



**FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE**

TRABAJO FIN DE GRADO

TÍTULO:

**TRATAMIENTOS ACTUALES EN
TRASTORNOS DEL SUEÑO: INSOMNIO.
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS PACIENTES.**

Autor: MARINA GILBAJA CABRERO

Tutor: JUANA BENEDÍ GONZÁLEZ

Convocatoria: JUNIO

ÍNDICE

1. Resumen
2. Introducción y antecedentes
3. Objetivos
4. Metodología
 - 4.1. Encuesta
 - 4.2. Visita a farmacias
5. Resultados y discusión
6. Conclusiones
7. Bibliografía

1. RESUMEN

El insomnio es el trastorno de sueño más común en la población y, aunque no todas las personas ponen remedio para solucionarlo, un porcentaje elevado toma diversos fármacos y/o plantas medicinales, como se verá en el transcurso de este trabajo.

El objetivo principal de este estudio es determinar la calidad de sueño de las personas y evaluar el cumplimiento de la Guía Terapéutica del Insomnio, teniendo en cuenta el tratamiento usado por cada paciente para solucionar sus problemas de insomnio. Para ello se ha realizado una encuesta en la que, además de conocer las características sociodemográficas, se ha preguntado sobre la calidad del sueño, así como los tratamientos empleados, determinándose su beneficio y posibles reacciones adversas.

PALABRAS CLAVE: insomnio, sueño, fármaco, planta medicinal, encuesta, farmacia comunitaria.

2. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El **sueño** es un fenómeno fisiológico periódico, durante el cual se suspende la interrelación con el medio externo, y se alterna cíclicamente con un estado de alertamiento o vigilia, constituyendo ciclos sueño-vigilia. (Talero C y cols, 2013).

Según la clasificación internacional de los trastornos del sueño (ICSD-3), se pueden dividir en siete grupos: insomnio, trastornos respiratorios, trastornos de hipersomnolencia central, trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, parasomnias, trastornos del movimiento relacionados con el sueño y otros. Nos vamos a centrar en el insomnio, por ser el más común en la población y el más relevante para este estudio. (Hospital Vithas Alicante, 2018).

El **insomnio** se define como una queja predominante de insatisfacción respecto a la cantidad y calidad del sueño, asociado con uno o más de los siguientes síntomas: dificultad en el inicio y/o mantenimiento del sueño y despertar temprano por la mañana, lo cual causa una dificultad o deterioro clínicamente significativos en el funcionamiento diario. Se considera insomnio cuando esos síntomas ocurren al menos tres veces por semana, durante tres meses como mínimo. (Rojas CH y cols, 2014).

Según estudios epidemiológicos, se estima que un tercio de la población sufre de insomnio si se consideran solamente los síntomas nocturnos (dificultad para iniciar o mantener el sueño); pero cuando se consideran sólo los síntomas diurnos, únicamente un 10% de la población lo tiene. De esta manera, podemos concluir que el síndrome clínico completo de insomnio lo padece entre un 6 y un 10% de la población. (Álamo C y cols, 2016).

Los **factores predisponentes** que contribuyen a la aparición, desarrollo y mantenimiento del insomnio son el género, la edad, el nivel socioeconómico, el estado de salud, factores genéticos y factores psicológicos. También pueden influir de manera muy significativa los factores precipitantes, como las situaciones de estrés, así como los factores perpetuantes, que se relacionan con el miedo a no dormir. (Artiach G y cols, 2009).

Numerosos estudios han demostrado que existe una **asociación entre insomnio y un peor estado de salud**. El paciente con insomnio crónico experimenta durante el día problemas que afectan a su salud y a su funcionamiento social y laboral. (Artiach G y cols, 2009). Por ello, se reconoce el insomnio como un trastorno de entidad propia, y debe

ser tratado por sí mismo, independientemente de las causas que lo provocan. (Álamo C y cols, 2016).

El **diagnóstico** del insomnio se basa principalmente en la historia clínica y la exploración física del paciente. Se tendrán en cuenta los siguientes aspectos: antecedentes familiares y personales, tratamientos farmacológicos, consumo de sustancias, entorno sociofamiliar y laboral y estilos de vida. Además, está recomendado evaluar la historia psiquiátrica/psicológica del paciente, así como la historia de sueño. (Riemann D y cols, 2017).

La **finalidad del tratamiento del insomnio** es mejorar la cantidad y calidad del sueño, reducir su latencia y los despertares nocturnos, incrementar el tiempo total de sueño, y mejorar así el funcionamiento diurno del paciente. Este último parámetro ha sido incluido recientemente como imprescindible para valorar la eficacia de los fármacos hipnóticos. (Álamo C y cols, 2016).

La terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-I) es la alternativa no farmacológica principal que existe para el tratamiento del insomnio crónico. Esta terapia incluye una combinación de técnicas psicoterapéuticas de tipo cognitivo y técnicas educativas, con las que se informa al paciente acerca de la higiene del sueño y técnicas de tipo conductual, como la restricción del tiempo en la cama, el control de estímulos y diferentes técnicas de relajación. (Riemann D y cols, 2017).

Tratamiento farmacológico del insomnio

- **Benzodiazepinas (BZD):** Las BZD actúan aumentando la acción del GABA (ácido gamma amino butírico), que es el principal neurotransmisor inhibitorio del SNC. En general, disminuyen el tiempo de inicio del sueño y aumentan el tiempo total del mismo, pero no mejoran o pueden empeorar el funcionamiento diurno. (Guina J y cols, 2018). El **riesgo de dependencia** a estos fármacos es mayor en tratamientos prolongados, con dosis elevadas y con BZD de vida media corta y de elevada potencia. Por ello, tanto su retirada como el inicio del tratamiento deben hacerse de forma gradual, y la duración del tratamiento debe ser como máximo de 4 semanas, evitando así efectos de rebote o síndrome de abstinencia. (Riemann D y cols, 2017). Algunas de las BZD más utilizadas en el tratamiento del insomnio son los que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1. Clasificación de BZD según su vida media. (Fisterra, 2018)

Vida media (t ½)	Nombre del fármaco
Corta (1-4 horas)	Midazolam y Triazolam
Intermedia (6-20 horas)	Alprazolam, Bromazepam, Lormetazepam y Lorazepam
Larga (20-100 horas)	Clorazepato y Diazepam

- **Fármacos Z (análogos de BZD):** Los fármacos Z disponibles en el mercado son zolpidem y zopiclona. (Botplus, 2018) La diferencia que existe entre las BZD y los fármacos Z está, principalmente, en su estructura química. Los fármacos Z tienen un patrón más natural del sueño, ya que, disminuyen menos el sueño REM y su vida media es más corta, por tanto, provocan menos somnolencia diurna y tienen menor riesgo de tolerancia. El inconveniente es que este grupo de fármacos, al igual que las BZD, pueden causar alteración en la marcha, incrementando así el riesgo de caídas y las consiguientes fracturas y lesiones. (Traves N y cols, 2017).

- **Antihistamínicos:** La difenhidramina y la doxilamina son dos antihistamínicos aprobados en España como hipnóticos, que no necesitan prescripción. Favorecen el sueño, pero su eficacia es modesta ya que sólo bloquean uno de los varios sistemas de alerta. (Medina JH y cols, 2014).

- **Melatonina y análogos:** La melatonina es una hormona natural que es secretada durante la noche por la glándula pineal, y se une a los receptores MT1 y MT2, regulando así el ciclo sueño-vigilia y facilitando el sueño. Su producción es alta en la infancia, pero disminuye con la edad. (Álamo C y cols, 2016). Debido a que las BZD y fármacos Z se están usando para el tratamiento del insomnio durante un tiempo mayor al recomendado, puede llevar a la aparición de efectos adversos y se ha iniciado la búsqueda de moléculas con mejores perfiles de seguridad, como son la melatonina de liberación prolongada y análogos sintéticos de melatonina. (Liu J y cols, 2016).

Con relación a la **melatonina de liberación prolongada (MLP) 2 mg**, es un fármaco que imita el modelo endógeno de secreción de melatonina fisiológica, manteniendo unos niveles similares a los fisiológicos durante toda la noche. Una de las ventajas es que el tratamiento se puede mantener hasta 13 semanas, sin la aparición de efectos adversos. (Lemoine P, 2011).

Tratamiento no farmacológico del insomnio (plantas medicinales).

- **Valeriana (*Valeriana officinalis*):** Es una de las pocas drogas con acción sedante de las que se han realizado ensayos clínicos, y su uso está comprobado; estudios recientes *in vivo* e *in vitro* han puesto de manifiesto que el mecanismo de acción de la valeriana se debe a un sitio de unión específico en los receptores GABA_A, sobre los que tiene afinidad el ácido valerénico. Según la OMS, la raíz de la valeriana está indicada como sedante suave en alteraciones del sueño y puede usarse como alternativa a las BZD. (Palmieri G y cols, 2017).

- **Lúpulo (*Humulus lupulus*):** Entre las propiedades del lúpulo se encuentra la de inductor del sueño, actividad que se ha demostrado en un ensayo clínico realizado en asociación con la valeriana, donde tanto la calidad del sueño como la inducción del mismo mejoraron notablemente. El incremento de la actividad GABAérgica parece ser el principal mecanismo de acción, pero también se ven involucrados algunos receptores de melatonina (MT1 y MT2) y serotonina, los cuales regulan los ritmos circadianos y el sueño. (Palmieri G y cols, 2017).

