



TRATAMIENTO DEL INSOMNIO: USO RACIONAL DE HIPNÓTICOS Y ALTERNATIVAS SEGURAS

TREATMENT OF INSOMNIA: RATIONAL USE OF HYPNOTICS AND SAFE ALTERNATIVES



María Chavarría Elizondo*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

El insomnio es un trastorno del sueño común con un fuerte impacto en la salud mental y calidad de vida. Esta revisión integra la evidencia reciente (2020–2025) sobre el uso racional de hipnóticos y alternativas seguras, considerando guías clínicas internacionales y estudios recientes sobre benzodiacepinas, fármacos Z, antidepresivos sedantes, agonistas melatoninérgicos y antagonistas duales de receptores de orexina (DORAs), así como intervenciones no farmacológicas como la terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCC-I). La discusión aborda eficacia, seguridad, costos y disponibilidad regional, concluyendo que el enfoque individualizado multimodal, con TCC-I como pilar, es la estrategia más adecuada.

Palabras clave: benzodiacepinas, DORAs, hipnóticos, insomnio, terapia cognitivo-conductual

Abstract

Insomnia is a prevalent sleep disorder with significant physical and mental health impacts. This review integrates recent evidence (2020–2025) on the rational use of hypnotics and safe alternatives, considering international clinical guidelines and recent studies on benzodiazepines, Z-drugs, sedative antidepressants, melatonin receptor agonists, and dual orexin receptor antagonists (DORAs), as well as non-pharmacological interventions such as cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I). The need for an individualized and multimodal approach is emphasized.

Keywords: benzodiazepines, cognitive behavioral therapy, DORAs, hypnotics, insomnia

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. Email. mchavarrie@ccss.sa.cr



Revisión del tema

El tratamiento del insomnio requiere una aproximación integral que contemple tanto intervenciones no farmacológicas como farmacológicas. La elección del abordaje depende de la etiología, cronicidad, comorbilidades y preferencias del paciente (Riemann et al., 2022).

1. Benzodiacepinas: Las benzodiacepinas (BZD) son moduladores alostéricos positivos del receptor GABA-A, incrementando la frecuencia de apertura del canal de cloro y potenciando la inhibición neuronal. Se clasifican según su vida media en corta (ej. triazolam), intermedia (ej. lorazepam) y larga (ej. flurazepam). Su eficacia para reducir la latencia y aumentar el tiempo total de sueño está bien documentada, aunque con alteraciones de la arquitectura del sueño (reducción de N3 y REM) (Sateia & Buysse, 2022). Los riesgos incluyen dependencia, tolerancia, caídas, deterioro cognitivo y síndrome de abstinencia. Las guías internacionales recomiendan su uso a corto plazo (≤ 4 semanas) y a la dosis mínima efectiva (Neubauer, 2021).

2. Fármacos Z: Los hipnóticos no benzodiacepínicos —zaleplón, zolpidem, zopiclona y eszopiclona— actúan selectivamente sobre la

subunidad $\alpha 1$ del receptor GABA-A. Tienen inicio de acción rápido y menor impacto en la estructura del sueño que las BZD, aunque pueden aumentar N2. Zaleplón, por su vida media de ~ 1 hora, es útil para el insomnio de conciliación. Zolpidem y Eszopiclona muestran eficacia en mantenimiento del sueño, pero se han asociado con parasomnias y comportamientos complejos, lo que motivó advertencias de la FDA en 2020 (Bonnet & Arand, 2020). Existe riesgo de dependencia, por lo que se indica su uso limitado.

3. Antihistamínicos sedantes: Fármacos como difenhidramina e hidroxizina actúan bloqueando receptores H1 en el SNC. Su uso para insomnio crónico no está respaldado por evidencia robusta, y sus efectos adversos (somnolencia diurna, deterioro cognitivo, efectos anticolinérgicos) limitan su uso, especialmente en adultos mayores (Neubauer, 2021).

4. Antidepresivos sedantes

a. Tricíclicos: La doxepina a dosis bajas (3–6 mg) ha demostrado eficacia para insomnio de mantenimiento, con perfil de seguridad favorable (Krystal et al., 2023).

b. Trazodona: Útil en pacientes con depresión e insomnio, pero su uso debe balancearse con el riesgo de hipotensión ortostática y priapismo (Wu et al., 2024).

c. Mirtazapina: Aumenta el sueño profundo y es eficaz en depresión con insomnio, aunque



puede causar somnolencia diurna y aumento de peso (Ferini-Strambi & Marelli, 2021).

5. Agonistas melatoninérgicos: Incluyen melatonina, amelteón y agomelatina. Actúan sobre receptores MT1 y MT2 regulando la inducción y el ritmo circadiano. Ramelteón ha demostrado reducir la latencia sin riesgo de dependencia; la agomelatina combina acción melatoninérgica y antagonismo 5-HT_{2c}, mejorando la arquitectura del sueño (Ferini-Strambi & Marelli, 2021).

