

## Bibliografía

1. Zieve L. Jaundice, hyperlipidemia and hemolytic anaemia: A heretofore unrecognized syndrome associated with alcoholic fatty liver and cirrhosis. Ann Inter Med. 1958;48:471–96.
2. Márquez Galán F, Moreno Rodríguez A, Pérez Rodríguez E, Jansen Chaparro S, Mangas MC, Aguilera Peña M. Síndrome de Zieve. Anales de Medicina Interna. 2002;19:69–70.
3. Rosado JL, Enríquez L, Sánchez de Cos J. Síndrome de Zieve. Rev Clin Esp. 1985;177:66–7.
4. Fernández Pérez FJ, Pallares Manrique H, Cabello Ramírez M, Piñar Moreno AL, Rebollo Bernández J, Jiménez Sáenz M, et al. Síndrome de Zieve, descripción de un caso clínico. Rev Española de Enfermedades Digestivas. 1996;3:226–9.
5. Piñón P, Valle R Del, Iñigo P. Hiperlipidemia alcohólica y síndrome de Zieve. Medicina Española. 1981;80:311–7.

6. González del Pozo T, Ramos García-Ondina E, Bauza Llorca J, Aliaga Celma F. Síndrome de Zieve. Rev Esp de Enfermedades del Aparato Digestivo. 1987;72:453–4.

Asier Trápaga Ansola<sup>a,\*</sup>, Ana Belén Conde del Pozo<sup>b</sup> y Amaia Basterrika Otxoa<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Médico adjunto de Atención Primaria, C.S. Rekalde, Bilbao, España

<sup>b</sup> Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, C.S. Rekalde, Bilbao, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ASIER.TRAPAGAANSOLA@osakidetza.net (A. Trápaga Ansola).

doi:10.1016/j.aprim.2010.04.016

## La utilización de hipnóticos en Atención Primaria

### The use of hypnotics in Primary Care

Sr. Director:

Desde hace tiempo existe preocupación por el uso de los hipnóticos debido al aumento de su prescripción, el incumplimiento de las guías clínicas y consecuentemente la posibilidad de inducir efectos adversos<sup>1</sup>. Conocer su utilización en Atención Primaria (AP) (principal prescriptor) es fundamental para disminuir la morbilidad. Aunque se han realizado estudios en otras comunidades sobre el manejo de hipnóticos en pacientes de AP, hasta la fecha no en Castilla-La Mancha (CLM), ni específicamente sobre hipnóticos.

Realizamos un estudio multicéntrico y transversal entre los ≥ 18 años con al menos una prescripción de hipnóticos en el 2007, excluyendo terminales. Estratificamos la muestra por principio activo, dada la distinta frecuencia de prescripción y de recomendaciones de uso. Los datos de prescripción se obtuvieron del programa DIGITALIS, que registra los medicamentos facturados al Servicio de Salud de CLM.

Las variables recogidas (historia clínica) fueron: sexo, edad, frecuentación (2007), fármacos con posibles interacciones con hipnóticos, principio activo hipnótico pautado, número de principios activos hipnóticos simultáneos, duración del tratamiento y posología, reacciones adversas, caídas, revisión del tratamiento hipnótico.

En el Área Sanitaria de Toledo se prescribió al 8,2% de la población algún hipnótico en 2007. Siendo los principios activos más frecuentes: lorazepam (58,5%), lormetazepam (13%) y zolpidem (12,2%).

En nuestra muestra de 639 pacientes, con una edad media de  $64,2 \pm 16,7$  años, el 68,2% eran mujeres. La mediana de frecuentación 29 consultas/año (R.I. 23 consultas/año). El 19,4% (I.C. al 95% 16,3-22,5) de los pacientes tomaron 2 ó 3 principios activos hipnóticos simultáneamente. El 73,8% (I.C. al 95% 70,4-77,2) tomaban al menos un fármaco con posible interacción con hipnóticos. La duración del trata-

miento mediana de 78,4 semanas (R.I. 88,5 semanas). El 12,5% (I.C. al 95% 10,2-14,8) de los tratamientos superaban la dosis máxima permitida (fig. 1). Constaban revisiones del tratamiento en el 15% de las historias. Reacciones adversas en el 1,9% (I.C. al 95% 0,84-2,96), además del 4,9% (I.C. al 95% 4-5,8) de pacientes con caídas durante el tratamiento.

La principal limitación fue el infraregistro en la historia clínica. En nuestro área la población que consume hipnóticos (8,2%) parece ser superior a la de otras zonas de España (5,1%)<sup>2</sup>. Quizás porque muchos trabajos se realizan con muestras y nosotros obtenemos el dato de consumo de todo un Área. O simplemente refleja el enorme incremento de su prescripción en los últimos años.