- **Melisa (*Melissa officinalis*).** Estudios en animales han demostrado que el ácido rosmarínico que contiene, posee efecto hipnótico; se demostró que el efecto del extracto de melisa en la duración del sueño es dosis dependiente, y dicho efecto es casi igual al del diazepam. Además, se comprobó que la administración conjunta de *Melissa officinalis* y *Lavandula angustifolia*, incrementa el efecto hipnótico que tienen dichas plantas por separado. (Hajhashemi V y cols, 2015).

Papel del farmacéutico en personas con problemas de sueño.

Es relevante el papel del farmacéutico en el insomnio, en la medida en que puede resolver casos aislados y puede derivar hacia la consulta médica a aquellos que requieren investigación clínica. En todo caso, el farmacéutico informará acerca de cómo prevenir el insomnio, cómo tratarlo, las enfermedades con las que puede estar relacionado y las posibles complicaciones que pueden surgir si no se atiende adecuadamente.

A aquellas personas que acudan a la farmacia con deficiencia en la calidad y/o cantidad de sueño durante los últimos tres meses, el farmacéutico le aconsejará que antes de dormir tenga en cuenta diferentes medidas de higiene del sueño, que le ayudarán a mejorar su problema de insomnio. Algunas de estas medidas de higiene básicas son: mantener horarios regulares, dormir en condiciones ambientales adecuadas (temperatura, sin ruidos

ni luz), comer a horas regulares y evitar cenas copiosas, limitar la ingesta de sustancias estimulantes desde las 17 horas, permanecer en la cama durante 7-8 horas, evitar siestas largas, hacer ejercicio físico suave durante el día pero no justo antes de acostarse, repetir cada noche una rutina de acciones que ayuden a prepararse mental y físicamente para irse a la cama, y practicar rutinas de relajación antes de acostarse. (Álamo C y cols, 2016).

Otra alternativa no farmacológica es el consumo de valeriana u otras plantas medicinales que ayuden a la conciliación del sueño. También se puede recomendar el uso de melatonina (inductora del sueño), la cual puede presentarse en comprimidos sola, o combinada con plantas medicinales como pasiflora, amapola y melisa, lo cual hace que el sueño sea placentero y que la conciliación del mismo sea corta.

Es importante que en la farmacia comunitaria se recuerde a los pacientes que están en tratamiento con BZD, que el inicio y la retirada del fármaco deberá ser gradual, y que no tiene que prolongarse durante más de 4 semanas, ya que podría aparecer efecto rebote y/o tolerancia, agravándose de esta forma, el problema de insomnio.

Además del consejo farmacéutico, se valorarán las posibles interacciones entre el nuevo fármaco o planta medicinal que vaya a tomar y su medicación de base.

3. OBJETIVOS

Uno de los principales objetivos de este trabajo es conocer la prevalencia del insomnio en España, tomando como referencia una pequeña muestra de 510 personas que realizaron una encuesta descrita más adelante.

Otro de los objetivos es evaluar la calidad del sueño de las personas. De este modo, podremos ver si hay una gran proporción de la población con problemas de sueño, y qué medidas toman para solucionar su problema de insomnio, ya sea mediante el uso de fármacos o plantas medicinales.

Además, valorar la correcta utilización de las Guías Terapéuticas del sueño y del insomnio en dichas personas.

Por último, comprobar tanto la eficacia como la seguridad de las medidas utilizadas por los pacientes que sufren insomnio.

4. METODOLOGÍA

La recogida de datos se ha llevado a cabo a través de varias fuentes, entre las que se encuentra la lectura exhaustiva de diferentes artículos de investigación relacionados con el insomnio y el sueño, el análisis de los datos encontrados en las guías terapéuticas, la realización de una encuesta y la visita a farmacias comunitarias.

Con el fin de obtener información actualizada sobre los tipos de trastornos del sueño que existen, cuáles son los más comunes, cómo hay que tratarlos, etc, se ha llevado a cabo la búsqueda y lectura de diferentes **guías del insomnio**. Las guías utilizadas son las siguientes: Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria (2010), Guía del insomnio (2016), Guía europea del insomnio (2017).

El análisis realizado sobre los distintos **artículos de divulgación científica**, recogidos de bases de datos como Pubmed y Scielo España, ha servido para cotejar la información más reciente sobre los fármacos disponibles en el tratamiento del insomnio, así como su seguridad y eficacia. La búsqueda se realizó utilizando los términos “insomnia”, “treatment”, “prevalence”, “benzodiazepines”, y de esta forma pude seleccionar los artículos más recientes y más relevantes.

