Originales

ESTUDIO SOBRE EL CONSUMO DE HIPNÓTICOS POR ANCIANOS EN LAS CIUDADES DE ZARAGOZA, HUESCA Y TERUEL

M.E. Bello-Brau[a], C. Morales-Blanquez[a], F. Abad-Alegría[b] y E. Rubio Calvo[a]

[a]Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.
[b]Servicio de Neurofisiología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. España.

RESUMEN

Los ancianos presentan alta prevalencia de insomnio y por tanto de consumo de fármacos hipnóticos. Nuestro objetivo es determinar mediante un cuestionario cómo se consumen los hipnóticos en esta población, valorando las características demográficas (sexo, edad) y clínicas (tipo de insomnio, hipnótico utilizado, médico prescriptor, tiempo de tratamiento, pauta de prescripción y dosis utilizadas en ancianos en comparación con las dosis diarias recomendadas [DDR]) para adultos.

El estudio es de corte transversal y se ha realizado en mayores de 65 años, encuestados al retirar un hipnótico en las oficinas de farmacia de las ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel.

Los resultados de nuestro análisis han sido: el 50,5% de los encuestados presenta problemas de conciliación de sueño, el 35,3% se despierta frecuentemente por la noche y el 36,3% despierta prematuramente. Un 15% no especifica cuál es el más habitual de los 3 trastornos.

El 74,7% de los ancianos pertenecientes a la muestra total consume medicación para dormir (el 73,5% mujeres y el 77,2% varones), de los cuales el 86,4% consume diariamente hipnóticos y el 83,1% supera el tratamiento en más de 3 meses.

Los médicos de cabecera prescriben el 84,3% y los especialistas el 13,7%, y existe relación entre médico general y tratamiento prolongado.

El médico de familia debe incrementar la calidad de las prescripciones, ya que las dosis prescritas en los pacientes geriátricos no suelen ser las adecuadas, la pauta de consumo no es la óptima y el tiempo de tratamiento es excesivamente prolongado.

Palabras clave: Prescripción de hipnóticos. Tratamiento en ancianos. Insomnio.

STUDY ON THE CONSUMPTION OF HYPNOTICS BY OLD PEOPLE IN THE CITIES OF ZARAGOZA, HUESCA AND TERUEL

ABSTRACT

Aged people correspond to a population group susceptible to insomnia, and as a result, to hypnotic drugs consume. Our objective is to determine how this group consume hypnotics. For that reason we will use a questionnaire to stratify the people belonging to the group. The questionnaire will be focused on determining: a) Demographic factors, such as age or sex and, b) Clinical factors, such as insomnia or hypnotic type, doctor, treatment duration, administration schedule or dosage frequency vs. recommended daily dosage (DDD).

The analysis performed was achieved over a cross sectional design on aged people over 65 years old surveyed when purchasing hypnotics at Zaragoza, Huesca and Teruel chemistries.

Results and conclusions of our analysis are subsequently detailed: 74,7% of the sample consume hypnotics for sleep (73.5% women and 77.2% men). 50.5% of the sample showed "starting to sleep" problems, meanwhile 35.3% constantly woke up and 36.3% woke up before expected; 15% of the sample could not specify which disorder was the most regular;

86.4% of the sample daily consume hypnotics and over 83% was treated over 3 months.

General practitioner prescribe to 84.3% of the sampled population (the rest is prescribed by specialists) and there was a significant correlation between those physicians and long term treatments.

Therefore, we consider that general practitioners have to improve the "quality" of prescriptions, decreasing both dosage and length of the treatments, currently excessive in most cases.

Key words: Hypnotic presciptions. Treating in elderly. Insomnia.

Correspondencia: *M. Elena Bello-Brau. Centro de Salud de Andorra. Av. Huesca, s/n. 44500 Andorra. Teruel. España.*
Correo electrónico: elenbra01@hotmail.com

ESTUDO SOBRE O CONSUMO DE HIPNÓTICOS POR IDOSOS NAS CIDADE ZARAGOZA, HUESCA E TERUEL

RESUMO

Pessoas idosas apresentam alta prevalência de insónia e de consumo de fámacos hipnóticos. Nosso objectivo é, através de um questionário, determinar como são consumidos os hipnóticos por esta população, avaliando características demográficas (sexo e idade) e clínicas (tipo de insónia, fármaco utilizado, origem da prescrição médica, tempo de tratamento, modo de prescrição e doses utilizadas em idosos em comparação com as DDR –Dose Diária Recomendada– para adultos).

