

detectar enfermedades con agregación familiar, al trabajar en el primer nivel asistencial y tener acceso al entorno del paciente.

Otra reflexión a tener siempre en mente es que determinadas enfermedades, síntomas o signos de una afección pueden constituir síndromes familiares. De esta manera se puede contribuir desde la atención primaria al diagnóstico precoz de la enfermedad potencialmente tratable o evitable. Los profesionales deben ser conscientes de que lo esencial en el ejercicio de la práctica médica habitual no es tanto poseer conocimientos absolutos de las diferentes enfermedades, como tener al menos la inquietud de una sospecha diagnóstica que lleve a indagar y a detenerse en ciertos casos para llegar a un diagnóstico certero.

Es inherente a la especialidad la concepción de salud y enfermedad de forma global y familiar y, con una luz e intuición apropiadas y aprendidas, estar alerta ante los casos familiares de enfermedad.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. José Luis López por su oportuna crítica, y a la paciente por su cooperación y predisposición.

Bibliografía

1. Tardón García A, García López EM, Delgado Rodríguez M, Martín Moreno JM. Epidemiología del cáncer: en Piedrola Gil: Medicina Preventiva y salud pública, eds Parras A. 12.ª edición Barcelona: Elsevier Masson, S.L.U; 2015. p. 799. Cap 59.
2. Armona Aquerreta JM. Programa de detección precoz del cáncer colorrectal en Cantabria. Consejería de sanidad y asuntos sociales de Cantabria [consultado Jun 2017]. Disponible en: <http://saludcantabria.es/index.php?page=cancer-colorrectal>
3. American Gastroenterological Association. Early detection of colorectal Cancer (CRC) and adenomatous polyps clinical decision support tool. Gastroenterology. 2014;147:925-926.
4. Itzkowitz SH, Potack J. Colonic polyps and polyposis syndromes. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editores. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016. Chap 126.
5. National cancer institute. Colon cancer treatment (PDQ)-health professional version. Cancer.govweb site. [consultado 2 Feb 2017] Disponible en: <http://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colon-treatment-pdq>. Last modified January 20, 2017.
6. Van Schaeybroeck S, Lawler M, Johnston B. Colorectal cancer. En: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, editores. Abeloff's Clinical Oncology. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2014. Chap 77.
7. Robles L, Balmaña J, Barrel I, Grandes S, Graña B, Guillen C, et al. Consenso en cáncer hereditario entre la Sociedad española de Oncología médica y las sociedades de atención primaria. Semergen. 2013;39:259-66.
8. Kohlmann W, Gruber S. Lynch syndrome: Gene Reviews. 2014 [consultado Jul 2017]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1211/>
9. Pruebas genéticas & Prevención del Cáncer para el síndrome de Lynch. Genetic Alliance and Lynch Syndrome International [consultado Jul 2017]. Disponible en: http://www.geneticalliance.org/sites/default/files/publicationsarchive/LS1_SPANISHGeneticTestingCancerPreventionSPANISH.pdf.
10. Cáncer colorrectal hereditario no polipósico. Fundación Española del aparato digestivo (FEAD). Disponible en: <http://www.saludigestivo.es/es/enfermedades-digestivas/intestino-grueso/cancer-hereditario-no-poliposico.php>.

I. Martínez Grau^{a,*}, M. Alonso Santiago^a,
M.R. Cobo Rossell^a y S. Melgosa Moreno^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Los Corrales de Buelna, Los Corrales de Buelna, Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabelma59@yahoo.es
(I. Martínez Grau).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.02.009>
1138-3593/

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Pulseras de actividad como ayuda a la deprescripción de hipnóticos



Smart wristbands to help in the deprescription of hypnotics

Las benzodiazepinas e hipnóticos Z (zolpidem y zopiclona) no son eficaces para el tratamiento del insomnio crónico, excepto para la fase aguda, e incrementan notablemente el riesgo de efectos adversos (incluyendo delirio, caídas y fracturas)^{1,2}. A pesar de que la mayoría de las organizaciones y sociedades científicas no las recomiendan, estudios recientes sitúan a España por encima de la media europea con una prevalencia al año de un 22,3%³, que puede llegar al 57-59%

en pacientes ancianos⁴. Una de las principales dificultades para su deprescripción es el rechazo del paciente⁵, por lo que nos planteamos si dicho rechazo podría estar motivado por una falta de comprensión y una percepción alterada del sueño, y si la actigrafía de muñeca junto con un breve programa de educación al paciente podría facilitar al clínico su deprescripción.

