

Valoración Clínica y Calidad de Vida relacionada con la Salud del Paciente con Insomnio

Francisco López de Castro^a, Olga Fernández Rodríguez^a, Laura Fernández Agüero^a,
M^a Antonia Mareque Ortega^a, Gemma Alejandre Lázaro^a, Julia Báez Montilla^a

^aGerencia de Atención Primaria de Toledo.

Correspondencia: Francisco López de Castro, c/ Barcelona, 2, 45005 Toledo. E-mail: flopez@sescam.org.

Recibido el 31 de enero de 2011.

Aceptado para su publicación el 24 de marzo de 2011.

RESUMEN

Objetivo. Valoración clínica y de la calidad de vida del paciente insomne.

Tipo de estudio. Descriptivo transversal.

Emplazamiento. Atención Primaria de Toledo.

Población. Pacientes diagnosticados de insomnio antes de enero de 2008.

Mediciones. Revisión historia clínica: registro de actividades diagnóstico-terapéuticas y entrevista telefónica para realizar historia del sueño y cuestionario EQ-5D.

Resultados. N = 94. Edad media 60,3 ± 14,3 años. 79,8% mujeres. El 73,4% (IC 95%: 62,0-80,0) presentaba eficiencia del sueño ≤ 90%. El 69,1% (IC 95%: 58,6-78,0) refería dormir mal. Repercusiones: 76,8% dice levantarse cansado, interfiere en la actividad del 70,6%; al 63,2% le ocasiona distracciones y al 39,7% somnolencia diurna. El 58,1% sufre insomnio de conciliación, 25,8% de mantenimiento, 8,6% despertar precoz. El 27,8% de pacientes recibió recomendaciones de higiene del sueño. Principios más prescritos: lorazepam (47,2%), lormetazepam (23,6%) y zolpidem (19,1%). Mediana de duración del tratamiento: 32 semanas (RI 58). Actualmente no tomaba tratamiento el 24,7%. De ellos, decía dormir bien el 21,7%. Consideraba su salud buena/muy buena el 17,2% de los tratados y el 26,1% de los no tratados. Presentaban peores puntuaciones en EVA del EQ-5D los de mayor edad (r = -0,33; p = 0,001), los que referían dormir mal (55,8 vs 53,2; t = 0,52; p > 0,05), aquellos con despertar precoz (F = 3,51; p = 0,01) y los tratados farmacológicamente (51,5 vs 61,5; t = 1,93; p = 0,06).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes insomnes continúa durmiendo mal y presenta mala eficiencia del sueño aún con tratamiento farmacológico. La principal repercusión es el cansancio, que interfiere en su actividad habitual. El insomnio repercute negativamente en la calidad de vida.

Palabras clave. Insomnio, Calidad de Vida, Hipnóticos.

ABSTRACT

Quality of life of people with insomnia in the Toledo health area.

Objective. Clinical assessment and quality of life of the insomniac patient.

Design. cross-sectional study.

Setting. Primary Health Care. Toledo (Spain).

Participants. Patients diagnosed with insomnia before January 2009.

Measurements. Medical history review: record of diagnostic and therapeutic activities. Telephone interview: sleep history and EQ-5D questionnaire

Results. N = 94. Average age 60.3 ± 14.3 years, 79.8% are women. 73.4% (95%CI 62.0–80.0%) had less than 90% sleep efficiency and 69.1% said they sleep badly. Impact: 76.8% get up feeling tired; in 70.6% insomnia interferes with their activities, in 63.2% it causes distractions and in 39.7% daytime sleepiness. 58.1% have conciliation insomnia, 25.8% have maintenance insomnia, and 8.6% early awakening. 27.8% of patients received advice on sleep hygiene. The most commonly prescribed drugs were lorazepam (47.2%), lormetazepam (23.6%) and zolpidem (19.1%). Median duration of treatment was 32 weeks (RI 58). Currently 24.7% are not taking any treatment, 21.7% of whom said they sleep well. 17.2% of those who were treated and 26.1% of those who were not considered they were in good or very good health. Older patients (r = -0.33; p = 0.001), those who said they sleep badly (55.8 vs 53.2; t = 0, 52; p > 0.05), those with early awakening (F = 3.51; p = 0.01) and those on pharmacotherapy (51.5 vs 61.5; t = 1.93 p = 0.06) had the worst scores in the EQ5D.

