaitek quetiapina dosi txikietan (*off-label*) erabiltzea insomnioa tratatzeko (7, 31). Propietate lasaigarriak dituen antipsikotiko bat da, baina ebidentzia oso mugatua du insomnioa duten pazienteetan, eta ondorio kaltegarri esanguratsuak ditu (alterazio metabolikoak, adinekoen heriotza-tasa handitzea). Horregatik, JKGez ez dute gomendatzen antipsikotikoak erabiltzea insomniorako, sintoma isolatu gisa, hau da, komorbiditate psikiatrikoren edo dementziaren sintoma konduktualik gabe (8,13).

Gabapentinoideak: Efektu lasaigarriak dituzten arren, ez dago azterketa nahikorik insomnioaren tratamenduan duten eraginkortasuna ebaluatzen duenik, eta jardunbide klinikoaren gidetan ez da gomendatzen halakoak erabiltzea (6-8,20).

Sendabelarrak: Tradizioz, lasaitzeko edo loaren nahasmenduak tratatzeko erabili izan dira sendabelarrak, hala nola belar bedeinkatua, pasio-lorea, garraiska, Kaliforniako mitxoleta edo kava. Badirudi GABA hartzaillekiko interakzioaren bidez jarduten dutela (32). Belar bedeinkatua aztertu da gehien, eta, oro har, ez da diferentzia nabarmenik aurkitu, plazeboarekin alderatuta, loaren parametroen hobekuntzan (13,18). Gainera, koei buruz ez dago aski informaziorik. Oro har seguruak direla uste bada ere, ez dira baztertu behar eragin kaltegarriak eta interakzioak. Kavaren eta belar bedeinkatuaren kasuan, zehazki, hepatotoxikotasun-kasuak deskribatu dira (1,18). Oro har, JKGez halakoak ez erabiltzea gomendatzen dute, ez baitira eraginkorrak edo ez baitago ebidentzia nahikorik (8,20).

Kannabinoideak: Merkatuan, hainbat produktu daude elikadura-osagarri gisa merkaturatuta, osagaien artean kalamuaren, kanabidiolaren (CBD) eta delta-9-tetrahidrokanabinolaren (THC) prestakinak dituztenak, askotan melatoninarekin edo beste produktu batzuekin konbinatuta. Loaren kalitatea hobetzeko sustatzen badira ere, ez dago halakoak insomniorako erabiltzea babesten duen azterlan egokirik. Kezkagarria da, arriskua egon baitaiteke kronikoki ematearen ondorioz tolerantzia garatzeko, eta kendu ondoren errebote-efektua eragin bailezakete (6,18).

BENZODIAZEPINAK ETA Z FARMAKOAK EPE LUZERA ERABILTZEA ETA DEPRESKRIBATZEA

Tratamendu hipnotikoa epe luzera erabiltzea gai eztabaidatuenetako bat da psikofarmakologiaren arloan. Tratamenduak 2-4 astera mugatzea gomendatuta egon arren, mundu osoan milioika pertsonak epe luzeko tratamendua dute (7). Euskadin, 65 urtetik gorako biztanleen artean, % 30ek dauka preskribatuta BZD edo Z farmakoa (% 38 emakumeak, eta % 19 gizonak), eta % 83,5ek urtebete baino gehiagoz du preskripzio aktiboa (33).

Oro har, ebidentzia falta dago epe luzerako tratamenduen eraginkortasunari eta tolerantzia garatzeari buruz (6). Azterlan batzuen arabera, 6-12 hilabetera mantentzen da Z farmakoen edo beste hipnotiko batzuen eraginkortasuna, baina oraindik ere ebidentzia ez da nahikoa, tratamenduaren 4-12 asteetatik aurrera erabilera-gomendioak egin ahal izateko. Era berean, zalantza dago hipnotikoen aldizkako erabilerari buruz; izan ere,

ez da etengabeko erabilerarekin alderatu, baina, oro har, gidek aldizkako erabilera nahiago dute epe luzeko tratamenduen kasuan (7,8).