O estudo é de corte transversal e foi realizado em maiores de 65 anos inquiridos ao levantar um fármaco nas farmácias das cidade de Zaragoza, Huesca e Teruel.

Os resultados de nossa análise foram os seguintes: 50,5% dos inquiridos apresentam problemas em iniciar o sono, 35,3% desperta frequentemente durante a noite e 36,3% desperta precocemente. Dos inquiridos, 15% não especifica qual dos 3 transtornos é o mais frequente.

Cerca de 74,7% dos indivíduos do total da amostra consomem medicação para dormir (73,5% do total de mulheres e 77,2% do total de homens). Destes, 86,4% concomem diariamente hipnóticos e 83,1% prolonga o tempo de tratamento em mais de 3 meses.

As prescrições são feitas por médicos de família em 84,3%, enquanto 13,7% são de especialistas, havendo relação significativa entre médico generalista e longo tratamento.

Consideramos que os médicos generalistas devem melhorar a "qualidade" das prescrições, reduzindo as doses e a duração dos tratamentos, quase sempre excessivas na maioria dos casos.

Palavras-chave: Prescriçoes de hipnóticos. Tratamento em idosos. Insónia.

INTRODUCCIÓN

La demanda social de fármacos utilizados para dormir está aumentando debido a factores de tipo fisiológico, patológico y ambiental que originan insomnio. En los ancianos, los trastornos del sueño son muy comunes como consecuencia de enfermedades psiquiátricas, procesos médicos, hábitos de sueño inadecuados, situaciones afectivas sociales y familiares, enfermedades primarias del sueño o simplemente como consecuencia de una modificación de la estructura natural del sueño por el envejecimiento. Considerada la alta prevalencia de insomnio, que en España oscila entre el 17 y el 43%[1-6], su influencia en la calidad de vida y el progresivo envejecimiento de la población hace que podamos afirmar que el insomnio en ancianos representa un problema de salud pública con repercusiones médicas y sociales de primer orden.

La mayoría de los fármacos usados como hipnóticos son benzodiacepinas o medicamentos que actúan farmacológicamente como ellas. Las benzodiacepinas son medicamentos seguros, aunque ello no significa que estén exentos de riesgos; conocemos, entre otros, su efecto depresor del centro respiratorio.

El envejecimiento está asociado al insomnio, por lo que los ancianos figuran entre los mayores consumidores de estos fármacos, que además, por su sensibilidad farmacológica, experimentan en mayor medida los efectos beneficiosos y los perjudiciales. También factores como la polimedicación y multitud de disfunciones fisiológicas asociadas a enfermedades crónicas modifican la farmacocinética de los fármacos. Por ello, es importante conocer hasta qué punto está afectada esta población por dosis inadecuadas a su situación funcional y por tratamientos innecesariamente prolongados. No resulta extraño que algunos autores[7] investiguen la relación existente entre las benzodiacepinas y las caídas que originan roturas de cadera en ancianos.

Queremos determinar cómo se están prescribiendo estos fármacos a la población mayor de 65 años, y para ello hemos realizado un estudio sobre las prescripciones que se dispensan en las oficinas de farmacia de las ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel.

El objetivo es valorar la correcta utilización de estos fármacos por la población anciana insomne, considerando las variables demográficas (sexo, edad) y clínicas (tipo de insomnio, tipo de hipnótico prescrito y tipo de médico prescriptor). Pretendemos también determinar la proporción de usuarios de largo tratamiento (más de 3 meses) y la frecuencia de las pautas de administración, así como comparar las dosis utilizadas por los ancianos con la dosis diaria recomendada (DDR) para adultos.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra obtenida corresponde a la población mayor de 65 años que respondió a la encuesta realizada y que retira medicación con posible uso hipnótico en las farmacias de las ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel.