Conclusions. Most patients with insomnia continue to sleep badly and have poor sleep efficiency, even with pharmacological treatment. The main impact is tiredness, which interferes with their normal activities. Insomnia has a negative effect on the quality of life.

Keywords. Insomnia, Quality of Life, Hypnotics.

Este estudio forma parte de un proyecto integral de investigación sobre hipnóticos financiado mediante una Beca de Investigación de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM) (nº de expediente: PI-2007/16).

El presente trabajo se presentó como comunicación en panel al XI Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha, celebrado en Toledo en mayo de 2010.

INTRODUCCIÓN

El sueño es un estado activo en el que suceden modificaciones metabólicas, hormonales y bioquímicas necesarias para un buen funcionamiento del organismo durante la vigilia¹. Las necesidades individuales de sueño son muy variadas y se modifican en función de la edad, salud, estado emocional, estilo de vida, etc., siendo el mejor parámetro para medir las horas necesarias de sueño el grado de satisfacción de la persona al despertar². Por tanto, es difícil generalizar unos parámetros de sueño normal ya que los aspectos fundamentales de calidad y cantidad están sometidos a la subjetividad individual².

De todos los trastornos del sueño, el insomnio es el más frecuente³, con una prevalencia en torno al 30%⁴, aunque varía según los estudios^{5,6}, siendo más frecuente entre las mujeres y las personas de edad avanzada^{7,8}.

Es de sobra conocida la importante repercusión del insomnio sobre la calidad de vida del paciente que lo padece⁹. Entre los diferentes efectos que pueden aparecer en la vigilia del día siguiente se encuentran la fatiga, irritabilidad, disminución de la atención y de la capacidad de concentración, trastornos de memoria y somnolencia diurna con importantes repercusiones en cuanto a accidentalidad laboral y de tráfico¹⁰. Todo ello justifica la necesidad de un adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente insomne. La anamnesis detallada, que permita analizar las posibles causas, definir de forma concreta el problema y determinar su evolución, constituye un pilar básico sobre el que se debe fundamentar su abordaje¹¹. La planificación del tratamiento debe individualizarse y adecuarse al tipo de insomnio que padezca el paciente, iniciándose con la valoración y recomendación de medidas de higiene del sueño y medidas psicológicas (técnicas cognitivo-conductuales) y, en los casos en que sea necesario, tratamiento farmacológico¹²⁻¹⁴. Sin embargo, las recomendaciones sobre higiene del sueño no se dan en todos los casos. Diferentes estudios indican que tan sólo el 10% de los pacientes con insomnio recibe un tratamiento adecuado con una tendencia general a la utilización excesiva de hipnóticos⁹.

Ante todo lo anterior, se planteó la realización del presente estudio con la finalidad de conocer el perfil de nuestros pacientes insomnes, las características y el abordaje realizado de su insomnio, así como la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal de septiembre a diciembre del año 2009. La población del estudio la constituyeron las personas mayores de 14 años pertenecientes al Área Sanitaria de Toledo diagnosticadas de trastorno del sueño (excluyendo la apnea del sueño) antes de enero de 2009 y cuyo diagnóstico estuviera registrado en su historia clínica informatizada. Para la obtención de esta población se realizó una explotación de datos del Programa de Gestión de Historias Clínicas en Atención Primaria (Turriano) sobre la que posteriormente se realizó un muestreo aleatorio.

El tamaño muestral se calculó tomando como hipótesis una prevalencia estimada del 50% de pacientes insomnes tratados farmacológicamente, aceptando un nivel de error del 5% y una precisión de 0,10. El tamaño resultante fue de 97, aunque, estimando unas pérdidas del 10%, el tamaño final fue de 107 pacientes.

