

INSOMNIO

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del sueño son alteraciones que afectan a la capacidad de conciliar o mantener el sueño, síndromes de sueño excesivo o síndromes que producen una conducta anormal relacionada con el sueño.

El sueño es un estado diferente de la vigilia, con la que está muy relacionado, aunque ambos estados expresan tipos de actividad diferente. Los dos estados forman parte del conjunto funcional denominado "ciclo vigilia-sueño" que tienen ritmo circadiano.

Es una actividad totalmente necesaria para el ser humano ya que durante la misma se llevan a cabo funciones fisiológicas imprescindibles para el equilibrio físico y psíquico del individuo, como restaurar la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, restablecer almacenes de energía celular y consolidar la memoria.

El ser humano invierte aproximadamente un tercio de su vida en esta actividad. La duración del sueño varía entre las distintas personas, siendo la duración más frecuente entre las 7 y las 8 horas, aunque puede oscilar entre las 4 y las 12 horas. Las necesidades de sueño varían en función de la edad, el estado de salud y el estado emocional.

SINTOMATOLOGÍA

Insomnio: Sensación subjetiva de malestar respecto a la duración y/o la calidad del sueño que se percibe como insuficiente y no reparador. La persona que padece insomnio presenta alguno de estos síntomas:

- Incapacidad para conciliar el sueño.
- Aumento del número de despertares nocturnos.
- Disminución del tiempo de sueño (despertar temprano).
- Sensación de sueño insuficiente.
- Todo ello da lugar a fatiga, ansiedad y disminución del nivel de alerta. Aparece somnolencia diurna que puede provocar accidentes domésticos o laborales.
- Los factores que contribuyen a la aparición, el desarrollo y el mantenimiento del insomnio se agrupan en predisponentes, precipitantes y perpetuantes (4).

Factores predisponentes:

- El género femenino, la edad avanzada, el nivel socioeconómico alto y el estado de salud pobre, son factores predisponentes para el insomnio.
- Genéticos. Aunque son necesarios más estudios específicos parece existir cierta heredabilidad del insomnio, aunque en realidad lo que parece heredarse son ciertos rasgos temperamentales como la emocionalidad.
- Psicológicos. Se relacionan con el insomnio sobre todo los sentimientos negativos y la tendencia a internalizar las emociones.

Factores precipitantes:

Para el insomnio crónico los más comunes son los que se relacionan con las situaciones estresantes.

Factores perpetuantes:

Son los que se relacionan con el temor a no dormir y con las creencias y comportamientos no adaptativos en relación con el sueño.

Tipos de insomnio en función de:

Intensidad:

Leve.
Moderado.
Grave.

Duración

Transitorio: dura de 2-3 días.
Corta duración (< 3 semanas).
Larga duración o crónico (> 3 semanas).

Naturaleza

De conciliación: se tarda > 30 minutos en iniciar el sueño.
De mantenimiento: se ve interrumpido en mitad de la noche y hay dificultad en volver a conciliarlo.
Despertar precoz: despertar demasiado pronto por la mañana.

ROL DEL FARMACÉUTICO ANTE UN PACIENTE CON TRASTORNOS DEL SUEÑO

Ante una consulta sobre problemas de insomnio el farmacéutico debe seguir un procedimiento determinado para indicar la opción más adecuada al paciente. La obtención de información del paciente será el primer paso para poder analizar el problema que padece y conocer las posibles causas del insomnio. Estas son algunas de las cuestiones que deberá consultar:

- Que medicación esta tomando de forma habitual.
- Si padece alteraciones psicológicas.
- Si padece enfermedades que puedan ocasionar alteraciones del sueño (alergias, cardiovasculares, EPOC, demencia, alteraciones endocrinas, procesos oncológicos, dolor, apneas del sueño, alteraciones urinarias, depresión, trastornos de adaptación, ansiedad).
- Cuales son sus hábitos de sueño.
- Desde cuando padece el insomnio.
- Si ha realizado recientemente viajes o cambios de horario importantes.