Con el fin de conocer la calidad del sueño de las personas, así como sus tratamientos, se ha diseñado una **encuesta** para que la realizara un número significativo de personas y posteriormente analizar los datos.

Además, para conocer cuáles son los fármacos más dispensados, he acudido a varias **farmacias comunitarias** de la ciudad de madrid, preguntando por los fármacos más utilizados en el tratamiento del insomnio.

A continuación, se va a llevar a cabo un análisis más detallado de la encuesta y las visitas a las farmacias comunitarias, por la gran relevancia que tendrán en los resultados de este trabajo.

4.1. Encuesta sobre la calidad del sueño y el tratamiento del insomnio.

Tipo, ámbito y duración del estudio.

El estudio que se ha realizado ha sido de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. La recogida de datos se ha hecho a través de una encuesta elaborada con el programa Google Drive, y de esta forma pudo llegar a un mayor número de personas. Además, se sacó en formato de papel para que la pudiera realizar la población sin acceso a internet. La encuesta se hizo durante una semana del mes de abril de 2018, hasta que se consiguió un número significativo de respuestas, para posteriormente cerrarla y analizar los datos obtenidos.

Criterios de inclusión y exclusión.

Para la interpretación de los datos obtenidos con la encuesta, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Personas de todas las edades, con capacidad para responder preguntas.

Además, también se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Personas sin capacidad de comprensión (ya sea por trastornos mentales o incapacidad de comunicación).
- Menores de 18 años.
- Aquellos que no completaron correctamente la encuesta, como por ejemplo, encuestas incompletas o que tienen respuestas incoherentes.

Procedimiento de trabajo.

En primer lugar se ha realizado una encuesta en Word, exponiendo una serie de preguntas, tanto de carácter general (edad, sexo), como relacionadas con el sueño y con los fármacos o plantas medicinales que toman las personas que consideran que tienen problemas de sueño. Posteriormente, se ha introducido en la sección de “formulario de Google” del programa Google Drive, para poder enviársela a numerosas personas a través de un enlace. La encuesta fue enviada por correo electrónico, a través de la aplicación Whatsapp, y compartida en las redes sociales Facebook y Twitter.

El enlace mediante el cual se puede acceder a la encuesta es:

<https://docs.google.com/forms/d/1xoEaHyUKa4GDbPm1npXmJ7QHcGbWA58xxGVJKKzS5k0/edit?usp=drivesdk>

Tras obtener un número significativo de respuestas, un total de 510, se cerró el programa de la encuesta, dando por finalizada la recogida de datos.

Variables del estudio.

Tabla 2. Variables del estudio.

Tipos de variables	Cuestión	Razón / Nominal
Sociodemográficas	Género	Nominal
	Edad	Razón
	Situación de estrés	Nominal
Relacionadas con la calidad del sueño	Tiempo de conciliación del sueño	Razón
	Número de despertares durante la noche	Razón
	Horas totales de sueño	Razón
Relacionadas con problemas del sueño	Si considera que tiene problemas de sueño	Nominal
	Si nota malestar al día siguiente de dormir mal	Nominal
	Cuándo empezó a tener problemas de sueño	Nominal
Tratamiento	Si toma algún fármaco o planta medicinal	Nominal
	Desde cuándo	Nominal
	Cuántas veces a la semana	Nominal
	Nombre del fármaco y/o planta medicinal	Nominal
	Si nota mejoría	Nominal
	Si nota efectos adversos	Nominal
	Motivo de comenzar a tomarlo	Nominal
	Motivo de dejar de tomarlo	Nominal
Si toma a la vez fármacos y plantas medicinales	Nominal	

Procesamiento de los datos y expresión de los resultados.

Durante el proceso de recogida de datos, el propio programa Google Drive va analizando las respuestas obtenidas, permitiendo ver el número de personas que han realizado la encuesta, así como sus respuestas. Una vez cerrada la encuesta, el programa informático realiza una tabla excel con todas los resultados. A partir de esos datos, se hizo una selección teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión expuestos anteriormente.

El programa Excel también fue utilizado para la elaboración de gráficas y la interpretación de datos.

4.2. Visita a farmacias comunitarias.

He acudido a 20 farmacias comunitarias de la ciudad de Madrid para obtener información acerca de cuáles son los fármacos más utilizados en el tratamiento del insomnio.

Tras las entrevistas y recogida de datos, elaboré una tabla con el programa Word, para visualizar mejor todas las respuestas obtenidas.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados de la encuesta.