Se revisó la historia clínica para valorar el registro de las actividades relacionadas con el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente, recogiendo la existencia o no de registro de: historia del sueño; tipo de trastorno del sueño diagnosticado, consejo y medidas higiénicas del sueño, tratamiento pautado y duración del mismo; valoración de efectos secundarios, suspensión del tratamiento y motivo de la retirada. Posteriormente, se telefoneó a los pacientes para obtener información sobre su tipo de insomnio y sobre las características del sueño, respondiendo también a un cuestionario de valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se recogieron las siguientes variables: tiempo total de sueño y tiempo total en la cama (necesarios para el cálculo de la eficiencia del sueño: proporción del tiempo total de sueño respecto al tiempo total en la cama; se considera normal si es superior o igual a 90), número de despertares nocturnos, impresión subjetiva

sobre si duerme bien o no, repercusión diurna del trastorno del sueño (irritabilidad, cansancio, somnolencia), tipo de trastorno del sueño (insomnio de conciliación, mantenimiento o despertar precoz), tiempo de evolución del insomnio, conocimiento de las recomendaciones higiénicas, tratamiento que toma, tiempo que toma el tratamiento, presencia de efectos secundarios, solución o no del trastorno. Para la valoración de la CVRS se utilizó el cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D), instrumento genérico de medición de la CVRS validado en español. El EQ-5D permite una autovaloración del estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones [cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) con tres niveles de gravedad para cada una de ellas (sin problemas, algunos problemas y problemas graves)] y posteriormente en una escala visual analógica (EVA) que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable) donde el paciente marca la puntuación que mejor refleja su estado global de salud. El cuestionario se cumplimenta en función del estado de salud del mismo día en que se realiza^{15,16}. Las variables sociodemográficas se recogieron de las historias clínicas y de las entrevistas a los pacientes.

Todos los datos fueron introducidos en una base de datos creada al efecto y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows. Para el análisis se utilizaron las medidas de tendencia central y dispersión en el caso de variables

cuantitativas y la distribución de frecuencias para las cualitativas. En ambos casos se usaron los test de contraste de hipótesis correspondientes. Para el análisis de los resultados del EQ-5D se empleó el análisis descriptivo por dimensiones, agregando los niveles 2 y 3 para dar únicamente dos categorías de los pacientes por cada dimensión: con y sin problemas.

RESULTADOS

Se entrevistó a 94 pacientes. Las características de la muestra estudiada se presentan en la tabla 1. La edad media fue de 60,3 años (DE: 14,3) sin diferencias significativas en la edad media por sexos.

Respecto a las características del sueño, los pacientes entrevistados dijeron dormir una media de 5,2 horas (DE: 1,9) durante la noche y 0,3 horas (DE: 0,8) durante el día. Consideraban que deberían dormir una media de 7,2 (DE: 1,3) horas diarias. En la tabla 2 se muestran las principales características del sueño de la población estudiada en función del sexo y por grupo de edad. El 73,4% (IC 95%: 62,0-80,0) de los pacientes presentaba una eficiencia del sueño inferior a 90. Como se observa en la tabla 2 no se observaron diferencias significativas en la eficiencia del sueño por grupos de edad. El coeficiente de correlación entre la edad y la eficiencia del sueño fue de -0,15 ($p > 0,05$).

La mayoría de los pacientes entrevistados sufría insomnio de conciliación (58,1%), seguido de insomnio de mantenimiento (25,8%). En el gráfico

Edad media	60,3 ± 14,3 años	
Distribución por sexos	Hombres: 20,2% (edad media: 64,1 ± 11,0 años) Mujeres: 79,8% (edad media: 59,4 ± 15,0 años)	
Estado civil	Soltero: 5,4% Casado/pareja estable: 74,2%	Viudo: 16,1% Separado/divorciado: 4,4%
Nivel de estudios	Sin estudios: 34,0% Primarios: 41,5%	Secundarios: 9,5% Universitarios: 14,9%
Situación laboral	Activo: 22,4% Desempleo: 6,4%	Ama de casa: 48,6% Pensionista: 22,3%

Tabla 1. Características de la muestra estudiada.