Bestalde, ez dakigu epe luzeko hipnotikoen erabiltzaileetatik zenbatek duten medikazio bidez tratatu beharreko insomnio iraunkorra, zenbatek ez duten benetan tratamendua behar edo zenbatek duten tratamendua kentzen saiatzeko beldurra, agian lehenago errebote-insomnioa izan dutelako. Ikerketa batzuek erakutsi dute BZDren depreskripzioa posible dela pazienteen ehuneko aldakor batean, erabilitako esku-hartzearen arabera. Hala ere, ebidentzien arabera, tratamendua kentzeko lehen esku-hartzean arrakasta izan ondoren, pazienteen proportzio handi batek berriro ekiten dio tratamenduari denboraldi bat igaro ondoren, eta horrek adierazten du pertsona batzuek arazo iraunkorrak dituztela, tratatu behar direnak. Era berean, gaur egun ez dago modurik zehazteko nori egingo liokeen mesede epe luzeko tratamendu batek edo zein izan beharko litzatekeen tratamenduaren iraupen egokia. Horregatik, zentzuzkoena izango litzateke, batez ere adineko pazienteetan, medikazioa aldizka kentzeko saiakerak egitea, ondorio kaltegarriak gutxitzeko eta tratamendua benetan beharrezkoa duten pertsonengan bakarrik mantentzeko (7).

Zenbait estrategiak erakutsi dute eraginkorrak direla depreskripzioari heltzeko orduan, hala nola esku-hartze "minimoa" –pazienteei gutunak bidaliz erretiratzera animatzeko (Benzokarta eta antzekoak)–, elkarrizketa egituratua, edo gutxitzeko jarraibidearekin batera I-TKK aplikatzea (hori aztertzeak, ordea, buletin honen helburua gainditzen du) (34).

BZD kentzeari ekin aurretik, kontuan hartu behar dira arrakasta izateko aukerak, aintzat hartuta pazientearen baldintza fisiko eta psikologikoak eta inguruabar pertsonalak; izan ere, agian komenigarria izan daiteke esku-hartzea atzeratzea. Ez zaio presiorik egin behar pazienteari BZDn erabilera murrizteko edo uzteko, horretarako motibatuta ez badago, eta hobe da erabakia atzeratzea, tratamendua luzatuz eta murrizketa berriro baloratzeko atea irekita utziz. Paziente batzuetan, baliteke medikazioa erabat kentzea ezinezkoa izatea, eta dosia murriztea zentzuzko helburua izatea (35).

Kentzeko jarraibidea

Oro har, BZDren preskripzioari buruzko PKGek gomendatzen dute dosia pixkanaka murriztea, pazientearekin adostuta (35-37). Ez dago erretiratzeko jarraibide desberdinak alderatzen dituen azterlanik. PKG batek adibide gisa proposatzen du eguneko dosi osoaren % 25 murriztea bi asteetan behin, eta azken tarteetan murrizketa motelagoak egitea (% 12,5ekoa, ahal bada) eta/edo medikaziorik gabeko egunak programatzea (36). Gida berriagoek gomendatzen dute hasierako murrizketa are txikiagoak kontuan hartzea (% 5-10) eta erretiratze-erritmoa pazientearen erantzunera egokitzea (35,37).

Kentzeko jarraibide motelagoak aplikatu behar dira abstinentsia-sintomak garatzeko edo berriz gaixotzeko arrisku handia duten pazienteetan (tratamendu luzeagokoak, kentzen saiatu eta porrot egindakoak...). Abstinentsia-sintomak agertzen badira, dosia aste batzuk gehiago mantentzea gomendatzen da, edo sintomak desagertu arte itxarotea, eta, gero, dosia gutxitzen jarraitzea, baina polikiago. Abstinentsia-sintomen intentsitatearen arabera, baliteke aurreko dosira itzuli beharra eta pazientearen egonkortu arte itxaron beharra izatea, dosia jaisteari berriz ekin aurretik (35,36).

Murrizketa pixkanaka egitea errazteko, BZD batzuk dosi txikietan aurkeztzen dira (0,5 mg-ko lorazepam), edo forma likidotan (lormetazepam tantak). Batez besteko bizitza luzeko BZDra aldatzeak (diazepam-era, esaterako) ez du frogatu abstinentsia-sintomak murrizten dituenik, eta ez ditu arrakasta-tasak hobetu BDZ kentzeko orduan (36).

Pazienteei laguntzeko materialak:

- Osabideren txostenak:
 - Loaren higienarako gomendioak
 - Benzokartaren ereduak
- i-botikaren orriak:
 - "Lo egiteko pilulak nola utzi: poliki baina pausoka" Pilulak uzteko jarraibide-eredua
 - "Insomnioa amesgaizto bihur ez dadin"
- Osasun Eskola: [Atsedena eta loa](#)
- [BENZOSTOP JUNTOS](#) kanpaina (Andaluziako Junta)
- <https://mysleepwell.ca/> (ingelesez)