Si el paciente toma medicamentos de manera habitual, el farmacéutico deberá determinar si el problema de insomnio puede ser, en realidad, un Resultado Negativo relacionado con la Medicación que está utilizando. En la Tabla 1 se detallaron los Medicamentos que pueden producir insomnio como efecto adverso y la frecuencia de aparición de este efecto adverso. En caso de observar que el paciente utilice algunos de estos medicamentos, el farmacéutico repasará junto con el paciente las dosis, pauta y duración del tratamiento, así como la forma en que los administra. Si se detecta algún problema en la administración de estos fármacos, se corregirá la información del paciente.

Tabla 3.- Medicamentos que pueden producir insomnio como efecto adverso (en %, la frecuencia de aparición de este efecto adverso).

Antidepresivos	Citalopram (15%) Escitalopram (9-12%) Fluoxetina (11%) Fluvoxamina (21%)
Antipsicóticos	Aripiprazol (19%) Olanzapina (12%) Pramipexol (17-27%) Selegilina (7%)
Antimaláricos	Atovacuona (10-14%)
Anticancerígenos	Brotezomib (27%) Busulfan (84%) Tretinoína (14%)
Antiretrovirales	Efavirenz (16%) Valganciclovir (10-14%)
Agonistas opiáceos	Buprenorfina (20-25%) Naltrexona (13%)

Si tras la entrevista con el paciente se han detectado alteraciones psicológicas o patologías que pueden ser causa del insomnio, se derivará el paciente al médico.

Si no fuera necesaria la derivación, se procederá a continuar con la entrevista con el paciente para obtener el máximo de información acerca de sus hábitos de sueño.

En el siguiente cuadro se resumen los Criterios de derivación al médico ante una consulta por insomnio en la farmacia.



Criterios de derivación al médico ante una consulta por insomnio

- Cuando se sospeche apnea del sueño (somnolencia diurna asociada o no a ronquido, o pausas respiratorias repetidas durante el sueño), se derivará a una Unidad del Sueño o al especialista en neumología para la realización de un estudio polisomnográfico.
- Los trastornos mentales se derivarán al médico para que éste, en caso necesario, lo derive al especialista en psiquiatría.
- Los insomnios crónicos y persistentes, y susceptibles de psicoterapia se derivarán a un psicólogo.

En caso que no se haya considerado necesario derivar el paciente al médico y se observe que la causa del insomnio es puntual, se le proporcionarán al paciente los consejos sobre higiene del sueño que se detallaron en la Tabla 16. Con estas medidas de higiene del sueño que deben explicarse a los pacientes se pretende crear mejores hábitos del sueño (tablas 14 y 15) y romper con la creencia de que algunos factores ni afectan, ni son importantes.

A modo de resumen, recordamos que estas medidas son:

- Mantener una temperatura adecuada en la habitación, evitando extremos.
- Hacer ejercicio regular durante el día.
- Asegurar la exposición a la luz solar durante el día.
- Suprimir siestas y dormidas delante del televisor durante el día.
- Disminuir el consumo de tabaco, alcohol, café y té.
- Evitar comidas abundantes por la noche y no irse a la cama inmediatamente después de la cena.

Como tratamiento farmacológico se puede indicar el uso de antihistamínicos que no requieren prescripción:

– Difenhidramina 50mg

Como tratamiento a corto plazo del insomnio, particularmente cuando hay dificultad para conciliar el sueño.

– Doxilamina 12,5mg/25 mg

Como tratamiento sintomático del insomnio ocasional, particularmente cuando hay dificultad para conciliar el sueño o hay frecuentes interrupciones o despertares tempranos.

La información básica que el farmacéutico debe proporcionar cuando indica un alguno de estos fármacos como tratamiento del insomnio, se refiere a la precaución de uso, principalmente en pacientes mayores.

- Efectos anticolinérgicos (principalmente sequedad de boca y visión borrosa)
- No utilizar otros medicamentos que actúen sobre el SNC.
- No tomar bebidas alcohólicas.
- Retirar gradualmente, debido al posible efecto rebote.

Como tratamiento fitoterapéutico y, según el tipo de insomnio, se pueden indicar las plantas medicinales presentadas en la tabla 12.

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL INSOMNIO

Ante la solicitud de un medicamento para el tratamiento del Insomnio con una prescripción, y una vez esté comprobada la validez de la receta, el farmacéutico preguntará si el solicitante es el propio paciente y a continuación deberá verificar:

- Si se trata de un tratamiento de inicio o crónico.