Con objeto de obtener una muestra representativa de la población a estudiar, en la ciudad de Zaragoza repartimos los cuestionarios en farmacias ubicadas en cada zona básica de salud. En Huesca y Teruel, al ser

zona única, el criterio seguido fue distribuir los cuestionarios en las distintas oficinas de farmacia de las ciudades. Participaron dos farmacias de la ciudad de Jaca que anexionamos a los resultados de Huesca.

En total repartimos 900 encuestas proporcionalmente a la población mayor de 65 años en las ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel y finalizamos el estudio en junio de 2002.

Planteamos el diseño del estudio de corte transversal, realizándose la encuesta por el personal de la farmacia en el acto de dispensar la medicación hipnótica.

Cuestionario

El cuestionario modelo (fig. 1) está basado en modificaciones del empleado por el Instituto de Salud Carlos III en un estudio similar y validado durante 2 semanas, con inclusión de sus resultados en el estudio.

Con la finalidad de mantener la privacidad profesional, la parte superior del cuestionario con el nombre y apellidos del paciente quedaba bajo custodia de la oficina de farmacia por si fuera necesario un posterior contacto y a la parte inferior necesaria para de procesamiento de datos se le asignó un número coincidente con el de la parte superior.

Tratamiento estadístico

En las variables discretas no gaussianas, para la comparación de proporciones entre 2 muestras o más independientes, el método aplicado fue la prueba de la χ^2 y la exacta Fisher para porcentajes menores el 5%. Consideramos el valor de significación $p < 0,05$. Para el procesamiento de los datos utilizamos el paquete estadístico SPSS para Windows 9.0.

RESULTADOS

Características demográficas

El total de encuestas recogidas fue de 786, de las que incluimos en el estudio como válidas 660 y obtuvimos como muestra de consumidores de hipnóticos mayores de 65 años un total de 493 casos. El 66,3% de esa muestra está representada por mujeres. El grupo de edad mayoritario, tanto en varones como en mujeres, pertenece al de 65 a 74 años, representado en las 3 ciudades por un 60% aproximadamente (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra con medicación hipnótica

Sexo	Edad (años)		Total
	65-74	> 74	
Mujeres (%)	194 (39,4)	133 (27,0)	327 (66,3)
Varones (%)	103 (20,9)	63 (12,8)	166 (33,7)

Características clínicas

El 74,7% de los ancianos encuestados pertenecientes a la muestra total consume medicación para dormir. El porcentaje de mujeres consumidoras respecto al total de la muestra femenina es el 73,5%, mientras que entre los varones es del 77,2%.

En la distribución de los trastornos del sueño, el 50,5% de la muestra presenta problemas de conciliación, mientras que padecer despertares frecuentes durante la noche o dormir pocas horas representa el 35,3 y el 36,3%, respectivamente. Un 15% de la muestra, aunque tenía trastornos, no pudo especificar cuál de los tres indicados era el más habitual en su sueño.

Nuestro estudio indica que un 67,1% de los pacientes geriátricos consume medicación durante más de 1 año y el 83,1% supera los 3 meses de tratamiento.

Otro aspecto analizado es la procedencia de las prescripciones; nuestros resultados indicaron como principales emisores a los médicos de cabecera (84,3%), muy por encima de las prescripciones de los especialistas (13,7%) (fig. 2)

El contraste del tiempo de tratamiento con el del médico prescriptor muestra relación de dependencia entre ambas variables, asociando el largo tratamiento a la prescripción del médico general (el 67,5%; $p < 0,05$).

En el seguimiento de la pauta posológica de la muestra, los pacientes geriátricos consumen diariamente esta medicación y con ambos sexos en similar proporción (tabla 2).

La media de dosis de consumo de los 8 medicamentos más prescritos, según nuestro estudio para esta población, está representada en la tabla 3, en la que comparamos las DDR para adultos con las DDR para ancianos. Destacamos en negritas las que sobrepasan las cantidades recomendadas para esta población, es decir, entre la mitad y un tercio de las dosis diarias definidas para adultos[8,9].

Sello

DISPENSACIÓN DE HIPNÓTICOS EN FARMACIAS

FARMACIA N.º . . . . . Fecha dispensación . . . . . .

PACIENTE N.º . . . . . Apellidos/Nombre . . . . . .

CN y/o especialidad . . . . . .