La encuesta fue realizada por un total de 510 personas. Tras hacer una criba siguiendo los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente, se realizará el estudio sobre 495 personas. De las cuales, hay que destacar que uno de ellos es un menor de 18 años, por lo que tampoco entraría en el análisis, pero sí señalar que está tomando aquilea del sueño (melatonina), algo que resulta curioso por la escasa edad que tiene.

Haciendo referencia a las **características sociodemográficas** de las personas que realizaron la encuesta, se puede señalar lo siguiente:

Respecto a la distribución por sexos, cabe destacar que un 64% de las respuestas fueron de mujeres, mientras que un 36% corresponde a hombres.

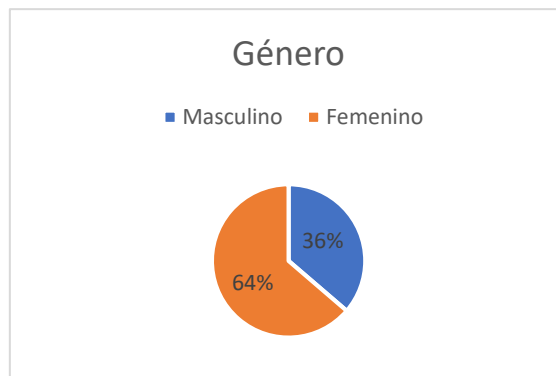


Figura 1: Distribución por sexos.

La distribución por edades se ha realizado diferenciando 3 grupos de edad. Los mayores de 65 años forman el grupo que menos respuestas se ha obtenido, siendo los otros dos los más prevalentes.

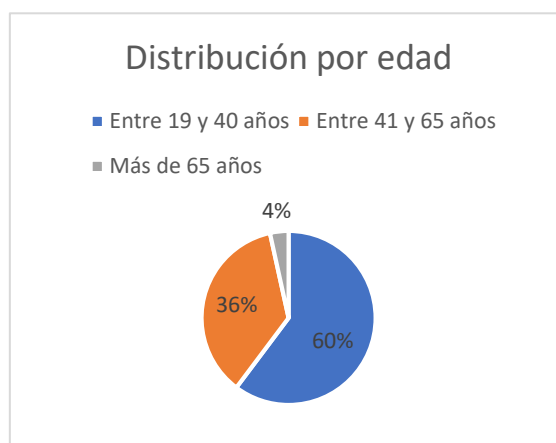


Figura 2: Distribución por edades.

Con el fin de establecer una posible relación entre la situación personal y la aparición de problemas de sueño, se preguntó si estaban sometidos a situaciones de estrés, como problemas familiares, laborales u otras circunstancias. Una vez obtenidos los resultados de la encuesta, podemos concluir que aquellos que no tienen estrés tampoco tienen problemas para dormir, excepto 5 personas de 172, que representa un 2,9%.

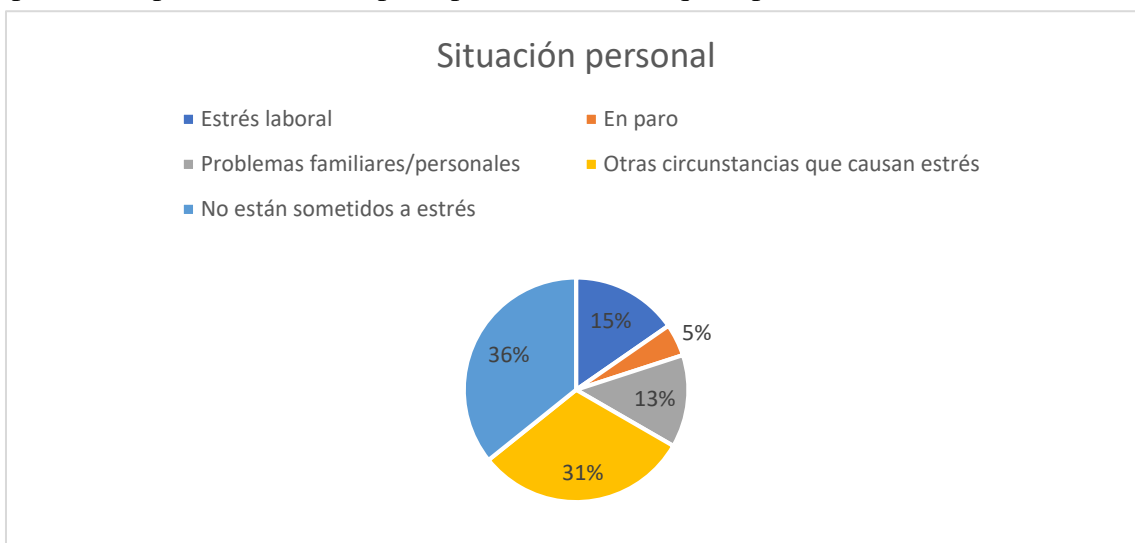
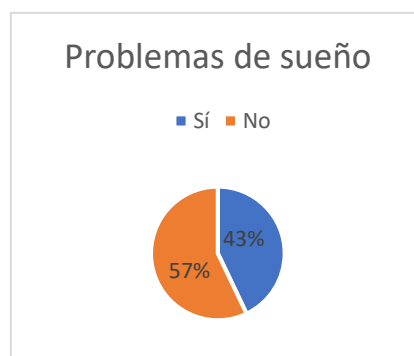