	POR SEXOS			POR GRUPOS DE EDAD		
	Hombres	Mujeres	p	< 65 años	> 65 años	p
Horas de sueño nocturno	5,05 ± 1,43	5,27 ± 2,01	NS	4,87±1,64	5,65 ± 2,12	< 0,05
Horas sueño diurno (siestas)	0,44 ± 0,49	0,29 ± 0,86	NS	0,22 ± 0,39	0,44 ± 1,10	NS
Horas que cree debería dormir al día	7,29 ± 0,58	7,26 ± 1,51	NS	7,52 ± 1,06	6,91 ± 1,67	< 0,05
Tiempo en cama antes de dormir	0,91 ± 0,79	1,89 ± 5,09	NS	1,07 ± 1,01	2,45 ± 6,72	NS
Tiempo en cama después de despertar	0,94 ± 1,06	0,43 ± 1,30	NS	0,34 ± 0,77	0,80 ± 1,67	NS
Eficiencia del sueño adecuada (> 90)	5,6%	37,9%	< 0,05	38,3%	21,6%	NS

Tabla 2. Características del sueño en la población estudiada. NS: diferencia estadísticamente no significativa.

	Total	< 65 años	> 65 años
Lorazepam	47,2%	42,9%	52,5%
Lormetazepam	23,6%	22,4%	25%
Zolpidem	19,1%	20,4%	17,5%
Loprazolam	5,6%	6,1%	5%
Midazolam	2,2%	4,1%	0%
Flurazepam	1,1%	2,1%	0%
Clorazepato	1,1%	2,0%	0%

Tabla 3. Principios activos prescritos.

Dimensiones EQ5D	Creen que duermen bien	Creen que duermen mal	Toma psicofármacos	No toma psicofármacos
Movilidad				
-Sin problemas	72,4%	68,8%	64,8%	64,8%
-Algunos/muchos problemas	27,6%	31,3%	35,2%	35,2%
Cuidado personal				
-Sin problemas	89,7%	96,9%	93%	95,7%
-Algunos/muchos problemas	10,3%	3,1%	7,0%	4,3%
Actividades cotidianas				
-Sin problemas	79,3%	62,5%	66,2%	69,6%
-Algunos/muchos problemas	20,7%	37,5%	33,8%	30,4%
Dolor/malestar				
-Sin problemas	51,7%	28,1%	35,2%	34,8%
-Algún/Mucho dolor o malestar	48,2%	71,9%	64,8%	65,2%
Ansiedad/depresión				
-Sin problemas	51,7%	43,8%	52,1%	26,1%
-Alguna/Mucha ansiedad o depresión	48,3%	56,3%	47,9%	73,9%
EVA	55,8 (DE: 22,8)	53,2 (DE: 22,7)	51,5 (DE: 22,8)	61,5 (DE: 20,9)

Tabla 4. Valores del Cuestionario de Calidad de Vida.

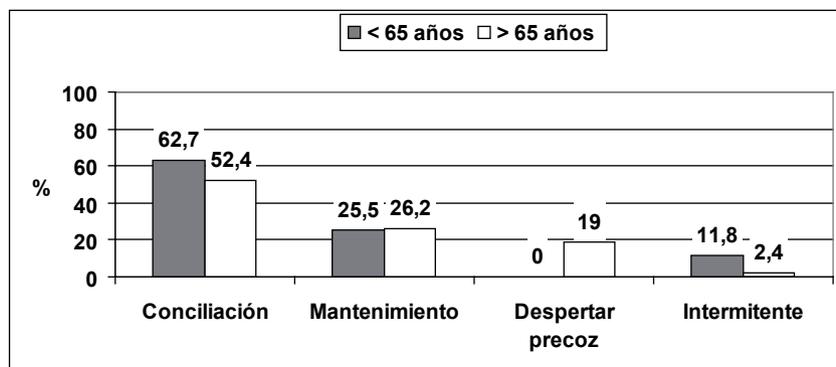


Figura 1. Distribución de los diferentes tipos de insomnio por grupos de edad.