Compartimos con la bibliografía: distribución por principios activos, grupos etarios más consumidores (desde los 45 años aumenta el consumo hasta un pico a los 75 años)<sup>1</sup> y sexo femenino como principal receptor<sup>3,4</sup>. Hay una proporción importante de hiperfrecuentadores, en consonancia con su típico perfil en AP: paciente crónico, anciano o con trastorno mental diagnosticado<sup>5</sup>.

La elevada duración media del tratamiento es compartido por otros estudios<sup>1</sup>. Puede deberse al uso como ansiolítico de algunas benzodiacepinas hipnóticas; pero en muchos casos

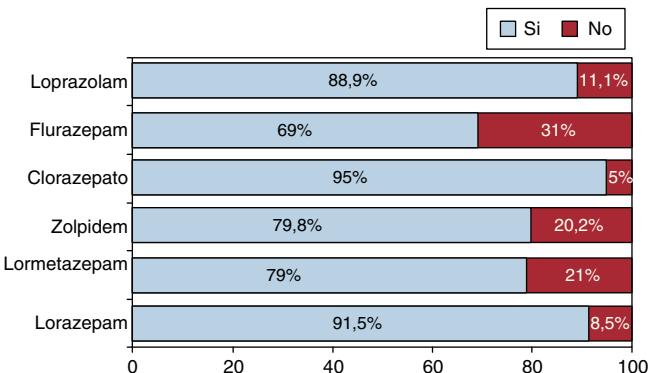


Figura 1 Posología dentro de rango terapéutico por principio activo hipnótico en el Área de Salud de Toledo.

a la dependencia física y psíquica que pueden inducir estos fármacos<sup>6</sup>.

Probablemente los escasos efectos secundarios detectados se deben al infraregistro e, incluso, a su infradiagnóstico. Sólo tenemos constancia de revisiones del tratamiento a 1 de cada 7 pacientes, estando por debajo de otros estudios (63,3%)<sup>6</sup>.

La indicación de dosis superiores a la máxima permitida parece confirmar la falta de supervisión o el conocimiento reducido del manejo de los hipnóticos. En un sentido parecido nos encontramos con el uso simultáneo de varios hipnóticos.

El perfil del consumidor de nuestra área es una mujer de 64 años, hiperfrequentadora, con alto riesgo de interacción medicamentosa, y que toma el hipnótico de forma crónica.

Con estos datos creemos imprescindible fomentar la formación del médico de familia (principal responsable del control integral de los pacientes) sobre estos fármacos.

## Financiación

Este estudio forma parte de un proyecto integral de investigación sobre hipnóticos realizado gracias a una beca de investigación de la FISCAM (exp. PI-2007/16).

## Bibliografía

1. Vedia C, Bonet S, Forcada C, Parellada N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. Aten Primaria. 2005;36:239–47.
2. Secades R, Rodríguez E, Valderrey J, Fernández JR, Vallejo G, Jiménez JM. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a atención primaria en el principado de Asturias. Psi-cothema. 2003;15:650–5.
3. De Teresa G, Vázquez VM, Álvarez AA, Carretero JL, Alonso F, González RM. Influencia de la edad en la calidad de los componentes parciales del sueño en la población general. MEDIFAM. 2001;11:11–5.
4. Royuela A, Macías JA, Conde VJM. Calidad de sueño en ancianos. Psiquis. 2000;21:32–9.
5. Luciano JV, Serrano A, Grupo DASMAP. Los hiperfrequentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. Aten Primaria. 2008;40:631–2.
6. Granados MI, Salinero MA, Palomo M, Aliaga L, García C, Ortega R. Adecuación del uso de las benzodiazepinas zolpidem y zopiclona en problemas atendidos en atención primaria. Aten Primaria. 2006;38:159–64.

Gemma Alejandre Lázaro<sup>a,\*</sup>, Jesús Díaz Aguado<sup>b</sup>, M<sup>a</sup> Ángeles Adán Valero<sup>c</sup> y M<sup>a</sup> Teresa Acín Gericó<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo, Toledo, España; SESCAM

<sup>b</sup> EAP de Buenavista, Toledo, España; SESCAM

<sup>c</sup> Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España; SESCAM

<sup>d</sup> EAP de Ocaña, Toledo, España; SESCAM

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(G. Alejandre Lázaro\).](mailto:galejandre@sescam.jccm.es)

doi:10.1016/j.aprim.2010.04.012