A.- Cuando el paciente solicita el medicamento que va a utilizar por primera vez, se obtendrá la información correspondiente a los siguientes parámetros:

- ¿Sabe para qué es? ¿Para qué debe tomarlo?
- ¿Sabe que cantidad ha de tomar?
- ¿Sabe cómo utilizarlo?
- ¿Sabe durante cuánto tiempo ha de tomarlo?
- ¿Sabe cómo conservarlo/manipularlo?
- Si utiliza otros medicamentos concomitantes.
- Si existe alguno de los criterios de no dispensación: condición fisiopatológica especial (embarazo, alergias, etc.), contraindicación absoluta, duplicidad o interacción, que puedan interferir en la necesidad, seguridad y efectividad del tratamiento.
- Si refiere otras enfermedades concomitantes.
- Si presenta hábitos nocivos que puedan interferir con la medicación.

B.- Cuando el paciente destinatario del medicamento, lo utiliza como tratamiento crónico/habitual, no ha tenido problemas durante su consumo previo y se constata que tiene toda la información relacionada, se deberá preguntar:

¿Le han cambiado algo: la pauta, dosis, etc.?

¿Cómo le va? ¿está obteniendo los resultados esperados?

¿Ha notado algún efecto adverso? ¿cuál?

En ambos casos, una vez se haya descartado problema alguno y se haya proporcionado toda la información necesaria o se haya constatado que el paciente está bien informado, se procederá a entregar el medicamento.

Si durante la dispensación se detecta una Incidencia que precise la necesidad de su evaluación, esto puede suponer una paralización del proceso de dispensación, si existe:

- Sospecha de la presencia de un PRM.
- Sospecha de la presencia de un RNM. El paciente sufre o está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos.
- El farmacéutico debe evaluar la incidencia detectada para poder llegar a resolverla, mediante una propuesta de intervención.

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE INSOMNIO

Para proporcionar el servicio de seguimiento a un paciente con problemas de insomnio se deberá valorar si cumple con los criterios de selección que le hagan susceptible de recibir el servicio.

A continuación se recuerdan los criterios para incluir a un paciente en seguimiento y por tanto son criterios que deben sumarse al hecho de padecer el problema de ansiedad. Se podrán seleccionar pacientes en función de criterios relacionados con el tipo de medicamentos, de patologías, o aquellos pacientes en los que coincide un mayor número de los mismos.

Criterios relativos a los medicamentos.

Criterios relativos a la patología del paciente.

Criterios relativos al propio paciente.

Una vez seleccionado el paciente con insomnio susceptible de recibir el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, se deben tener en cuenta las distintas etapas a seguir

de manera estructurada y que son las siguientes: oferta del servicio, entrevista inicial, análisis de situación, plan de acción y visitas de seguimiento.

a) Oferta del Servicio

- Cuando en la dispensación se detecte PRM relevante que pueda ser causa de un posible RNM.
- Cuando el paciente solicite información sobre sus enfermedades y/o sus medicamentos.
- Cuando el paciente solicite ayuda para aliviar un PS concreto (indicación farmacéutica), y pida asesoramiento.
- Cuando el paciente solicite la determinación, información o valoración analítica de parámetros biológicos específicos.
- Cuando el paciente cumpla alguno de los criterios de selección.
- Cuando así sea considerado por el farmacéutico.

Se expondrá al paciente el significado del servicio, y se determinará el momento para realizar la primera entrevista. Para llevarla a cabo es necesario que el paciente acuda a la farmacia con todos los medicamentos, prescripciones, análisis, u otros documentos que puedan ser necesarios, para alcanzar los objetivos.

b) Entrevista inicial.

Se realizará en un lugar que asegure confidencialidad, zona de atención personalizada (ZAP), y de acuerdo con la LOPD se facilitará el impreso de consentimiento informado al paciente.

El objetivo de esta entrevista es la apertura de una historia farmacoterapéutica del paciente, que se irá completando a lo largo del tiempo que dure el SFT.

Los datos que se necesitan para rellenar la ficha de SFT del paciente, se obtendrán en un orden preferente (de una forma semiestructurada) adaptándose a las características de cada paciente.