DISPENSACIÓN DE HIPNÓTICOS EN FARMACIAS: RECOGIDA DE DATOS

FARMACIA N.º . . . . . PACIENTE N.º . . . . . Edad 1. 65-74 años . . . . . Sexo 1. Mujer

2. 75 años . . . . . 2. Varón

PRESCRIPCIÓN 1. Atención primaria 2. AP especialista/Hospital 3. Otras

TRATAMIENTO ACTUAL . . . . . Fecha dispensación . . . . . .

. . . . . Especialidad (CN y/o nombre). . . . . .

P. 1. ¿Toma esta medicación porque no puede dormir bien?

1. Sí (continuar el cuestionario)
2. No
3. No sabe/No contesta

. . . . . .

. . . . . .

P. 2. El trastorno del sueño es porque : . . . . . (pueden indicarse varias razones)

1. Tarda mucho en dormirse
2. Duerme pocas horas
3. Se despierta muchas veces
4. No puede concretarlo

P. 3. ¿Desde cuándo toma este medicamento?

1. Primera vez
2. Menos de 1 mes
3. De 1 a 3 meses
4. Más de 3 meses
5. Más de 1 año
6. No lo recuerda

P. 4. ¿Cuál es la pauta posológica? (n.º unidades/día):

1. Diario
2. Intermitente pautado fijo
3. Intermitente cuando lo necesita

P. 5. ¿Coinciden los datos del paciente con los de la receta? 1. Sí 2. No

P. 6. Los datos se han recogido:

1. Directamente del paciente
2. Según la receta (cuando no se hayan podido obtener del paciente las contestaciones)

OBSERVACIONES. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Sello

Figura 1. Cuestionario empleado distribuido en las farmacias para la recogida de datos.
El cuestionario está dividido por una doble línea continua. La parte superior queda bajo custodia de la farmacia para preservar el anonimato del encuestado. La parte inferior es devuelta para el procesamiento de los datos. Para facilitar a los encuestadores la cumplimentación del cuestionario dispone de espacio para el sellado con el cuño de la farmacia.
Las preguntas P. 5 y P. 6 están introducidas como sistema de control.

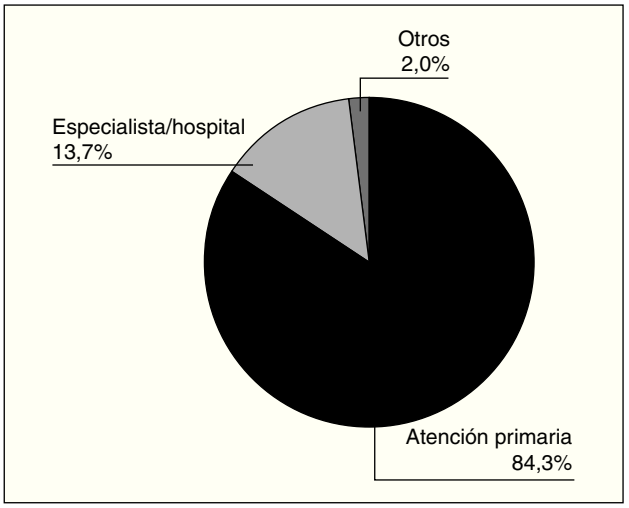

Figura 2. Representación del porcentaje de médicos prescriptores de hipnóticos.
Representamos el porcentaje de prescripción de hipnóticos por médicos de atención primaria, médicos especialistas u hospital y en otros incluimos médicos privados.

Tabla 2. Variables clínicas y utilización de hipnóticos

Tratamiento para dormir	
Mujeres (%)	327 (73,5)
Varones (%)	166 (77,2)
Tipo de insomnio	
Tarda en dormirse (%)	249 (50,5)
Frecuentes desvelos (%)	174 (35,5)
Se despierta pronto (%)	179 (36,3)
Médico prescriptor	
Atención primaria (%)	416 (84,4)
Especialista (%)	67 (13,6)
Tiempo de tratamiento	
< 3 meses (%)	83 (16,8)
3 meses-1 año (%)	79 (16,0)
> 1 año (%)	331 (67,1)
Pauta posológica	
Diaria (%)	426 (86,4)

DISCUSIÓN

Nuestro estudio está dirigido a una población mayoritariamente consumidora de fármacos para dormir, con el fin de conocer la necesidad de su apropiada prescripción y su correcta utilización. Los resultados muestran que nuestros mayores consumen la medicación hipnótica diariamente, durante largos períodos, con una posología inadecuada para esta edad.

