



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 21

**“FRECUENCIA EN EL USO DE BENZODIACEPINAS EN EL
ADULTO MAYOR EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

T E S I S

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DRA. SONIA JIMÉNEZ MORALES



México, D. F. 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Departamento de Medicina Familiar

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 21

**“FRECUENCIA EN EL USO DE BENZODIACEPINAS EN EL ADULTO
MAYOR EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

T E S I S

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DRA. SONIA JIMÉNEZ MORALES

No de Registro: 2005-3703-0018

México, D. F. 2006

DEDICATORIAS

A mis padres:

Paula Morales y Lorenzo Jiménez Sánchez

Por brindarme primeramente la oportunidad de vivir, y darme su apoyo en todas mis decisiones.

A mi hermana Elizabeth:

Por la confianza y su cariño.

A mis muchachos, por ser un gran aliciente en mi vida.

A mis amigos:

Por todos los momentos compartidos, por su ayuda, y sobre todo por su amistad incondicional.

A la Dra. Paula Ávalos por el apoyo brindado.

Si vivir sólo es soñar... hagamos el bien soñado.

Yo he vivido porque he soñado mucho.

INDICE

	PAG
PORTADA	2
DEDICATORIAS	3
PENSAMIENTO	4
AUTORIZACIONES	5
INDICE	6
INTRODUCCION	7
RESUMEN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
ANTECEDENTES	11
OBJETIVO	31
HIPOTESIS	32
JUSTIFICACION	33
ALCANCE	34
DISEÑO METODOLOGICO	35
RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION	42
CONCLUSIONES	62
ANEXOS	63
BIBLIOGRAFIA	65

INTRODUCCION

Para realizar el presente estudio se consideró a los adultos mayores derechohabientes de esta unidad ya que ocupan un porcentaje importante del total de la población usuaria.

Principalmente son estos pacientes adultos mayores en la práctica de la consulta de medicina familiar quienes refieren sufrir de dificultades para dormir, especialmente insomnio, razón por la cual consumen benzodiazepinas.

El consumo de benzodiazepinas es alto y el grupo de adultos mayores son los que más las consumen.

Existe literatura en la que se considera que el consumo de estos fármacos puede ocasionar trastornos en el equilibrio, lo cual en ocasiones es la causa de caídas, si consideramos además que son justamente los adultos mayores los que tienen mayores riesgos de sufrir fracturas, con todas las implicaciones que estas tienen en especial en este grupo de pacientes nos hace reflexionar sobre la importancia de una adecuada prescripción de fármacos como las benzodiazepinas.

RESUMEN

Autores: Dra. Paula Avalos Maza y Dra. Sonia Jiménez Morales.

En el presente estudio se consideró como finalidad principal determinar cual es la frecuencia de adultos mayores de esta unidad que son tratados con benzodiazepinas, y determinar las causas, si se trata de trastornos del sueño, o alguna otra y hacer énfasis en la importancia de una adecuada valoración, orientación y educación como parte fundamental del tratamiento para estos pacientes y su familia, con la finalidad de evitar complicaciones en ellos, lo cual en muchas ocasiones resulta ser el principio del final de nuestros adultos mayores. Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional sobre el uso de las benzodiazepinas en los adultos mayores identificando si es asociado a trastornos del sueño o por alguna otra causa, si los pacientes tienen alguna otra patología asociada, utilizando para esto, las recetas surtidas y los expedientes electrónicos y clínicos en la Unidad de Medicina Familiar 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se estudiaron 382 expedientes de pacientes encontramos que de el total 71.7% eran de sexo femenino, en contraste con el 28.3% masculinos,.

Sin embargo, al realizar el análisis estadístico encontramos que no hubo significancia con respecto al riesgo de padecer trastorno del sueño y el sexo.

El grupo edad con mayor consumo de benzodiazepinas fue observado en edades de 70 a 79 años. El 22.5% de los pacientes que consumen benzodiazepinas tienen como diagnóstico trastorno de sueño. Finalmente se realizó el análisis de pacientes con trastorno de sueño y la presencia de alguna otra patología como hipertensión, diabetes, cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastorno ansioso depresivo o alguna otra patología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas con los que se enfrenta el médico familiar frecuentemente en su práctica clínica diaria en los adultos mayores es con los trastornos del sueño, especialmente insomnio, que refieren sus pacientes, lo que ocasiona el uso de benzodiazepinas, debido a que éstas son medicamentos de acción rápida, son una opción excelente para los pacientes con ansiedad situacional aguda.