Se irán registrando los siguientes conceptos:

- Datos personales y de filiación.
- Datos de salud, enfermedades diagnosticadas (utilizando informes médicos, prescripciones, etc.) o problemas de salud referidos por el paciente partiendo de sus apreciaciones personales, necesidades y expectativas respecto a la salud.
- Parámetros biológicos o clínicos documentados, o

determinados en la farmacia (presión arterial, peso, índice de masa corporal, etc.)

- Medicamentos con o sin prescripción, productos sanitarios o terapias alternativas que utiliza el paciente y lleva a la entrevista obteniendo toda la información que dispone el paciente de cada uno de ellos. Se intentará averiguar el grado de conocimiento y cumplimiento del paciente a los tratamientos, especialmente:
 - Pauta y dosis indicada por el médico.
 - Pauta y dosis utilizada por el paciente realmente.
 - Horario de tomas (misma o diferente hora).
 - Tipo de tratamiento – inicio, crónico o esporádicos.
 - Si se utiliza en el momento de la visita o no – activo o no.
 - Conocimiento del medicamento.
 - Cumplimiento del tratamiento.
- Otros datos considerados de interés.

c) Análisis de situación y Plan de acción

Una vez que se han recogido todos los datos en la entrevista y el paciente ha abandonado la farmacia se procederá al estudio de los mismos. Para ello:

- Se revisará individualmente cada medicamento (posología, indicaciones, reacciones adversas, interacciones, etc.)
- Se revisarán los PS y enfermedades diagnosticadas referidas (manifestaciones clínicas y posible evolución, tratamiento, etc.)
- Se intentará establecer las relaciones entre los problemas de salud y los tratamientos y de los medicamentos entre sí, para determinar la presencia real o potencial de PRM/RNM.

Este análisis se repetirá cada vez que haya una modificación en el tratamiento o se presente un nuevo problema de salud en el paciente.

El objetivo es conocer la situación del paciente y evaluar la posible detección de PRM que pueda prevenirse o resolverse para evitar la aparición de RNM mediante la correspondiente intervención y, en su caso, la comunicación con el médico.

La intervención será propuesta como plan de acción al paciente en la siguiente visita, de forma que pueda obtener el mayor beneficio de farmacoterapia con los mínimos

riesgos de efectividad y seguridad, y una vez solucionado se dará por finalizado el proceso que se mantendrá activo, de forma continuada, ante cualquier nuevo cambio en el estado de situación del paciente.

d) Visitas de seguimiento

Es necesaria mantener actualizada la información referente al paciente en SFT, por lo que resulta conveniente obtener en cada una de las visitas posteriores a la entrevista inicial del servicio, los siguientes datos:

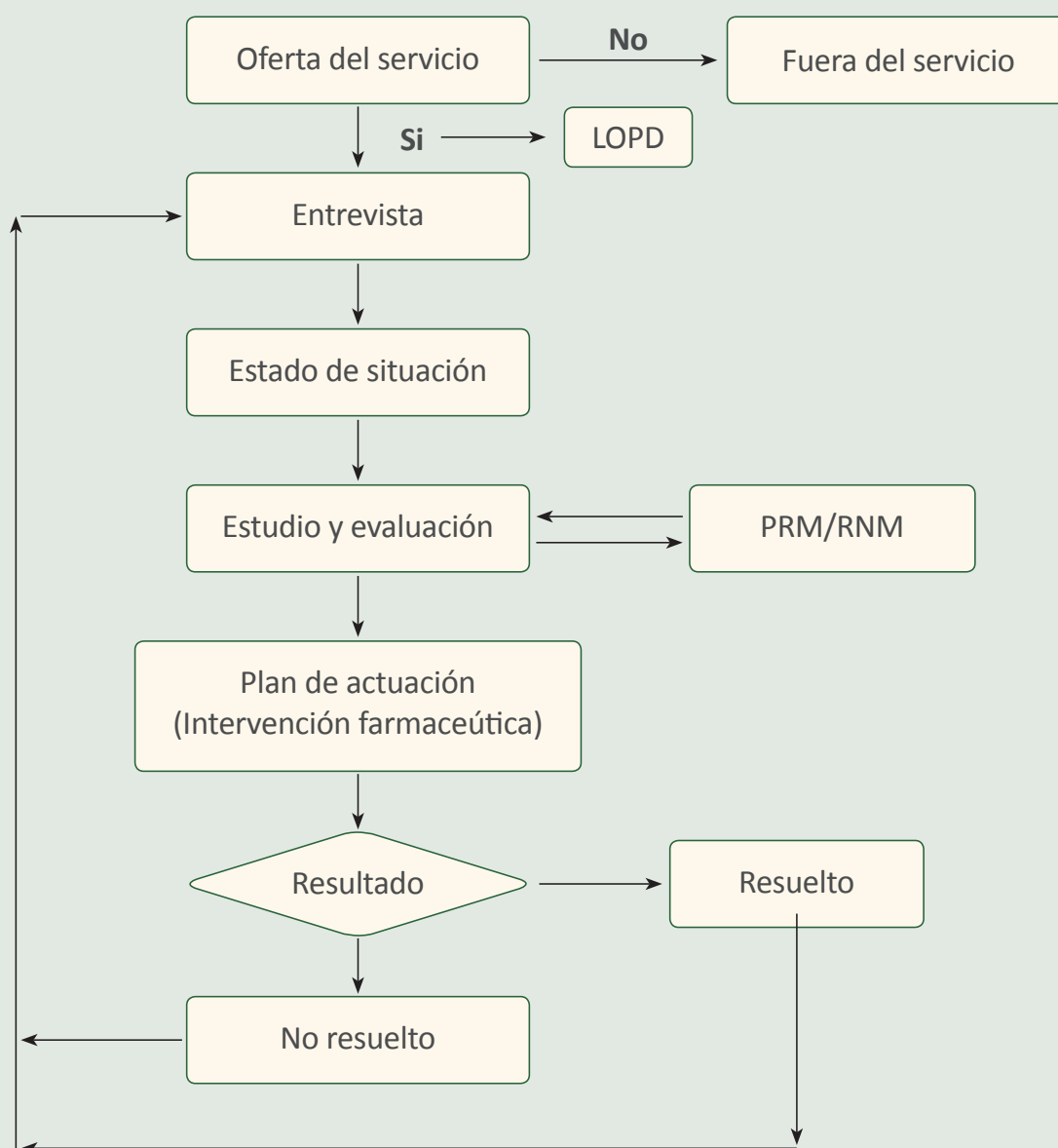
- Sobre los medicamentos:
 - ¿Ha notado algo extraño con el tratamiento empleado?
 - ¿Ha dejado de usar algún medicamento?
 - ¿Ha iniciado algún nuevo tratamiento? ¿Conoce indicación, y posología?
 - ¿Se ha modificado en algo algún tratamiento ya instaurado (posología, forma farmacéutica, ...)?
 - ¿Ha tenido alguna dificultad para tomar o utilizar algún medicamento?
- Sobre el paciente:
 - Cumplimiento de los tratamientos.
 - Problemas de salud que considera de interés señalar (cómo se encuentra).
 - Resultados de mediciones, exploraciones o informes nuevos.
 - Otros (¿ha experimentado algo nuevo que desea reseñar?).

Esta información se registrará actualizando las fechas, y los cambios realizados en la historia farmacoterapéutica del paciente.

RECOGIDA DE DATOS

Se registrará y documentará la información referida por el paciente en las visitas, y las intervenciones realizadas que se consideren a criterio del farmacéutico en un soporte papel o informático, con el fin de establecer los indicadores de calidad que sirvan para evaluar el proceso y establecer los correspondientes objetivos de mejora continua.

A continuación se presenta el diagrama que recoge los procedimientos para el servicio de seguimiento farmacoterapéutico.



El seguimiento farmacoterapéutico es un servicio de Atención Farmacéutica que pretende la gestión integral de la medicación, por lo tanto no podemos hablar de seguimiento farmacoterapéutico específico a pacientes con insomnio. En todo caso se tratará de hacer seguimiento a pacientes con características determinadas que interpretemos que requieren que el farmacéutico les proporcione el servicio, y en los cuales el insomnio sea uno de los problemas de salud que padecen. Pero cuando se haga la entrevista inicial y sucesivas, el análisis de este problema y de la medicación que toma o debería tomar para el insomnio, será solo una parte. La situación del paciente deberá analizarse de manera global.