Los hipnóticos son de gran ayuda en el tratamiento del insomnio; sin embargo, debemos asociarlos a unas medidas higiénicas del sueño y a una terapia conductual. En la entrevista con el paciente, el médico debe valorar su tipo de insomnio, si existe una enfermedad subyacente y su estado psíquico-físico.

Según otros estudios, la prescripción de medicación hipnótica estimada en los mayores de 65 años oscila entre el 9 y el 15%, y entre la medicación recomendada destacan las benzodiacepinas[10,11].

No hemos valorado el consumo de otros grupos de fármacos de consecuencias hipnóticas, hipnóticos OTC (*over the counter*, sin receta), plantas medicinales, centrando el estudio en el tratamiento del sueño con benzodiacepinas e hipnóticos no benzodiacepínicos. Ante la imposibilidad de conocer, por la forma

Tabla 3. Fármacos más prescritos para el tratamiento del insomnio y comparaciones de las dosis geriátricas con las dosis diarias decomendadas (DDR) en adultos

	DDR adultos (mg)	Media ± desviación estándar	Rango	Recuento (%)
Alprazolam[a]	0,25-0,5	0,547 ± 0,786	0,125-5	36 (7,3)
Bromazepam[a]	1,5-6	1,94 ± 0,881	1,5-4,5	17 (3,4)
Clorazepato[a]	5,15	9,375 ± 7,695	5-45	40 (8,1)
Diazepam[a]	2-10	7,500 ± 4,082	5-20	16 (3,2)
Ketazolam[a]	15-60	21,776 ± 7,609	15-30	17 (34)
Lorazepam[a]	1-2	1,238 ±1,199	0,5-10	129 (26,2)
Lormetazepam[a]	1-2	1,427 ± 0,755	0,5-6	126 (25,6)
Zolpidem[a]	10	9,861 ± 2,531	5-20	36 (7,3)

[a]Según la literatura médica, sobrepasan las DDR para ancianos, es decir, entre la mitad y un tercio de las DDR para adultos.

diseñada del estudio, si el tratamiento prescrito es utilizado para dormir o para otras finalidades, no consideramos conveniente comparar nuestros datos con los aportados por la industria farmacéutica, la facturación del Sistema Nacional de Salud o el registro de ventas de los almacenes distribuidores.

Optamos por compararlos con las series obtenidas por Rayón et al[12] (1996) en un estudio similar; no obstante, debemos puntualizar que su muestra comprende todos los grupos de edad a partir de 18 años, mientras que en la nuestra sólo ha participado la población mayor de 65 años. En el estudio de Rayón et al, los valores de la muestra anciana consumidora de hipnóticos se sitúan alrededor del 68,09% en las mujeres y el 31,53% en los varones; nuestros valores ascienden al 73,5% en las mujeres, cifra superior pero aproximada, y al 77,2% en los varones, como vemos, muy superior a la indicada por Rayón et al[12].

De mantenerse así, es previsible que se incremente paulatinamente en los próximos años, debido a la incorporación de nuevos consumidores y al aumento de la esperanza de vida de nuestra población.

Cuando hemos dividido la muestra entre 2 grupos de edad, consumidores mayores (entre 65 y 74 años, ambos inclusive) y consumidores muy mayores (mayores de 74 años), para comparar, no hemos encontrado diferencias significativas que nos aporten más información sobre el consumo.

Tampoco nos aporta relación alguna la clase de hipnótico prescrito y el tipo de trastorno que padece el paciente. En nuestros resultados referentes al sueño de conciliación obtuvimos que un 50,5% padece este tipo de trastorno (el 53,2% mujeres y el 45,2% varones; $p > 0,05$), similar al obtenido por Rayón et al[12] en su muestra de ancianos (57%). No sucede lo mismo con los desvelos frecuentes, en los que nuestra muestra insomne es del 35,3% (el 35,2% mujeres y el 35,5% varones; $p > 0,05$), inferior a la presentada por Rayón et al[12] (59%).