1 se muestra la distribución de los diferentes tipos de insomnio según el grupo de edad. El tipo de insomnio que padecía el paciente se encontraba registrado en el 32,9% de las historias clínicas revisadas.

En cuanto a las repercusiones del insomnio sobre la vida diaria, el 76,8% dijo que se levantaba cansado, el 70,6% consideró que el insomnio interfería en su actividad habitual, un 63,2% sufría distracciones durante el día, el 45,6% se encontraba más irritable y el 39,7% decía presentar somnolencia durante el día. No se encontraron diferencias significativas respecto al sexo ni el grupo de edad en ninguna de estas cuestiones.

Un 27,8% de los entrevistados refirió haber recibido consejos sobre la higiene del sueño, siendo este porcentaje mayor entre la población de menos de 65 años (40,0% vs 12,5%; χ^2 8,37; $p < 0,05$). La realización de esta actividad educativa quedó registrada en un 13,8% de las historias clínicas revisadas.

El 23,4% no tomaba tratamiento farmacológico en el momento de la entrevista; de ellos el 21,7% lo había dejado por mejoría y el 17,4% por efectos secundarios, siendo entre éstos el único reconocido la somnolencia.

Un 69,1% (IC 95%: 58,6-78,0) de los pacientes reconocía no dormir bien pese al tratamiento, sin observarse diferencias significativas entre ambos sexos. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre la edad media de los que decían dormir bien y los que dormían mal (63,5 vs 59,0; $t = 1,41$; $p > 0,05$). En la tabla 3 se muestran los principios activos prescritos, así como su distribución por grupos de edad. Puede apreciarse que el

principio más prescrito en todos los casos es el lorazepam y también la ausencia de prescripciones de midazolam, flurazepam y cloracepato a los mayores de 65 años.

La duración media del tratamiento fue de 44,6 semanas (DE: 43,1). Las mujeres presentaban tratamientos más largos que los hombres (47,5 vs 31,1; $p > 0,05$). El grupo de los mayores de 65 años presentaba periodos de prescripción más prolongados que los menores de dicha edad (53,5 vs 37,3 semanas), aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística.

El 95,5% de los que tomaban tratamiento lo hacía de forma continuada, sin diferencias por sexos ni por edad. El 100% de los mayores de 65 años y el 91,6% de los menores de esta edad tomaban el tratamiento en pauta continua.

En el 94,5% de los casos el prescriptor del hipnótico fue el médico de familia. El 61,3% de los pacientes refirió tener revisiones periódicas de su tratamiento farmacológico por parte de su médico de familia. Dichas revisiones quedaron registradas en el 21,2% de las historias clínicas.

Los resultados obtenidos en la valoración de la calidad de vida de los pacientes aparecen en la tabla 4, mostrándose los resultados diferenciados entre los que dicen dormir bien y los que no. Consideraba su salud buena/muy buena el 17,2% de los que tomaban tratamiento y el 26,1% de los que no lo tomaban. La puntuación media obtenida en la escala de autovaloración del estado de salud (EVA) fue de 54,0 (DE: 22,7). No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por ambos sexos (52,2 en hombres vs 54,4 en mujeres) ni entre los que decían dormir bien frente a los que

dormían mal (55,8 vs 53,2). Presentaban peores puntuaciones en EVA del EQ-5D los de mayor edad ($r = -0,33$; $p = 0,001$), aquellos con despertar precoz ($F = 3,51$; $p = 0,01$) y los que mantenían tratamiento farmacológico (51,57 vs 61,5; $t = 1,93$; $p = 0,06$).