Conviene tener muy claro en qué situaciones NO se debe indicar según que fármaco o fitofármaco sedante:

1. En embarazadas no indicar nunca Espino, ni Lúpulo, ni Verbena, ni Amapola de California.
2. En niños no indicar Valeriana.
3. En cardíacos no indicar Espino.
4. En insuficiencia hepática no indicar Valeriana.
5. En conductores o personas que vaya a manejar maquinaria no se debe indicar ningún hipnótico.

ABORDAJE INTEGRATIVO DEL INSOMNIO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Aten Primaria. 2015;47(6):351-358

El abordaje integrativo del insomnio con la aplicación de medidas aplicadas sobre la higiene del sueño, técnicas conductuales y el uso de plantas medicinales puede ser resolutorio. Un estudio destaca que la aplicación de este enfoque, en comparación con los tratamientos convencionales, resulta efectivo y permite además disminuir las visitas médicas y los efectos secundarios y la dependencia a las benzodiacepinas.

El insomnio se define como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no poder disfrutar de un sueño reparador por espacio mínimo de cuatro semanas consecutivas, derivándose de esta situación malestar clínicamente significativo o interferencia en la vida personal social o laboral de la persona afectada sin que esto sea atribuible a la presencia de otras afectaciones. En nuestro país, aun que la prevalencia estimas se considera elevada (datos recogidos en un estudio apuntan a que el 20,8% de la población general presenta al menos un síntoma de insomnio durante 3 o más noches por semana), son pocos los pacientes que reciben un diagnóstico específico. La principal opción de tratamiento consiste en la receta de benzodiacepinas, aunque como norma su utilización debería ser de corta duración y estricta supervisión, para tratar de evitar efectos secundarios y situaciones de dependencia.

Algunos médicos opinan, pero, que en el abordaje del insomnio este tipo de medicamentos debería presentar un protagonismo limitado y ser utilizado de forma coadyuvante a otras opciones como la aplicación de medidas higiénicas del sueño y de terapias conductuales (control de estímulos, relajación muscular progresiva, técnicas de respiración consciente y restricción del tiempo en la cama), sin descartar ni despreciar el uso de la fitoterapia, que en ensayos clínicos aleatorizados (nivel de evidencia Ib) ha demostrado cierto nivel de eficacia. Aplicando este enfoque, además de la mejoría del paciente, se podrían conseguir otras ventajas como la reducción de costes sanitarios y la racionalización en el uso minimizando la ocurrencia de los efectos adversos asociados.

Desde esta perspectiva, un estudio con diseño cuasi-experimental sin asignación aleatorizada, trató de evaluar los resultados de una intervención integrativa en el manejo problemas de insomnio en comparación con el tratamiento habitual. La investigación tuvo en cuenta pacientes de 18-75 con diagnóstico durante el período enero 2008 a marzo 2010, incluyendo también aquellas personas sujetos con diagnóstico de otros trastornos de ansiedad, distimia o estrés, que en su seguimiento clínico presentarían la presencia de insomnio como síntoma destacable. No se consideraron los pacientes con trastornos psiquiátricos graves (psicosis, esquizofrenia, trastornos de personalidad, trastorno bipolar o depresión mayor) ni aquellos en los que el insomnio se presentara en forma secundaria a otras patologías orgánicas graves (neurológicas o degenerativas) o relacionado con trastornos de adicción o abuso de sustancias. Como grupo control (n=47) se tomaron los pacientes asignados a 3 médicos de atención primaria que aplicaron el tratamiento convencional para el insomnio, con medidas básicas de higiene del sueño y uso de benzodiacepinas o hipnóticos. El grupo de intervención (n=48) fueron los pacientes de un solo médico del mismo centro, para los que el tratamiento estuvo constituido por un abordaje integrativo, con medidas aplicadas sobre la higiene del sueño, técnicas conductuales (de respiración consciente y relajación) y el uso de fitoterapia (principalmente valeriana en dosis entre 270 a 450 mg en extracto acuoso o 2-3 g de extracto seco), complementando el tratamiento en los casos que se consideró necesario con fármacos benzodiacepínicos. De forma retrospectiva se revisaron las historias de los pacientes participantes registrándose en cada caso la existencia de tratamiento con benzodiacepinas o hipnóticos, tratamiento o no con fitoterapia, número de visitas por cualquier motivo realizadas en el centro durante el año anterior al diagnóstico, media de visitas mensuales por cualquier motivo realizadas posteriormente al diagnóstico inicial. A los 18-24 meses de la primera recogida de datos se realizó una encuesta telefónica a los pacientes del estudio para comparar la calidad del sueño a largo plazo.