Las recomendaciones de Herings et al[7] (1995) de no prolongar la terapia durante más de 6-8 semanas no están suficientemente asentadas. Para Aguyé et al[13] (1986) la utilización crónica de benzodiacepinas incide en la magnitud de cifras de consumo presentadas, así como la presión publicitaria a la que está sometido el prescriptor por la industria farmacéutica. Prueba de ello es que las benzodiacepinas lorazepam y lormetazepam, normalmente prescritas como medicación para dormir en la población anciana a pesar de que su semivida supera las 8 h de sueño, muestran un incremento de consumo en España desde su ascenso al primer y segundo puesto de consumo en 1994[14,15], manteniendo actualmente una fuerte demanda, como hemos podido comprobar en nuestro estudio.

También puede considerarse como factor influyente la falta de formación somnológica en los estudios de la licenciatura y la carencia de cursos de posgrado que instruyan sobre este tema.

Pensamos que la opinión de Owen et al[16] nos advierte de la importante cantidad de personas que entran en contacto con estos medicamentos y se hacen consumidores crónicos, constituyendo un remanente al que se les añaden otros nuevos consumidores, elevando indefinidamente la prevalencia de consumo. Una mirada retrospectiva a la bibliografía nos confirma esta situación de prevalencia de largo tratamiento[10,12,17-21]; en estos trabajos encontramos una clara orientación hacia las mujeres y hacia la población anciana con enfermedades físicas crónicas[10,20-22].

A este patrón de consumo hemos de añadir una pauta de tratamiento diaria, cuando los autores expertos en este tema aconsejan una pauta intermitente. En nuestros resultados, el consumo habitual diario de los ancianos es del 86,4%, así como en la muestra anciana de Rayón et al[12] (88,3%) y en la de Redondo Martínez et al[6] (74,6%). Esta situación hace que nos planteemos por qué se sigue prescribiendo para uso diario esta medicación si numerosas publicaciones aconsejan interrumpir el tratamiento durante breves períodos[23,24]. Aunque son necesarios más estudios que avalen la eficacia y que nos permitan establecer criterios más rigurosos, el profesional que prescriba estos fármacos es preferible que opte siempre por instaurar una pauta intermitente frente a una pauta continua.

La vida media de las benzodiacepinas aumenta por una disminución del metabolismo asociado al envejecimiento, por lo que para evitar la sobredosificación es conveniente prescribir en dosis eficaces pero mínimas. El estudio de Rayón et al[12] muestra una abusiva utilización de dosis altas en pacientes geriátricos, y sin diferencias entre las dosis de ancianos y las de adultos. Esta situación no sólo no se ha corregido, sino que según nuestros datos la tendencia se mantiene e incluso aumenta, como en el caso del lormetazepam, cuya DDR para adultos es de 1 mg en el estudio de Rayón et al[12] ($1,2 \pm 0,5$) y en el nuestro ($1,4 \pm 0,75$).

El médico de familia es el primero que tiene conocimiento del problema de sueño en el anciano y, al ser el principal prescriptor, como se ha demostrado en otras series[12,25,26] y en la nuestra (84,4%), considera-

mos que debe ser el primero en recibir una correcta información sobre el uso adecuado de estos fármacos, evitar prolongadas e innecesarias prescripciones a sus pacientes geriátricos y ser más rigurosos en la prescripción[27].

La mayoría de los pacientes con insomnio aceptan sin dudar la recomendación del médico para sus problemas de sueño y éstos rara vez investigan sobre la causa del problema[28], o bien poseen poca información relativa al sueño y sus alteraciones[29,30]. La consecuencia de esta situación es el posible error médico al no determinar los factores causales ante un insomnio[31].

Por ello, no es de extrañar que en nuestro estudio el 67,5% de las recetas prescritas por el médico de atención primaria sea para un tratamiento de más de 1 año, cuando sería conveniente que existieran revisiones periódicas.

Ningún hipnótico es capaz de inducir al sueño fisiológico. Además, provocan un enlentecimiento de las funciones cognitivas y psicomotoras[32,33]. Los hipnóticos no benzodiacepínicos respetan más la arquitectura del sueño[34-36], aunque no disponemos de estudios a largo plazo sobre ellos para conocer los posibles efectos tardíos. Tampoco disponemos de seguimientos largos con benzodiacepinas de vida media corta ni con melatonina y, sin embargo, se emplean en tratamientos prolongados.