La puntuación de la autovaloración mostraba una correlación débil negativa con la duración del tratamiento hipnótico ($r = -0,28$; $p < 0,05$). El 33,0% del total refería algunos/muchos problemas para desarrollar sus actividades, el 64,9% algún dolor/malestar y el 54,3% trastorno del ánimo moderado/severo.

DISCUSIÓN

La principal limitación del presente estudio ha sido las pérdidas que hemos sufrido, superiores a las esperadas inicialmente, debido a la imposibilidad para contactar con los pacientes y a la negativa a colaborar. Estas pérdidas lógicamente disminuyen la potencia del estudio, pero pensamos no afectan a la representatividad de la muestra.

La población de este trabajo la constituyen personas ya diagnosticadas de insomnio y, por tanto, que están o han estado con tratamiento farmacológico. Pese a ello, la mayoría de los pacientes entrevistados afirmó que continuaba durmiendo mal y presentaba una mala eficiencia del sueño, en porcentaje similar al encontrado por Coronado Vázquez y cols en su trabajo sobre pacientes polimedificados³. Aunque no observamos diferencias significativas en la eficiencia por edades, sí apreciamos una ligera tendencia a su empeoramiento conforme avanza la edad, lo que también se aprecia en otros estudios⁷ y estaría en relación con los cambios en el patrón del sueño que aparecen asociados al envejecimiento^{9,14}.

La mayoría de los pacientes de nuestro estudio refirió que el insomnio interfería en su actividad habitual y entre las disfunciones diurnas la más señalada fue el cansancio. Casi un 40% presentaba somnolencia diurna, dato similar al de Redondo y cols⁵, pero muy superior al encontrado en estudios sobre población general¹⁰.

Observamos un predominio del insomnio de conciliación sobre el de mantenimiento en todos los grupos de edad. Sólo un 8,6% del total de la muestra padecía despertar precoz, a expensas de la población de los mayores de 65 años. Nuestros resultados difieren de los encontrados en el estudio realizado en Albacete⁶ donde predomina el despertar

precoz (88,3%) y del realizado en Cuenca⁵ que pese a observar un porcentaje de insomnio de conciliación similar al nuestro, muestra una proporción de pacientes con insomnio de mantenimiento y despertar precoz superior a la nuestra. Esta diferencia en la distribución de los tipos de insomnio probablemente se deba a las diferencias de edad de la población de los diferentes trabajos (superior a la nuestra en la población de los estudios citados), al haberse observado una diferente distribución de los tipos de insomnio en función de la edad. Así el insomnio de mantenimiento (despertares nocturnos, que en ocasiones son propios de la fragmentación del sueño que aparece con la edad) y el despertar precoz aparecen con más frecuencia en los mayores de 65 años¹⁷.

Respecto al abordaje del insomnio, sólo una cuarta parte de los pacientes entrevistados había recibido consejo sobre higiene del sueño, pese a que la mejora de hábitos deficientes del sueño y la consiguiente modificación de conductas ha demostrado ser eficaz en la mejora de los trastornos del sueño^{18,19}.

La mayoría de los pacientes tomaba tratamiento farmacológico, siendo el principal prescriptor el médico de familia, al igual que en otros estudios^{20,21}. En su mayoría tomaban benzodiazepinas de vida media intermedia, destacando como más prescrito el lorazepam, como en otros trabajos consultados^{6,8}. En los ancianos los fármacos más prescritos fueron lorazepam, lormetazepam y zolpidem, los dos primeros de vida media intermedia y que no sufren oxidación hepática de acuerdo con las recomendaciones terapéuticas del insomnio en ancianos^{9,11,22}. Es de destacar el hecho de no encontrar ninguna prescripción de BDZ de vida media corta o larga en los mayores de 65 años, frente a otros estudios donde estos fármacos sí eran prescritos^{5,6}. Por ello, para este grupo de edad encontramos que en todos los casos el fármaco prescrito era adecuado. Respecto a la duración media del tratamiento, en nuestro estudio se situaba en torno al año (44,6 semanas), muy superior a la recomendada^{2,22}. Por otro lado, al igual que sucede en otros estudios^{5,20,23}, prácticamente ninguno de los pacientes entrevistados tomaba el tratamiento de forma alternativa, aunque los diferentes protocolos recomienden las pautas intermitentes por la utilización de menor cantidad de fármaco con igual eficacia^{20,24}. Por tanto, pese a la adecuación

del fármaco, tanto la pauta de administración como la duración media de los tratamientos no se correspondían con las recomendaciones actuales.