Figura 3: Situación personal.

En cuanto a la **calidad del sueño**, podemos hacer referencia, en primer lugar, al tiempo que se tarda en conciliar el sueño. Por lo general, en los resultados obtenidos, se puede ver que un 40% de los encuestados tarda menos de 15 minutos en dormirse. Si nos fijamos en el otro extremo, aquellos que tardan más de una hora en dormirse, representan un 9%. En segundo lugar, como se puede observar en los resultados, la mayoría de las personas encuestadas, el 35%, suele despertarse una vez durante la noche y, solamente el 9% se despierta más de tres veces. Por último, nos encontramos con un 81% de personas que duermen entre 6 y 8 horas a lo largo de la noche, un 14% que duerme menos de 6 horas, y únicamente un 5% que duermen más de 8 horas.

Otro de los factores a analizar, es la perspectiva personal de cada uno en cuanto a tener **problemas de sueño** o no. Como se puede apreciar en este gráfico, un 43% de la población considera que tiene problemas de sueño, mientras que un 57% considera que no tiene.

Figura 4: Problemas de sueño.



A continuación, se van a analizar los resultados obtenidos de aquellas personas que consideran que tienen problemas de sueño, es decir, de un total de 212 personas. Un 45% de ese total no está tratando el problema. En la figura 5 aparecen solamente aquellos pacientes con problemas de sueño que están tratando el insomnio; un 42% de estos toma algún fármaco, un 48% toma plantas medicinales y un 10% recibe un tratamiento combinado.

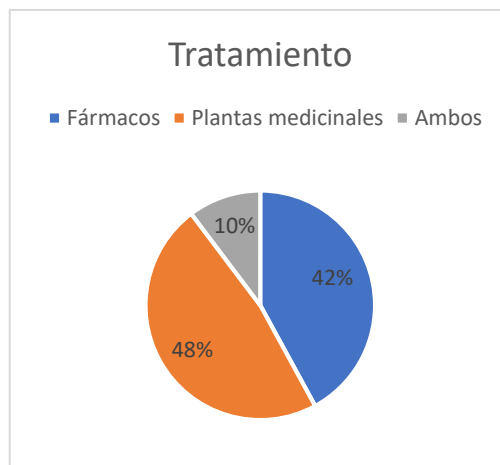


Figura 5: Tratamiento.

En lo referente a las personas que toman fármacos, vamos a diferenciar entre aquellos que son prescritos por el médico y los que se pueden comprar en farmacias sin necesidad de prescripción médica. Entre los primeros, destaca el lorazepam, que lo toma el 36% de los pacientes que toman fármacos. La mayoría de los encuestados nota una relativa mejora en la calidad del sueño, pero al 50% de los pacientes les produce somnolencia y cansancio al día siguiente, por tanto, han dejado de tomar la medicación.

Otro de los tratamientos más usuales con prescripción médica son diazepam, amitriplilina, bromazepam y clorazepato; cada uno de esos fármacos los toma entre un 7 y 14% de los pacientes. Cabe señalar otro medicamento utilizado por un alto porcentaje de los encuestados, la melatonina, de los cuales un 4% lo utilizan con receta, siendo esta de liberación prolongada, y un 15% sin prescripción médica, por lo tanto, de liberación inmediata. Entre los antihistamínicos, la doxilamina fue uno de los más indicados, siendo utilizada por un 16% de los pacientes.

Un 48% de las personas con problemas para dormir utilizaron plantas medicinales, destacando la valeriana, ya que lo toman un 58% de los pacientes que toman alguna planta medicinal y tienen problemas de sueño. El resto, utilizaron combinaciones fitoterapéuticas en las que se incluyen pasiflora, melisa, azahar o tila. La mayor parte de los pacientes no refiere somnolencia diurna tras tomar dichas plantas medicinales.

Resultados de las visitas a las farmacias comunitarias.