En el estudio de Rayón et al[12] las benzodiacepinas más prescritas para la población mayor de 65 años son las de semivida intermedia, lorazepam y lormetazepam, al igual que en nuestro estudio, que representan ambos el 76,9% de las prescripciones totales. Estos datos nos indican la utilización de fármacos cuya vida media supera los límites de descanso nocturno, en una población en la que además su capacidad metabólica está disminuida, por lo que el efecto acumulativo es mayor.

Queremos destacar la importante disminución en la prescripción de la benzodiacepina de vida media corta triazolam, que en el estudio de Rayón et al[12], tras su regulación por la autoridades sanitarias españolas en 1992, representaba un porcentaje de dispensación del 9,5%, y en nuestro estudio desciende hasta un 0,6%.

Las benzodiacepinas son los fármacos psicotropos más comúnmente prescritos en ancianos[11] y en especial para trastornos del sueño[6]. Sin embargo, las benzodiacepinas producen efectos adversos dependientes de la dosis típicos de hipnóticos-sedantes, a pesar de mantener una relación terapéutica/tóxica más alta que otros fármacos[37]. Además, los efectos potenciales adversos se acentúan con la práctica de la polimedicación, con importantes consecuencias para los ancianos, ya que éstos toman una media de 2-3 medicamentos y la elección de la medicación apropiada para dormir, así como sus pautas de tratamiento, pueden controlarse desde atención primaria[28,38].

Agradecimientos

A Pilar Rayón y al personal de las farmacias que ha contribuido a la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. González de Rivera JL. El insomnio como queja subjetiva en la población general. An Psiquiatr. 1991;7:372-6.
2. González-García Portillo P, Pedregal Sánchez JA, López JI, et al. Sueño, deterioro orgánico y salud general en la población involutiva. Estudio en una Zona Básica de Salud de Oviedo. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr. 1991;19:191-9.
3. Miralles C, Llevadot M, Cabezas C, et al. Estudio de la prevalencia de insomnio en un ABS de Hospitalet de Llobregat. Aten Primaria. 1992;10:999-1000.
4. Blanquer JJ, Ortola P, Rodríguez JJ, et al. Análisis epidemiológico del insomnio en un centro de atención primaria. Aten Primaria. 1994;14:609-14.
5. García Jiménez MA, Núñez Acebron JL, Martínez Linuesa R, et al. Prevalencia de insomnio en personas mayores de 65 años de una población rural. Vigilia y Sueño. 1996;8:90.
6. Redondo-Martínez MP, Salcedo-Aguilar F, García-Jiménez MA, et al. Prevalencia de insomnio y consumo de psicofármacos en ancianos de una zona básica de salud en Cuenca. Aten Primaria. 2000;25:400-4.
7. Herings RM, Stricker BH, De Boer A, et al. Benzodiazepines and the risks of falling leading to femur fractures. Dosage more important than elimination half-life. Arch Intern Med. 1995;155:1801-7.
8. Allen RM. Tranquilizers and sedative/hipnotics: appropiate use in the elderly. Geriatrics. 1986;41:75-88.
9. Lewis S. Doses of hypnotics. Lancet. 1993;342:982.
10. Morgan K, Dallosso H, Ebrahim S, et al. Characteristics of subjetive insomnia in the elderly living at home. Age Ageing. 1988;17:1-7.
11. Skoog I, Nilsson L, Landahl S, et al. Mental disorders and the use of psychotropic drugs in an 85-years old population. Int Psychoger. 1993;5:33-8.
12. Rayón P, Serrano-Castro M, Del Barrio H, et al. Hypnotic drug use in Spain: A cross-sectional study based on a network of comunity pharmacies. Ann Pharmacother. 1996;30:1092-2000.
13. Aguyé A, Mengual A, Soler A, et al. Consumo de benzodiacepinas en AP: yatrogenia derivada de su uso. Aten Primaria. 1986;3:340.