En poco más de la mitad de los casos se realizó una revisión periódica del tratamiento, como recomiendan diferentes guías de práctica^{2,13,25}, y sólo en el 20% de los casos se registró dicha revisión, porcentaje inferior al encontrado por Granados y cols²⁰. Estas visitas de revisión son necesarias para reevaluar el motivo de la prescripción, que es el único método disponible para valorar la efectividad del tratamiento e iniciar la retirada gradual^{13,26}.

Respecto a la calidad de vida de los pacientes estudiados, la autovaloración realizada por ellos mismos mediante la escala analógica visual fue de 54,0, inferior a la obtenida por Azpiazu et al²⁷ en mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid y muy por debajo de la puntuación media obtenida en el estudio en población general de Cataluña²⁸ y en población general española²⁹. Varios autores ya han constatado cómo el insomnio interfiere en la percepción de la calidad de vida del paciente que lo padece^{30,31}, e incluso algunos, como Sánchez y col³¹, observan que no sólo afecta a las dimensiones relacionadas con la salud mental sino también a las escalas funcionales, al igual que hemos observado en nuestros pacientes. Por otro lado, también observamos cómo el hecho de estar en tratamiento con psicofármacos empeora la autopercepción de la calidad de vida hasta el punto de que hay autores³⁰ que consideran que el efecto negativo del insomnio sobre la calidad de vida pudiera ser debido, en gran parte, al tratamiento que requiere.

Por lo anterior debemos plantearnos la atención que prestamos al paciente con insomnio. Aunque seguimos las recomendaciones respecto a la adecuación de los fármacos, dejamos de lado aspectos educativos de efectividad contrastada, prolongamos los tratamientos por encima de las recomendaciones y utilizamos pautas inadecuadas. Además, no registramos parte de nuestras actuaciones, lo que dificulta el seguimiento de los pacientes. La falta de tiempo por la masificación de las consultas y la carga burocrática pueden ser, en parte, responsables de algunas deficiencias, pero no debemos perder la oportunidad para establecer medidas de mejora de nuestras actuaciones y actividades educativas, adecuándolas a cada