6. Antagonistas duales de receptores de orexina (DORAs): Los DORAs — suvorexant, lemborexant y daridorexant— bloquean reversiblemente los receptores OX1R y OX2R, inhibiendo la señal de orexina y reduciendo la vigilia (Roth & Yardley, 2021). Ensayos clínicos demuestran su eficacia en latencia, mantenimiento y eficiencia del sueño sin alterar significativamente la arquitectura y con bajo riesgo de dependencia (Kishi et al., 2025). Daridorexant, con vida media más corta, presenta menor somnolencia residual; lemborexant ha mostrado superioridad frente a zolpidem en latencia y WASO (Habiba et al., 2023). Su principal limitante es el alto costo y la baja disponibilidad en Latinoamérica.

Terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCC-I). Considerada el estándar de oro por guías como AASM y ESRS.

Incluye técnicas como control de estímulos, restricción de sueño, reestructuración cognitiva, educación en higiene del sueño y relajación muscular progresiva (Wu et al., 2024). Meta-análisis recientes confirman su eficacia sostenida y la utilidad de formatos digitales, que mejoran accesibilidad y reducen costos, con resultados comparables a la terapia presencial (Riemann et al., 2022). La TCC-I digital ha demostrado reducir también la severidad de apnea obstructiva del sueño en pacientes con ambas condiciones (Wu et al., 2024).

Combinaciones terapéuticas. En casos seleccionados, la combinación de TCC-I con farmacoterapia permite un control sintomático rápido mientras se instauran cambios conductuales, reduciendo la necesidad prolongada de hipnóticos (Sateia & Buysse, 2022).

Conclusiones:

El tratamiento del insomnio debe abordarse de manera integral, priorizando la terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCC-I) como primera línea, tal como recomiendan las guías internacionales, reservando la farmacoterapia para casos seleccionados o como coadyuvante temporal.

Benzodiacepinas y fármacos Z son eficaces para el control sintomático a corto plazo, pero su uso debe limitarse por



los riesgos de dependencia, tolerancia y alteraciones cognitivas. La selección de hipnóticos debe individualizarse, utilizando la dosis mínima eficaz y con monitorización estrecha.

Los antagonistas duales de receptores de orexina (DORAs) representan una de las opciones más prometedoras por su perfil de seguridad y menor impacto en la arquitectura del sueño. Sin embargo, su acceso en Latinoamérica está restringido por costos y disponibilidad.

La modalidad digital de la TCC-I ha demostrado eficacia comparable a la presencial, mejorando la accesibilidad y favoreciendo la adherencia, especialmente en contextos con limitación de recursos humanos especializados.

En casos refractarios o de sintomatología severa, la combinación de TCC-I con farmacoterapia de inicio puede ofrecer beneficios rápidos mientras se instauran cambios conductuales duraderos, reduciendo la necesidad de tratamiento farmacológico prolongado.

Referencias Bibliográficas:

1. Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (2020). *Efficacy and safety of zaleplon, zolpidem, and eszopiclone for insomnia: A systematic review and meta-analysis*. Elsevier.
2. Ferini-Strambi, L., & Marelli, S. (2021). *Pharmacological treatment of insomnia: Current and emerging options*. Dove Medical Press.
3. Habiba, U., Waseem, R., Shaikh, T. G., et al. (2023). Comparative efficacy and safety of lemborexant 5 mg versus 10 mg for the treatment of insomnia: A systematic review. *Neurol Sci.* 2023 May;44(5):1533-1541. doi: 10.1007/s10072-023-06601-6.
4. Kishi, T., Ikuta, T., Citrome, L., et al. (2025). *Comparative efficacy and safety of daridorexant, lemborexant, and suvorexant for insomnia: A systematic review and network meta-analysis*. Nature Publishing Group.
5. Krystal, A. D., Prather, A. A., & Ashbrook, L. H. (2023). *Pharmacological treatments for chronic insomnia: A review of the evidence*. Dove Medical Press.
6. Neubauer, D. N. (2021). *Pharmacotherapy for insomnia in adults*. Elsevier.
7. Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., et al. (2022). *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia*. Wiley-Blackwell.
8. Roth, T., & Yardley, J. (2021). *Daridorexant in the treatment of*



insomnia disorder: A new dual orexin receptor antagonist. Elsevier.

9. Sateia, M. J., Buysse, D. J., Krystal, A. D., Neubauer, D. N., & Heald, J. L. (2017). Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 13(2), 307–349. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6470>
10. Wu, J. Q., Appleman, E. R., Salazar, R. D., & Ong, J. C. (2024). *Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: A systematic review.* Elsevier.