

## **INSOMNIO EN LA UCI:**

### **("Apuntes/Guía" para manejo del insomnio en la Unidad):**

La falta de sueño es una queja común y una fuente de estrés para muchos pacientes críticos.



La disrupción del sueño en los pacientes críticos puede ser grave y se caracteriza por la fragmentación del sueño, anomalías en los ritmos circadianos, aumento del sueño ligero (fases N1 + N2) y disminución del sueño de ondas lentas (fase N3) de movimientos oculares rápidos (REM Rapid Eye Movement, por sus siglas en inglés).

Además del estrés emocional, también se ha formulado la hipótesis de que la disrupción del sueño contribuye al delirium de la UCI, a prolongar la duración de la ventilación mecánica, perturbar la función inmune y a la disfunción neurocognitiva.

### **¿Cómo se diferencia el sueño en adultos críticamente enfermos del sueño normal en adultos sanos?**

El tiempo total de sueño (TTS) y la eficiencia del sueño son a menudo normales. La fragmentación del sueño, la proporción de tiempo empleado en el sueño ligero (fases N1 + N2) y el tiempo dedicado a dormir durante el día (en comparación con la noche) son mayores. La proporción de tiempo empleado en el sueño profundo (fases del sueño N3 y REM) es menor. La calidad subjetiva de sueño está reducida.

### **¿Debería utilizarse un protocolo de promoción del sueño para mejorar su calidad en los adultos críticamente enfermos?**

Sugerimos el empleo de protocolos multimodales para promover el sueño de los pacientes adultos críticamente enfermos (recomendación condicional, muy baja calidad de evidencia).

A pesar de que existen varios miles de publicaciones en cuanto a la práctica basada en la evidencia, relativamente pocas abordan la mejoría del sueño en los pacientes críticos.

## **TRATAMIENTO:**

### **MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:** (No vamos a desarrollar este tema).

Sugerimos utilizar estrategias de reducción del ruido y la luz durante la noche para mejorar el sueño de los pacientes críticos.

Tapones para oídos, antifaces, etc

### **¿Debería utilizarse ventilación asistido-controlada (vs. ventilación con presión de soporte) durante la noche para mejorar el sueño de los adultos críticamente enfermos?**

Recomendación: Sugerimos emplear ventilación asistido-controlada durante la noche (vs. ventilación con presión de soporte) para mejorar el sueño de los adultos críticamente enfermos (recomendación condicional, evidencia de baja calidad).

### **MEDIDAS FARMACOLÓGICAS:**

- Melatonina.
- Hipnóticos de acción corta.
- Antipsicóticos típicos/atípicos.
- Antidepresivos.
- Perfusiones continuas:
  - \*Dexmedetomidina.
  - \*Propofol.

### **MELATONINA:**

La terapia con melatonina ha demostrado eficacia para reestablecer los ciclos sueño-vigilia y el mantenimiento de los ritmos circadianos.

Aunque en los pacientes de UCI no hay estudios que demuestren con éxito que la administración de melatonina conduzca a una mejor calidad del sueño.

No realizamos ninguna recomendación en torno al uso de melatonina para mejorar el sueño de los adultos críticamente enfermos. (Sin recomendación, muy baja calidad de evidencia)

Dosis: 0.5-2mg/10kg peso 1h antes de dormir.

### **HIPNÓTICOS DE ACCIÓN CORTA:**

En principio para pacientes jóvenes sin riesgo de síndrome confusional.

#### **-Benzodiacepinas:**

-Lorazepam (**Orfidal**) 1-2mg.

-Lormetazepam (**Noctamid**) 1-2mg.

Duran 6-8h.

#### **-No benzodiazepinas:**

Convenientemente agrupados como "fármacos z", el zolpidem (una imidazopiridina), la zopiclona y la eszopiclona (ciclopirononas) y el zaleplón (una pirazolopirimidina) son agonistas no benzodiacepínicos del receptor GABAA.

Se afirma que tienen menos efectos adversos que las benzodiazepinas hipnóticas sedantes de uso común (típicamente temazepam, diazepam y lorazepam), aunque hay poca evidencia de esto.

Quizás por esta razón, casi no se han realizado investigaciones sobre estos medicamentos como sedantes de la UCI, y rara vez aparecen en las pautas de cuidados intensivos. Tal vez su única indicación sea continuar con el uso crónico (en lugar de una suspensión abrupta) en un paciente que planea permanecer solo brevemente en la UCI.

Zolpidem (**Stilnox**): 1-10mg. Dura 2-4h. Hay formulaciones "CR" de 6-8h.

Se pueden administrar vía sublingual (inicio más rápido).

No tolerancia (a diferencia BZD), no dependencia (a diferencia BZD).

### **ANTIPSICÓTICOS:**

Pilar del tratamiento en los **pacientes agitados**.

**Atípicos:** Menos riesgo de efectos extrapiramidales.

Quetiapina: 25-50mg por la noche. Vida media 6-8h.

Olanzapina: 2.5-5mg vo por la noche. Vida media 21-54h.

**Típicos:** Más riesgo de efectos extrapiramidales.

Haloperidol: 2-5mg. Vida media 15-26h.

**ANTIDEPRESIVOS:** Vía oral, útiles si compromiso respiratorio.

-Trazodona (**Deprax**): La trazodona, un antidepresivo tetracíclico, se prescribe comúnmente a pacientes ambulatorios como tratamiento para el insomnio como alternativa a las benzodiazepinas. Dosis: 50-100mg vo por la noche.

-Mirtazapina: Dosis: 15-30mg vo por la noche.

**PERFUSIONES CONTINUAS:** (\*Nos referimos sólo a su uso para tratamiento del insomnio).

En lo que al sueño se refiere:

**-Dexmedetomidina (Dexdor):**

Disminuye la incidencia de delirio durante la estancia en UCI.

No hacemos ninguna recomendación en torno al uso de dexmedetomidina durante la noche para mejorar la calidad del sueño (Sin recomendación, evidencia de baja calidad)

Dosis: 0.2mcg/kg/h.

**-Propofol:**

Sugerimos no emplear propofol para mejorar el sueño de los adultos críticamente enfermos (Recomendación condicional, evidencia de baja calidad)

Dosis: 1-2mg/kg/h durante la noche.

Más información:

1-Guía PADIS 2018:

<https://www.sccm.org/getattachment/Clinical-Resources/Guidelines/Guidelines/Guidelines-for-the-Prevention-and-Management-of-Pa/Guia-PADIS.pdf?lang=en-US>

2-[https://chguv.san.gva.es/documents/10184/1000865/SAIZ-](https://chguv.san.gva.es/documents/10184/1000865/SAIZ-Transtornos+del+Sue%C3%B1o+en+UCI-Sesion+SARTD-CHGUV-25-6-18.pdf/2c17b5ed-7e62-44a0-8570-462c058fb6cf)

[Transtornos+del+Sue%C3%B1o+en+UCI-Sesion+SARTD-CHGUV-25-6-18.pdf/2c17b5ed-7e62-44a0-8570-462c058fb6cf](https://chguv.san.gva.es/documents/10184/1000865/SAIZ-Transtornos+del+Sue%C3%B1o+en+UCI-Sesion+SARTD-CHGUV-25-6-18.pdf/2c17b5ed-7e62-44a0-8570-462c058fb6cf)