FUNTSEZKO IDEIAK

- Loaren arkitektura aldatuz doa bizitzan zehar. Adineko pertsonen kasuan, ohikoa da latentzia-denbora luzatzea eta gauez maizago esnatzea, bai eta loaren iraupen osoa murriztea ere.
- Insomniorako terapia kognitibo-konduktuala da epe luzerako tratamendurik eraginkorrena. Estimuluen kontrola eta loaren murrizketa dira osagai eraginkorrenak, eta posible da horiek lehen mailako arretan egitea.
- Farmakoek oso eraginkortasun mugatua dute insomnioaren tratamenduan. Epe luzera duten arriskuak direla-eta, gomendagarria da epe luzeko preskripzioa baztertzeta.
- Trazodona *off-label* erabiltzen da maiz, baina oso ebidentzia mugatua dago adinekoen insomnioan duen eraginkortasunari buruz. Ondorio kaltegarriak kontuan hartu behar dira, erorikoak izateko arriskua handitzea barne.
- Preskribatzen den unean, garrantzizkoa da pazienteei eta zaintzaileei informazioa ematea tratamenduaren ondorio kaltegarriei buruz, tratamenduaren behin-behinekotasunari buruz eta tratamendua kentzeko jarraibideei buruz (2).
- Hipnosedatzaileen preskripzio kronikoak berrikustea gomendatzen da, pixkanaka kentzeko aukera planteatzeko, betiere pazientearen inguruabarrak eta lehentasunak kontuan hartuta.

ESKER ONA

Eskerrak eman nahi dizkiegu Rosa María Añel Rodriguezi (Durangoko LMAUko familia-medikua), Mikel Baza Buenori (Arrigorriagako LMAUko familia-medikua) eta Begoña Mendibil Egiluz andeari (Bizkaiko Osasun Mentaleko Sareko psikiatra) testua berrikusteagatik eta egindako iruzkin eta iradokizun egokiengatik.

BIBLIOGRAFIA

1. D Bunka . [Chronic Insomnia in Older Adults](#). RxFiles, Q&A Summary. 2013.
2. De Andrés Lázaro AM. [Insomnio en el paciente de edad avanzada: ¿cuándo y cómo tratar?](#) FMC.2021;28(5):300-9.
3. Brewster GS, Riegel B, Gehrman PR. [Insomnia in the Older Adult](#). Sleep Med Clin. 2022;17(2):233-9.
4. López Trigo JA, Álamo González C, Gil Gregorio P, González Gil P, Merino Andreu M, García García P. [Guía de buena práctica clínica en Geriatría-In-somnio](#). [internet].3ª Ed. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología;2015.
5. [Manejo del Insomnio](#). INFAC. 2013; 21(3):18-25.
6. Morin CM, Buysse DJ. [Management of Insomnia](#). N Engl J Med.2024;391:247-58.
7. Wilson S, Anderson K, Baldwin D, Dijk D-J, Espie A, Espie C, et al. [British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update](#). J Psychopharmacol. 2019;33(8) 923 -947.
8. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. [The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023](#). J Sleep Res. 2023;32(6):1-36
9. Winkelman JW. [Overview of the treatment of insomnia in adults](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [kontsulta-eguna: 2024/12/1]
10. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, Carney CE, Harrington JJ, Lichstein KL et al. [Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline](#). J Clin Sleep Med. 2021;17(2):255-262.
11. Ng L, Cunningham D. [Management of insomnia in primary care](#). Aust Prescr.2021;44:124-8.
12. Martin JL. [Cognitive behavioral therapy for insomnia in adults](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [kontsulta-eguna: 2024/12/1].
13. Mysliwiec V, Martin JL, Ulmer CS, Chowdhuri S, Brock MS, Spevak C et al. [The Management of Chronic Insomnia Disorder and Obstructive Sleep Apnea: Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines](#). Ann Intern Med.2020;172:325-336.
14. [Insomnia Guideline](#). Kaiser Foundation Health Plan of Washington. 2021 [kontsulta-eguna: 2024/12/1]
15. [Sleepio to treat insomnia and insomnia symptoms](#). London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE);2022 [kontsulta-eguna: 2024/12/1]. MTG 70.
16. DynaMed. Impaired Sleep in Older Adults - Approach to the Patient. EBSCO Information Services. [kontsulta-eguna: 2024/12/1].
17. Grupo de Trabajo de la semFYC para el proyecto Recomendaciones «No hacer». [Recomendaciones «NO HACER»](#). [internet]. Madrid; Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.2014.
18. Neubauer DN. [Pharmacotherapy for insomnia in adults](#). En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [kontsulta-eguna: 2024/12/1].
19. De Crescenzo F, D'Alò GL, Ostinelli EG, Ciabattini M, Di Franco V, Watanabe N, et al. [Comparative effects of pharmacological interventions for the acute management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis](#). Lancet.2022;400:170-84.

20. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. [Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline](#). J Clin Sleep Med. 2017;13(2):307–349.
21. Qaseem A, Kansagara D, Forciea MA, Cooke M, Denberg TD. [Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians](#). Ann Intern Med. 2016; 165:125-133.
22. Glass J, Lancot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. [Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risk and benefits](#). BMJ. 2005;331:1169.
23. [American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults](#). J Am Geriatr Soc. 2023 Jul;71(7):2052-2081.
24. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking M, Beuscart JB, Onder G, et al. [STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3](#). Eur Geriatr Med. 2023; 14:625-632.
25. [Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS](#). Fichas técnicas.
26. Lindblad AJ, Potter J. [Still awake? Trazodone for insomnia](#). Tools for practice.2021;302
27. Albanese A, Vukelic B, Ose D, Taylor E, Fortenberry KT. [Is Trazodone Effective and Safe for Treating Insomnia?](#). Am Fam Physician.2023; 107(2):196-197.
28. European Medicines Agency. [Assessment report for Circadin](#) [Internet]. 2007.
29. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). [Informe de Posicionamiento Terapéutico de daridorexant \(Quviviq®\) en el tratamiento de pacientes adultos con insomnio caracterizado por la presencia de síntomas durante al menos 3 meses e impacto considerable en la actividad diurna](#). IPT-326/V1/20122024. 2024ko abenduaren 20a.
30. Al Juburi M, Cramer H, Schaefer M. [Chlormethiazole as a hypnotic in elderly patients: A systematic review and meta-analysis](#). J Sleep Res.2024;33:1-16.
31. Boldingh KA, Frost J, Roland PH. [Quetiapine is not a sleeping pill](#). Tidsskr Nor Lægeforen. 2019;139.
32. Bruni O, Ferini-Strambi L, Giacomoni E, Pellegrino P. Herbal remedies and their possible effect on the GABAergic system and sleep. Nutrients.2021; 13,530
33. Datos de prescripción de BZD y Fármacos Z. Noviembre 2023. Osakidetza Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren informazio-sistematik hartu dira datuak.
34. Baza Bueno M, Ruiz de Velasco Artaza E, Fernández Uría J, Gorroñoigoitia Iturbe A. [Benzocarta: intervención mínima para la deprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio](#). Gac Sanit.2020;34(6):539-545.
35. Horowitz M, Taylor D. The Maudsley® Deprescribing Guidelines. Antidepressants, Benzodiazepines, Gabapentinoids and Z-drugs. Wiley-Blackwell; 2024.
36. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V et al. [Deprescribing benzodiazepine receptor agonists](#). Can Fam Physician.2018;64:339-51
37. American Society of Addiction Medicine. [The Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering: Considerations When Benzodiazepine Risks Outweigh Benefits](#). 2025

«INFAC buletina argitalpen elektroniko bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua **medikamentuen erabilera arrazionala** sustatzea da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko».

Buletin hau horrela aipatu behar da: Nola tratatu insomnia adineko pertsonengan. INFAC. 2025;33(5):47-58.

Medikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetzako intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPS-en interneteko <https://www.notificaram.es>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure ESko farmazialariei edo MIEZi edo infac@osakidetza.eus e-mailari.

Idazkuntza Batzordea: Iñigo Aizpurua¹, Iciar Alfonso², Ainhoa Arana³, María Armendáriz³, Markel Brouard⁴, Laura De la Rosa³, Saioa Domingo³, Maitane Elola³, Arritxu Etxebarria³, Jesús Fernández de Mendiola⁴, Julia Fernández³, Isabel Fontán³, Leire Gil³, Ana Isabel Giménez³, Juan José Iglesias⁴, Josune Iribar³, Nekane Jaio³, Itxasne Lekue³, M^a José López¹, Javier Martínez³, Teresa Morera⁶, Carmela Mozo³, Elena Ruiz de Velasco³, Amaia Sagastibelza⁷, Rita Sainz de Rozas³, Inés San José³, Maitane Umerez³, Elena Valverde³, Eluska Yetano⁴, Miren Zubillaga⁴.

1. CEVIMEko farmazialaria; 2. Farmakologoa klinikoa; 3. Lehen mailako arretako farmazialaria; 4. Familiako medikua; 5. Barne medikuntzako medikua; 6. Farmakologiako irakaslea (EHU); 7. Lehen mailako arretako pediatra.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