Para ello se decide realizar un estudio en un centro residencial, una vez obtenida la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud. El facultativo, dentro de su práctica clínica habitual, selecciona a los pacientes que deben cumplir los siguientes criterios: estar en tratamiento durante más de un mes con fármacos del grupo ATC N05B ansiolíticos y/o N05C hipnóticos y sedantes, tener capacidad para prestar su consentimiento y entender

Tabla 1 Duración del sueño (minutos) percibida vs. actigrafía; actigrafía con hipnótico vs. actigrafía sin hipnótico

N.º de paciente	Duración sueño (minutos) Percepción	Real	Con hipnótico	Sin hipnótico
1	240	379	379	559
2	420	540	540	509
3	60	440	440	511
4	180	554	554	461
5	300	493	493	370
6	180	599	599	534
7	240	439	439	531
8	240	564	564	371
9	420	467	467	453
10	480	463	463	472
11	300	513	513	Sin datos
12	360	542	542	500
13	480	454	379	Sin datos
<i>p</i> ^a	0,003		0,424	

^a Prueba de rangos de Wilcoxon para datos apareados.

el propósito del estudio y no tener enfermedad psiquiátrica o terminal.

Se define insomnio, según los criterios de la International Classification of Sleep Disorders, como una duración total del sueño inferior a 5-6 h o despertares (Wake time after Sleep Onset) de más de 30 min con afectación diurna (malestar, fatiga, quejas, deterioro actividad, somnolencia). Para la monitorización del sueño se adquiere una pulsera de actividad que registra la duración total, la calidad (ligero/profundo) del sueño y los despertares. Las variables recogidas son: número identificativo del paciente, hipnótico con su duración y dosis actual, fecha de la sesión, tiempo medio que el paciente estima dormir, fecha de monitorización, tiempo real de sueño ligero, profundo y total monitorizado. En la primera entrevista responden al cuestionario de percepción del insomnio y se les proporciona material educativo sobre la fisiología del sueño, medidas de higiene, eficacia y efectos adversos de estos fármacos a largo plazo. El sueño se monitoriza antes y tras cada modificación del tratamiento (media de sesiones por paciente = 3,4; DE = 0,9, y media de monitorizaciones = 6,6, DE = 3,0). Las comparaciones se realizan con la prueba no paramétrica de Wilcoxon para datos emparejados, aceptándose un nivel de significación de $p < 0,05$. Iniciamos el estudio en marzo de 2017 y seis meses después se han monitorizado a 14 pacientes (4 en tratamiento con zolpidem 10 mg; 1 con zolpidem 5 mg; 3 con lormetazepam 2 mg; 1 con lormetazepam 1 mg; 4 con lorazepam 1 mg, y 1 con lorazepam 0,5 mg). Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la percepción del sueño y la duración real registrada ($p = 0,003$) (tabla 1). Tras la confrontación de estos resultados con el paciente y una vez explicados los síntomas de discontinuación (mayor sensibilidad, dolor muscular, temblores, hormigueos, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria...), se inicia el proceso de deprescripción en 13 pacientes (en un paciente se decide posponer el estudio tras tramitar un cambio de habitación ya que refiere dificultad para dormir por molestias ocasionadas por su compañera). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la duración del sueño

con tratamiento farmacológico y sin tratamiento ($p = 0,424$) (en 2 pacientes no se dispone de registro sin hipnótico ya que una vez finalizado el tratamiento no desean volver a monitorizarse) (tabla 1).

En 2 pacientes se ha tenido que reiniciar el fármaco a dosis bajas a los 2 y 5 meses después de haber finalizado el tratamiento. En nuestra opinión, a pesar del limitado número de pacientes del estudio, la actigrafía de muñeca puede facilitar de manera muy significativa la deprescripción de estos fármacos al clínico; sin embargo, debe acompañarse de un programa de terapia cognitiva de apoyo para el mantenimiento a largo plazo.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Fick DM, Semla TP, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, DuBeau CE, et al., American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63: 2227-46.
2. Reeve E, Ong M, Wu A, Jansen J, Petrovic M, Gnjdjic D. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *Eur J Clin Pharmacol.* 2017;73:927-35.
3. Khong TP, de Vries F, Goldenberg JSB, Klungel OH, Robinson NJ, Ibáñez L, et al. Potential Impact of Benzodiazepine Use on the Rate of Hip Fractures in Five Large European Countries and the United States. *Calcif Tissue Int.* 2012;91:24-31.
4. Martinsson G, Fagerberg I, Wiklund-Gustin I, Lindholm C. Specialist prescribing of psychotropic drugs to older persons in Sweden - A registered-based study of 188.024 older persons. *BMC Psychiatry.* 2012;12:197.

5. Lasserre A, Younes N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, et al. Psychotropic drug use among older people in general practice: Discrepancies between opinion and practice. Br J Gen Pract. 2010;60:156–62.

M. Madrid González* y M. Guerra de Prado

Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martmagon6@hotmail.com

(M. Madrid González).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.03.012>

1138-3593/

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.