situación para contribuir a la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merino Fernández-Pellón A. Trastornos del sueño. *Medicine*. 2007; 9(86):5550-7.
2. Alberdi J, Segade S, Lastra C, Castro C. Insomnio primario. Guías clínicas Fisterrae. 2006. Disponible en: <http://www.fisterra.com/fisterrae/> [consultado el 3-9-2010].
3. Coronado V, López FJ, Fernández JA. Efectividad del tratamiento no farmacológico para el insomnio crónico de pacientes polimedificados. *Semergen*. 2010; 36(5):253-8.
4. Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bonsoño M. Trastornos del sueño. En: Vázquez Barquero JL. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 429-42.
5. Redondo MP, Salcedo F, García MA, Monterde ML, Rodríguez FM, Marcos AI. Prevalencia de insomnio y consumo de psicofármacos en ancianos de una zona básica de salud de Cuenca. *Aten Primaria*. 2000; 25:400-4.
6. Boix Gras C, López Torres Hidalgo J, David García Y, Téllez Lapeira J, Villena Ferrer A, Párraga Martínez I. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. *Aten Primaria*. 2009; 41(10):564-9.
7. De Teresa Romero G, Vázquez García VM, Álvarez Hurtado AA, Carretero Ares JL, Alonso del Teso F, González de las Heras RM. Influencia de la edad en la calidad de los componentes parciales del sueño en la población general. *MEDIFAM*. 2001; 11:11-15.
8. Bejarano Romero F, Piñol Moreso JL, Mora Gilbert N, Claver Luque P, Brull López N, Basora Gallisa J. Elevado consumo de benzodiacepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2008; 40(12):617-21.
9. Baena JM, Riu S, Monedero J. Tratamiento del insomnio en el anciano. *FMC*. 2006; 13(6):317-24.
10. Léger D, Stal V, Guilleminault C, Raffray T, Dib M, Paillard M. Les conséquences diurnes de l'insomnie: impact sur la qualité de vie. *Rev Neurol (Paris)*. 2001; 10:1270-8.
11. Fernández O, López F, Villarín A, Tena J, Morales MP, Rodríguez C. Tratamiento del insomnio. *Boletín farmacoterapéutico de Castilla La Mancha*. 2010; 11(1).
12. Kalyanakrishnan R, Dewey C. Treatment options for insomnia. *Aafp*. 2007; 76(4):517-24.
13. Estivill E, Segarra F. Novedades en el tratamiento del insomnio. *FMC*. 2003; 10(3):181-8.
14. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *Am J Med*. 2006; 119:463-9.
15. Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28(6):425-9.
16. Badía X, Rost M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Escala europea de calidad de vida. Med Clin (Barc)*. 1999; 112(Suppl 1):79-85.
17. Santamaría J. Mecanismos y función del sueño: su importancia clínica. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120(19):750-5.
18. Montgomery O, Dennis J. Cognitive behavioural intervention for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; 1:CD003161.
19. Harsora P, Kessmann J. Nonpharmacologic management of chronic insomnia. *Am Fam Physician*. 2009; 79(2):125-30.
20. Granados MI, Salinero MA, Palomo M, Aliaga L, García C, Ortega R. Adecuación del uso de benzodiacepinas

- zolpidem y zopiclona en problemas atendidos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2006; 38:159-64.
21. Bello ME, Morales C, Abad F, Rubio E. Estudio sobre el consumo de hipnóticos por ancianos en las ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel. *Vigilia-Sueño*. 2005; 17(2):82-9.
 22. Glass J, Lanctôt K, Herrmann N, Sproule B.A, Busto U.E. Sedative hipnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005; 331:1169-75.
 23. Rayon P, Serrano-Castro M, del Barrio H, Alvarez C, Montero D, Madurga M et cols. Hypnotic drug use in Spain: a cross-sectional study based a network of community pharmacies. Spanish Group for the Study of Hypnotic Drug Utilization. *Ann Pharmacother*. 1996; 30(10):1092-1100.
 24. Prescripción de hipnóticos. Cuestiones a tener en cuenta. *Notas farmacoterapéuticas Gerencia Atención Primaria de Toledo*. 2005; 2(3):1.
 25. National Institute for clinical excellence. Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclona for the short-term management of insomnia. Technology appraisal 77. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA077fullguidance.pdf>. [consultada el 12-6-2009].
 26. Campagne DM, García Campayo J. El inadecuado uso de las benzodiacepinas. *Semergen*. 2005; 31(7):319-24.
 27. Azpiazu M, Cruz A, Villasagra JR, Abanades C, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibida o a mala calidad de vida en mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76:683-99.
 28. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the Euroqol 5D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res*. 1998; 7:311-22.
 29. König HH, Bernert S, Angermeyer MC, Matschinger H, Martínez M, Vilagut G et al. Comparison of population health status in six European countries. *Med Car*. 2009; 47(2):255-61.
 30. Schubert CR, Cruickshanks KJ, Dalton DS, Klein B, Klein R, Nondahl DM. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. *Sleep*. 2002; 25(8):48-52.
 31. Sánchez T, Goñi N, Serrano M, Buil P, De Miguel G, Beldarrain O et al. Impacto de los motivos comunes de consulta en el sentimiento de vitalidad y el rendimiento físico de las personas mayores de 65 años. *Aten Primaria*. 2005; 35(5):246-52.