Con el objetivo de conocer la proporción de fármacos para insomnio más dispensados en Madrid en los últimos años, se ha procedido a la visita de 20 farmacias. En la siguiente tabla se muestra la relación de dichos fármacos:

Tabla 3. Fármacos para insomnio más dispensados.

	Puesto de venta	Número de farmacias	% farmacias
Lorazepam	1º más dispensado	10	50%
	2º más dispensado	5	25%
Lormetazepam	1º más dispensado	3	15%
	2º más dispensado	6	30%
Bromazepam	1º más dispensado	1	5%
	2º más dispensado	4	20%
Zolpidem	1º más dispensado	2	10%
	2º más dispensado	3	15%
Melatonina con plantas	1º más dispensado	3	15%
	2º más dispensado	1	5%
Doxilamina (Dormidina ®)	1º más dispensado	0	0%
	2º más dispensado	1	5%

Se puede concluir que el fármaco con prescripción médica más dispensado con gran diferencia es lorazepam, que es una BZD de acción corta (5-20h). A este fármaco le sigue otro del mismo grupo, denominado lormetazepam.

Numerosos farmacéuticos han comentado que los pacientes cada vez consumen más medicamentos como melatonina, tanto sola como combinada con plantas. En ocasiones, empiezan a tomarla con el fin de ir disminuyendo la dosis de BZD. En otros casos, los pacientes siguen las recomendaciones del farmacéutico comenzando su tratamiento con melatonina, que, en combinación con plantas medicinales son los más usados sin prescripción médica.

La proporción de ventas de fármacos para tratar el insomnio también depende del tipo de población. En zonas donde hay mayor población joven, el más dispensado es lorazepam, ya que facilita principalmente la conciliación del sueño, problema habitual en jóvenes sometidos a estrés laboral. En cambio, en barrios donde la población más abundante es la de adultos mayores, el más dispensado es zolpidem, ya que tiene menos efectos adversos (menos riesgo de caídas) que las BZD y facilita el mantenimiento del sueño, mejorando así el problema que tienen los ancianos con los despertares tempranos por la mañana.

Discusión.

Hay numerosos estudios que confirman que la calidad del sueño va disminuyendo con la edad, lo cual explica el hecho de que el insomnio sea más prevalente en adultos mayores. (Schroech JLy cols, 2016). No ha sido posible confirmar esta idea con mi estudio, ya que el porcentaje de personas mayores de 65 años que hicieron la encuesta (4%) no es estadísticamente representativo. Se puede concluir que esta ha sido una limitación del trabajo, y sería conveniente realizar otro estudio que se centre más en este grupo de edad.

Según los resultados de la encuesta, el factor precipitante más influyente para padecer insomnio es la situación de estrés, tanto laboral como familiar. Esto coincide con la Guía europea del insomnio, la cual señala que situaciones de estrés concretas pueden causar insomnio agudo, pero si esa situación permanece en el tiempo, el insomnio puede hacerse crónico. (Riemann D y cols, 2017).

Teniendo en cuenta los estudios recientes publicados, la encuesta realizada y la visita a farmacias comunitarias, los fármacos más prescritos para tratar el insomnio son las benzodiacepinas, en concreto el lorazepam. (Schroech JL y cols, 2016).

Según las guías terapéuticas del insomnio, las BZD están indicadas para el tratamiento del insomnio, durante un periodo corto de tiempo, que no supere las 4 semanas. El problema radica en que la mayoría de los pacientes alargan el tratamiento con estos fármacos durante más de 4 semanas, incluso años, lo cual puede provocar efectos secundarios como tolerancia, dependencia y efecto rebote. Este uso incorrecto de las BZD afecta de una manera más grave a los adultos mayores, ya que son pacientes polimedicados y con pluripatologías, y en ellos además puede provocar caídas y fracturas, demencia y deterioro cognitivo. (Markota M y cols, 2016).

Por otro lado, podemos ver en los resultados de la encuesta que hay pacientes que toman al mismo tiempo fármacos y plantas medicinales para tratar el insomnio. No está recomendado tomar al mismo tiempo, por ejemplo, valeriana y ansiolíticos como BZD, ya que su uso concomitante puede hacer que la valeriana alargue el tiempo de sedación causado por las BZD, y puede tener efectos adicionales, que se manifiestan sobre todo en aquellas personas que toman comprimidos de valeriana habitualmente, y no tanto en aquellos que tomen infusiones de valeriana. (MSKCC, 2018).

Además, algunos de los encuestados toman simultáneamente varios fármacos para el insomnio: lorazepam y dormidina, bromazepam y diazepam, zolpidem, melatonina y diazepam. El uso concomitante de fármacos con efecto hipnótico puede provocar en el paciente efectos adversos, como excesiva somnolencia diurna, tolerancia, efecto rebote, por tanto, no está recomendado.

