

ORIGINALES BREVES

La calidad del sueño asociada a la polimedication

V.M. Vázquez García^a, J.A. Macías Fernández^b, F. Alonso del Teso^c, R.M. González las Heras^d, G. de Teresa Romero, A.A. Álvarez Hurtado y J.I. Carretero Ares^e

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tórtola. Profesor Asociado Facultad de Medicina. Valladolid.

^bProfesor Titular de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Valladolid. ^cMIR de Psiquiatría. Hospital Clínica. U. Valladolid. ^dDUE. Servicio Territorial. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. ^eMIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Río Hortega. Valladolid.

Objetivo. Estudio de la asociación entre polimedication y calidad del sueño.

Diseño. Estudio observacional y transversal mediante muestreo bietápico a 1.053 personas con encuesta y aplicación del Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI).

Emplazamiento. Atención primaria. Población cubierta por centros de salud de la provincia de Valladolid.

Población. Adultos mayores de 18 años que acuden a centros de salud de la provincia de Valladolid.

Resultados. A medida que se suma consumo de polifármacos, empeoran significativamente tanto la calidad global del sueño como cada uno de los siguientes componentes: calidad subjetiva, latencia del sueño, duración del sueño, perturbaciones extrínsecas y consumo de hipnóticos. No se encontró diferencias en la repercusión diurna.

Excluyendo del estudio el consumo de psicofármacos (para evitar el riesgo de sesgo de enfermedades psiquiátricas), también se constata el empeoramiento de la calidad del sueño al sumar el resto de grupos terapéuticos.

Conclusiones. El hecho de consumir polifármacos de forma crónica puede condicionar un empeoramiento de la calidad del sueño, lo que nos incitará a combatir este síntoma con más fármacos y con ello agravar el problema. Sería conveniente realizar nuevos estudios prospectivos con el fin de determinar la causalidad.

Palabras clave: Calidad del sueño. Polimedication. Población general.

THE QUALITY OF SLEEP LINKED TO MULTIPLE MEDICATION

Objective. Study of the association between multiple medication and the quality of sleep.

Design. Observational, cross-sectional study through two-stage sampling of 1053 people with a questionnaire and application of the Pittsburgh Sleep Quality Interview (PSQI).

Setting. Primary care. Population covered by health centres in the province of Valladolid.

Population. Adults over 18 who attended health centres in Valladolid province.

Results. As consumption of multiple drugs rose, there was significant deterioration in the overall quality of sleep and each of the following components: subjective quality, latency of sleep, duration of sleep, extrinsic disturbances and consumption of sleeping draughts. No differences were found for day-time repercussions. When psychiatric drug consumption was excluded from the study (to avoid the risk of bias in psychiatric illnesses), deterioration in the quality of sleep, on adding up the remaining therapeutic groups of drugs, was still found.

Conclusions. The fact of consuming multiple drugs chronically may condition a deterioration in sleep quality, which will stimulate us to combat this symptom with more drugs and so further aggravate the problem. New prospective studies need to be undertaken to find out the reasons.

Key words: Quality of sleep. Multiple medication. General population.

(*Aten Primaria* 2000; 26:697-699)

Correspondencia: V.M. Vázquez García.
C/ Colmenares, 12, 6.^o izqda. 47004 Valladolid.

Manuscrito aceptado para su publicación el 27-VII-2000.

Introducción

Desde siempre es sabido los efectos de los fármacos sobre el sueño, tanto por efecto directo sobre el SNC como por la iatrogenia propia de los fármacos¹⁻³. En la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)⁴, el trastorno del sueño inducido por sustancias ocupa uno de los 4 grupos en los que se dividen los trastornos del sueño.

Por ello nos hemos propuesto estudiar los efectos de la acumulación de fármacos sobre la calidad del sueño y comprobar si efectivamente deteriora dicha calidad tanto de forma global como en cada uno de los aspectos de los componentes del sueño.

Material y método

La población a estudio la componen las personas adultas mayores de 18 años que acuden a los centros de salud de la provincia de Valladolid, cuya población asciende a 359.027 habitantes según el censo actualizado en 1996, de los que un 48,4% es varón y el 51,6% mujer; la población urbana es del 66% y la rural del 34%. Para el tamaño de la muestra elegimos 1.053 individuos, con un error máximo (IC del 95%) del 3% en estimaciones de porcentajes poblacionales próximos al 50%.

La muestra se extrajo mediante diseño bietápico, tomando como unidades de primera etapa los centros de salud y como segunda los individuos. La muestra de centros de salud se extrajo utilizando muestreo estratificado sobre la base del tamaño de la población atendida y su localización rural o urbana; se seleccionaron 4 urbanos y 3 rurales. La muestra dentro de cada centro se seleccionó en función de un muestreo por cuotas de edad y sexo, intentando reproducir las proporciones de individuos existentes en el censo.