14. Millán Rusillo MT, Muzquiz Vicente-Arche R. Evolución del consumo de benzodiacepinas en España durante los años 1982-1986. Comunidad y Drogas. 1988;10:9-29.
15. Martin Arias LH, Carvajal A, Martín de Diego I, et al. Before and after triazolam: changes in the consumption of hypnotics in Spain. Br J Clin Pharmacol. 1995;40: 289-90.
16. Owen T, Tyrer P. Benzodiacepine dependence. A review of the evidence. Drugs. 1983;25:385-98.
17. Isacson D, Carsjök K, Bergman U, et al. Long-term of benzodiacepines in a Swedish community: an eight-year follow-up. J Clin Epidemiol. 1992;45:429-36.
18. Isacson D, Bingefors K, Wennberg M, et al. Factors associated with high-quanty prescriptions of benzodiacepines in Sweden. Soc Sci Med. 1993;36:343-51.
19. Mant A, Duncan-Jones P, Saltzman D, et al. Development of long-term use of psychotropic drugs by general practice patiens. BMJ. 1988;296:251-4.
20. Quera-Salva MA, Mc Cann CC, Boudet J, et al. Effect of zolpidem on sleep on sleep architecture, ventilation and blood pressure in heavy snorers. J Sleep Res. 1992;1 Suppl 1:188.
21. Nolan L, O´Malley K. Patients, prescribing, and benzodiacepines. Eur J Clin Pharmacol. 1988;35:225-9.
22. Williams P. Factors influencing the duration of treatment with psychotropic drugs in general practice: a survival analysis approach. Psychol Med. 1983;13:623-33.
23. Walsh JK, Roth T, Randazzo A, et al. Eight weeks of non nightly use of zolpidem for primary insomnia. Sleep. 2000;23:1807-96.
24. Cluydts R, Peeters K, De Bouyalsky I. Comparison of continuous versus intermittent administration of zolpidem in chronic insomniacs: a double blind, randomized pilot study. J Int Med Res. 1998;26:13-24.
25. Royo Sarto M, Vallés Paúles C, Gutiérrez Moreno F, et al. Análisis de la utilización de benzodiacepinas en Atención Primaria. Archivos de la Facultad de Medicina. 1989;29:66-70.
26. Gené J, Soler M, Blay C, et al. ¿Consumimos muchas benzodiacepinas? Med Clin (Barc). 1987;89:240-3.
27. Rickels K. Are benzodiacepines overused and abused? Br J Clin Pharmacol. 1981;11 Suppl:71S-83S.
28. Martin C, Zarcone V. Insomnia as presented to the private practice of a general physician. Sleep Research. 1979;8:201.
29. Haponik EF. Sleep disturbances of older persons: physicians attitudes. Sleep. 1992;15:168-72.
30. Dement W. The medical curriculum consensus workshop consensus document. Sleep. 1988;11:566-70.
31. Everitt DE, Avorn J. Clinical decision-making in the evaluation and treatment of insomnia. Am J Med. 1990; 89:357-62.
32. Roth T, Roerhs T, Wittig RM, et al. Benzodiacepine receptor ligands, memory and information processing. Sleep and Memory. 1988;17:18-9.
33. Balter MB, Uhlenhuth EH. The beneficial and adverse effects of hypnotics. J Clin Psychiatry. 1991;52:16-23.
34. Nicholson AN, Pascoe PA. Hypnotic activity of an imidazopyridine (zolpidem). Br J Clin Pharmac. 1986;21: 205-11.
35. Sanger DJ, Joly D, Zivkovik B, et al. Effects of zolpidem, a new imidazopyridine hypnotic, on the acquision of conditioned fear in mice. Comparison with triazolam and CL 218.872. Psychopharmacology. 1986;90:207-10.
36. Sanger DJ, Zivkovik B. Behavioral effects of non benzodiacepine anxiolytic drugs: a comparision of CGS 9.896 and zopiclona with chlordiacepóxido. J Pharmacol Exp Ther. 1985;23:831-7.
37. Salzman C. An 87-year-old woman taking a benzodiazepine. JAMA. 1999;281:1121-5.
38. Kirby M, Denihan A, Bruce I, et al. Benzodiacepine use among the elderly in the comunity. Int J Geriatr Psychiatry. 1999;14:280-4.