6. CONCLUSIONES

- 1.- Un porcentaje de la población (45%) considera que tiene problemas de sueño y recibe tratamiento para solucionar su problema de insomnio.
- 2.- En la mayoría de la población incluida en mi estudio, la deficiencia en la calidad del sueño repercute negativamente en la actividad diurna (refieren mucho cansancio, sueño, falta de concentración).
- 3.- Un 81% de las personas que consideran que tienen problemas de sueño, señalaron que se encuentran en una situación de estrés, ya sea laboral, familiar o personal, lo cual puede estar íntimamente relacionado con la aparición de insomnio.
- 4.- Los fármacos más prescritos fueron lorazepam (36%), diazepam (14%), bromazepam (7%), amitriptilina (7%), clorazepato (7%) y melatonina de liberación prologada 2mg (7%).
- 5.- Entre los fármacos sin prescripción médica más utilizados se encuentra la melatonina (39%) y la doxilamina (16%). La melatonina, en las farmacias consultadas es uno de los tratamientos más indicados en los últimos años para el tratamiento del insomnio.
- 6.- Las dos plantas medicinales más consumidas por los pacientes encuestados son la valeriana (58%) y la tila (15%).
- 7.- El farmacéutico comunitario tiene una función fundamental en la detección de problemas relacionados con el sueño, pudiendo llevar a cabo una atención centrada fundamentalmente en el paciente.

7. BIBLIOGRAFÍA

Álamo C, Alonso ML, Cañellas F, Martín B, Pérez H, Romero O, et al. Pautas de actuación y seguimiento. Insomnio. Madrid: Juste; 2016.

Artiach G, Del Cura MI, Díaz P, De la Puente MJ, Fernández J, García A, et al. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.

Botplus [homepage en Internet]. España: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; c1985 [actualizada 2018; consultado 27 abril 2018]. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx>

Fisterra [homepage en Internet]. España: Elsevier España; c2018 [actualizada 2018; consultado 17 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/uso-benzodiazepinas/>

Guina J, Merrill B. Benzodiazepines I: upping the care on downers: the evidence of risks, benefits and alternatives. J Clin Med. 2018; 7: 17.

Hajhashemi V, Safei A. Hypnotic effect of *Coriandrum sativum*, *Ziziphus jujuba*, *Lavandula angustifolia* and *Melissa officinalis* extracts in mice. Res Pharm Sci. 2015; 10: 477-484.

Lemoine P, Garfinkel D, Laudon M, Nir T, Zisapel N. Prolonged-release melatonin for insomnia – an open-label long-term study of efficacy, safety and withdrawal. Ther Clin Risk Manag. 2011; 7:301-311.

Liu J, Clough SJ, Hutchinson AJ, Ekue B, Biassi A, Popovska-Gorevski M, et al. MT₁ and MT₂ Melatonin Receptors: A Therapeutic Perspective. Annu Rev Pharmacol Toxicol. 2016; 56: 361-383.

Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine use in older adults: dangers, management, and alternative therapies. Mayo Clin Proc. 2016; 91: 1632-1639.

Medina JH, Fuentes SA, Gil IB, Adame L, Solís F, Sánchez LY, et al. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52: 108-119.

Memorial Sloan Kettering Cancer Center [homepage en Internet]. Nueva York; c2018 [actualizada 2018; consultado 17 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.mskcc.org>

Palmieri G, Contaldi P, Fogliame G. Evaluation of effectiveness and safety of a herbal compound in primary insomnia symptoms and sleep disturbances not related to medical or psychiatric causes. *Nat Sci Sleep*. 2017; 9: 163-169.

Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017; 26: 675-700.

Rojas CH, Chen Y. Use of ultra-low-dose (≤ 6 mg) doxepin for treatment of insomnia in older people. *Can Pharm J (Ott)*. 2014; 147: 281-289.

Schroech JL, Ford J, Conway EL, Kurtzhals KE, Gee ME, Vollmer KA et al. Review of safety and efficacy of sleep medicines in older adults. *Clinical Therapeutics*. 2016; 38.

Talero C, Durá F, Pérez I. Sueño: características generales. Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. *Rev Cienc Salud*. 2013; 11:333-348.

Treves N, Perlman A, Geron LK, Asaly A, Matok I. Z-drugs and risk for falls and fractures in older adults – a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*. 2017; 0: 1-8.

Unidad de sueño [homepage en Internet]. Alicante: Hospital Vithas Alicante; c2018 [actualizada 2018; consultado 28 abril 2018]. Disponible en: <http://xn--alicantesueo-khb.com/index.php/clasificacion-internacional-de-los-trastornos-del-sueno-icsd-3>