En el análisis de resultados los autores destacan entre las observaciones principales que mientras que la media mensual de visitas prediagnóstico era comparable entre los dos grupos (0,54 y 0,53, grupo de intervención y grupo control respectivamente), la media posterior fue 0,36 para el grupo de intervención y de 0,65 en el grupo control constituyendo esta diferencia una significancia estadística en el grupo de intervención. Por otro lado el 52,5% de los pacientes del grupo de tratamiento integrativo recibieron algún tipo de fármaco benzodiacepínico, siendo la ocurrencia del 93,6% en el grupo control, en el que se prescribió más alprazolam y lorazepam, con dosis acumuladas superiores. En la evaluación de la situación de insomnio a largo plazo, el 17% de los pacientes del grupo intervenido y el 5% del grupo control manifestaron no presentar insomnio; el 13% de los pacientes de tratados con los procedimientos convencionales presentaron insomnio severo por ningún caso reportado entre los sujetos del grupo de intervención.

Los autores concluyen que la utilización desde atención primaria de técnicas básicas cognitivo-conductuales y el uso de las plantas medicinales puede ser una herramienta terapéutica de gran ayuda en el insomnio y puede contribuir a evitar el elevado consumo de benzodiacepinas que se conoce existe en nuestro país y de sus riesgos asociados.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fármacos para el tratamiento de trastornos del sueño. The Pharmaceutical Letter 2004: 5-2; 9-16. Disponible en www.dicaf.es.
2. Tratamiento del Insomnio y la Narcolepsia. The Pharmaceutical Letter 2004: 5-9; 65-72. Disponible en www.dicaf.es.
3. Protocolo de dispensación fitoterapéutica en el insomnio. The Pharmaceutical Letter 2011: 12-14; 133-140. Disponible en www.dicaf.es
4. Drugdex Information System. MICROMEDEX Inc. Englewood, Colorado. Vol 119. Drug consult: benzodiazepine pharmacokinetics.
5. Melatonina para los trastornos del sueño. Boletín de Información farmacoterapéutica de Navarra 2014: 22; 1
6. Presencia de melatonina en suplementos y productos naturales de salud. J Clin Sleep Med. 2017; 13 (2): 275-281.
7. Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria. Aten Primaria. 2015;47(6):351-358
8. Fármacos del sistema nervioso en pacientes con insuficiencia renal. The Pharmaceutical Letter 2014; 15 (16): 133-140
9. CADIME. Monografías: Aproximación al tratamiento del insomnio en atención primaria. Boletín Terapéutico Andaluz 2000, nº 10.
10. Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria Aten Primaria. 2015;47(6):351-358.
11. Lippmann S et al. Insomnia: Therapeutic Approach. South Med J 2001; 94: 866-873.
12. Gámez M et al. Selección de benzodiazepinas. Bases para su utilización en el hospital. Farm Hosp 1997; 21: 117-122.
13. Estivill E et al. Consensus on drug treatment, definition and diagnosis for insomnia. Clin Drug Invest 2003; 23: 351-385.
14. Consejos para evitar el insomnio. Farmacia Profesional 2008; 22(10): 48-49
15. Efectividad de una intervención educativa breve en pacientes con insomnio. Aten Primaria. 2014; 46(10):549-557
16. Efectividad de los hipnóticos no-benzodiazepínicos en el tratamiento del insomnio del adulto: BMJ 2012;345:e8343 doi: 10.1136/bmj.e8343.

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD (2ª Edición).

Acreditado con 4,6 créditos - 44 horas.



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>

Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>



www.dicaf.es