El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre de 1997 y agosto de 1998 y la encuesta personalizada fue realizada por profesionales sanitarios previamente entrenados.

Entre las variables a medir: tratamientos farmacológicos habituales: ninguno, anal-

TABLA 1. Puntuación total en función del número de fármacos en consumo

N.º de fármacos consumo	Puntuación total (PSQI) ^a		Puntuación total (PSQI)	
	Incluidos psicofármacos	N.º total	Excluidos psicofármacos	N.º total
Ninguno	3,47 ± 2,63	538	3,47 ± 2,63	538
Uno	5,01 ± 3,77	265	5,56 ± 3,97	277
Dos	6,16 ± 3,51	120	6,23 ± 3,68	133
Tres	7,25 ± 3,94	74	6,55 ± 3,42	36
> 4	8,30 ± 3,70	56	7,69 ± 4,40	27
	$p < 0,0001^b$		$p < 0,0001^b$	

^aPuntuación total < 5, buen dormidor; > 5, mal dormidor.

^bp: valores de ANOVA.

génicos solos o asociados a codeína, broncodilatadores, corticoides, benzodiacepinas (BCD), antidepresivos, neurolépticos,

hipnóticos, nootropos, bloqueadores beta, digital, hormonas tiroideas, antiinflamatorios no esteroides (AINE), hipolipemian-

tes, terapia del miocardio, terapia hormonal sustitutoria (THS), antiulcerosos, antidiabéticos, antihipertensivos, anticonceptivos y otros.

La calidad del sueño se valoró mediante el cuestionario de Pittsburgh^{5,6}; este cuestionario determina la calidad del sueño en el mes anterior y consta de 24 preguntas, 19 contestadas por el propio individuo y 5 por el compañero de habitación. De su corrección se obtienen 7 puntuaciones que informan de otros tantos componentes: calidad subjetiva, latencia del sueño, duración total, eficiencia del sueño, perturbaciones extrínsecas, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Cada respuesta recibe una puntuación de 0 a 3, donde 0 indica ausencia de problema y 3 graves problemas. La puntuación total se obtiene su-

TABLA 2. Puntuaciones en los distintos componentes de la calidad del sueño en función del número de fármacos

Componentes	Media del comp.	N.º de fármacos	N.º total	Puntuación media*	IC del 95% (Scheffé)
Calidad subjetiva	0,83 ± 0,92	Ninguno	538	0,67 ± 0,71	0,61-0,73
		Uno	265	1,00 ± 0,80	0,90-1,10
		Dos	120	1,11 ± 0,73	0,98-1,24
		Tres	74	1,21 ± 0,76	1,03-1,39
		Cuatro o más	56	1,40 ± 0,74	1,26-1,63
ANOVA p < 0,001					
Latencia del sueño	0,99 ± 1,02	Ninguno	538	0,74 ± 0,89	0,66-0,81
		Uno	265	1,12 ± 1,07	0,99-1,25
		Dos	120	1,32 ± 1,03	1,13-1,51
		Tres o más	130	1,59 ± 1,12	1,33-1,87
ANOVA p < 0,001					
Duración del sueño	0,45 ± 0,77	Ninguno	538	0,32 ± 0,59	0,27-0,37
		Uno	265	0,55 ± 0,83	0,44-0,65
		Dos	120	0,56 ± 0,94	0,52-0,99
		Tres o más	130	0,82 ± 0,98	0,51-1,13
ANOVA p < 0,001					
Eficiencia del sueño	0,39 ± 0,79	Ninguno	538	0,19 ± 0,55	0,14-0,24
		Uno	265	0,51 ± 0,87	0,40-0,62
		Dos	120	0,54 ± 0,90	0,57-0,70
		Tres	74	0,87 ± 1,08	0,62-1,12
		Cuatro o mas	56	0,90 ± 1,08	0,82-1,24
ANOVA p < 0,001					
Perturbaciones	1,04 ± 0,56	Ninguno	538	0,89 ± 0,51	0,85-0,93
		Uno	265	1,10 ± 0,54	1,03-1,17
		Dos	120	1,30 ± 0,59	1,20-1,40
		Tres o más	130	1,52 ± 0,59	1,33-1,71
ANOVA p < 0,01					
Consumo hipnóticos	0,35 ± 0,86	Ninguno	538	0,07 ± 0,30	0,04-0,09
		Uno	265	0,27 ± 0,76	0,18-0,36
		Dos	120	0,54 ± 1,06	0,35-0,73
		Tres	74	1,36 ± 1,29	1,06-1,66
		Cuatro o más	56	2,54 ± 0,82	1,99-3,09
ANOVA p < 0,001					
Repercusión diurna	0,58 ± 0,77			No significación	

*Puntuación total: < 5, buen dormidor; > 5: mal dormidor.

mando las 7 puntuaciones parciales, y el punto de corte se establece en 5/6; una puntuación ≤ 5 señala a los buenos dormidores, presenta una sensibilidad del 89,6% y una especificidad del 86,5%⁶.

El procedimiento estadístico utilizado se basó en los porcentajes y medias acompañados de la desviación estándar. Para comprobar diferencias entre valores medios, tanto de la puntuación total del PSQI como de cada uno de sus componentes en función del número de fármacos, se utilizó el análisis de la variancia (ANOVA de un factor). Para establecer la media de los distintos componentes en relación a cada número de fármacos construimos un IC del 95% por el método de Scheffé. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS entorno Windows.

Resultados

Un 50,4% manifiesta no consumir ningún tipo de fármaco de forma habitual o esporádica en el último mes, frente a un 49,6% que manifiesta haber tomado algún tipo de medicación de forma continua o aislada. Un 25,8% de la población estudiada consume un solo fármaco, el 11,5%, 2; un 7%, 3; el 3,8%, 4, y un 1,5%, 5 o más. Un 19,1% de la muestra reconoce consumir psicofármacos: el 43%, BCP; un 29%, antidepresivos; el 21%, hipnóticos, y el 7%, otros. Con relación al PSQI, se aprecia (tabla 1) cómo las puntuaciones medias totales del cuestionario aumentan a medida que lo hace el número de fármacos consumidos. Con el fin de determinar si el incremento en la puntuación total a medida que aumentaba el consumo se relacionaba con la presencia entre ellos de psicofármacos que produjeran sesgo, se valoró la puntuación media por fármacos consumidos excluyendo de entre ellos los psicofármacos; los resultados también fueron significativos con relación a los que no consumen ($p < 0,001$). Por el contrario, no se encon-

traron diferencias significativas entre los grupos que incluían y no incluían psicofármacos.

Analizando las puntuaciones totales en relación al consumo exclusivo de psicofármacos, no hemos detectado diferencias significativas entre los consumidores de forma aislada de: hipnóticos ($9,13 \pm 4,42$), BCP ($8,58 \pm 3,58$) o antidepresivos ($8,45 \pm 4,44$). Se detectan ($p < 0,01$), cuando estas sustancias se asocian entre sí; la puntuación media de los que consumen un solo psicofármaco es de $7,21 \pm 3,75$, mientras que los consumidores de 2 o más simultáneamente es de $10,07 \pm 3,50$, es decir, presentan una peor calidad global del sueño. Analizando cada uno de los 7 componentes (tabla 2), encontramos diferencias significativas en todos excepto en disfunción diurna.

Discusión

Parece evidente la relación mala calidad del sueño y número de fármacos consumidos. En la bibliografía hay multitud de citas relacionando sueño y fármacos^{1-4,7}. Maggi⁷, tras aplicar una regresión logística, encontró que tomar medicación era uno de los principales factores de riesgo de presentar trastornos del sueño; sin embargo, no hallamos ninguno que relacionase la polimedición crónica con el empeoramiento del sueño de forma inversamente proporcional.

Destaca que, entre todos los parámetros comparados de la calidad del sueño y sus componentes, el de repercusión diurna es el único en el que no detectamos diferencias; esto se interpreta en que en este componente las puntuaciones más elevadas las presenta la población joven, la cual es más sana y apenas consume polifármacos. Posiblemente, la pun-

tación de este componente tenga más relación con las horas de sueño (los jóvenes, duermen menos horas de las que necesitan) que con cualquier otro factor estudiado.

En conclusión, ante un paciente con polimedición deberíamos tener siempre presente que probablemente su calidad de sueño va a empeorar, lo que nos incitará a añadir más medicación para combatir este síntoma y por tanto estaremos, posiblemente, agravando el problema.

Este trabajo sienta las bases de futuras investigaciones con el fin de determinar, si fuera posible, mediante estudios prospectivos, la causalidad entre número de fármacos y calidad de sueño.

Bibliografía

1. Ferry M. Insomnio iatrogénico. Trastornos del sueño e insomnio en el anciano. Barcelona: Glosa Ed., 1998; 131-140.
2. Vestal RE. Drug use in elderly: a review of problem and special considerations. Drugs 1978; 16: 358-382.
3. Piette F, Ferry M, Soubrie C, Teillet L. Pathologie iatrogène du sujet âgé. París: Ed. Techniques. Encycl Med Clin Thérapeutique 1992; 25004 A10-12.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
5. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: anew instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research 1989; 28: 193-213.
6. Royuela A, Macías JA. Propiedades clínicas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburg. Psiquiatría Biológica 1997; 4 (6): 225-230.
7. Maggi S, Langlois JA, Minicuci N, Grigoletto F, Pavan M, Foley DJ et al. Sleep complaints in community-dwelling older persons: prevalence, associated factors, and reported causes. J Am Geriatr Soc 1998; 46 (2): 161-168.