Los especialistas coinciden en que este es un campo en que las benzodiazepinas son preferibles a otros medicamentos. Sin embargo, se debe considerar que las benzodiazepinas no se recomiendan en los pacientes ancianos ni para quienes tienen antecedentes de adicción, síntomas de depresión, demencia o apnea del sueño, debido a los efectos adversos.

En vista de que los ancianos corren un riesgo elevado de sufrir efectos colaterales relacionados con las benzodiazepinas, somnolencia, ataxia y trastornos del equilibrio que puede causar caídas graves, estos agentes deben usarse con precaución en este grupo de edad.

En la unidad de Medicina Familiar 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social el consumo total de benzodiazepinas, específicamente de diazepam y clonazepam de los últimos tres años no se conoce con exactitud, sin embargo, durante los 6 meses de marzo a agosto del 2005, la cantidad de recetas surtidas en las que se prescribió alguno de estos dos medicamentos fue de 8058, lo cual nos proporciona solo una idea de que el consumo de dichos medicamentos es importante, considerando todas las implicaciones y los efectos adversos que tiene el uso de benzodiazepinas en los pacientes adultos

mayores es necesario determinar que cantidad de dicho medicamento es consumido por este grupo de pacientes en la unidad.

Los derechohabientes adultos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, son 20,775 representan el 17.13% del total.

El presente estudio tiene como finalidad principal determinar cual es la frecuencia de adultos mayores de esta unidad que son tratados con benzodiazepinas, y determinar las causas, si se trata de trastornos del sueño, o alguna otra y hacer énfasis en la importancia de una adecuada valoración, orientación y educación como parte fundamental del tratamiento para estos pacientes y su familia, con la finalidad de evitar complicaciones en ellos, lo cual en muchas ocasiones resulta ser el principio del final de nuestros adultos mayores.

¿Cuál es la frecuencia de pacientes adultos mayores que consumen benzodiazepinas en la Unidad de Medicina Familiar No. 21?

ANTECEDENTES

Se considera que el consumo de medicamentos de prescripción es la forma más común de abuso entre las personas de edad avanzada o también considerados adultos mayores.¹

El aumento en la esperanza de vida y los cambios demográficos registrados en nuestro país en el curso de los últimos años a llevado a un incremento progresivo en el número absoluto y proporcional de las personas de 60 años y más. Fenómeno especialmente notorio en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde la población de adultos mayores aumentó de 6.4% en 1990 a 12.8% en el año 2002.

Los derechohabientes adultos mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, son 20,775 representan el 17.13% del total, siendo una proporción importante de nuestra población usuaria.²

Como la palabra anciano remite a una persona discapacitada que espera morir, cuando hablamos de envejecimiento se les denomina “adultos mayores” a las personas que han llegado a los 60 años de edad.

Se considera en la literatura que los adultos mayores utilizan medicamentos de prescripción aproximadamente tres veces más que la población en general y se ha encontrado que son los que tienen las tasas más bajas siguiendo las instrucciones para tomar un medicamento.

Además, datos del Sistema de Hospitales de la oficina de Asuntos de los Veteranos de Guerra sugieren que es posible que a los pacientes mayores se les recete dosis innecesariamente altas de medicamentos, tales como las benzodiacepinas, y que a

veces se les prescriben estos medicamentos por que se les valora con trastorno de sueño.³

Resulta por ello, de gran importancia, evaluar con la Historia clínica datos sobre: dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantener el sueño, o despertar matutino precoz. Se debe precisar la historia del sueño del paciente, tanto en días laborables como durante el fin de semana: hora de acostarse y de levantarse; rituales previos antes de irse a la cama (TV, lectura, radio, etc.); latencia del sueño; numero y causa de despertares durante la noche (temperatura ambiental, ruidos, nicturia, pesadillas, ronquidos, disnea, etc.). También se deberán recoger datos sobre somnolencia diurna, cansancio, depresión y ansiedad, así como el horario de trabajo y de las comida. Además reseñaremos los hábitos tóxicos del paciente, como ingesta de alcohol o drogas y los tratamientos farmacológicos que reciba, sin olvidar las pautas horarias de administración. La historia se completara con los antecedentes personales y familiares, generales y psiquiátricos, haciendo hincapié en lo concerniente al sueño y la vigilia.⁴

Deberemos tener en cuenta que en adultos mayores la etiología del insomnio es de origen multifactorial.⁵

En general, a las personas de edad más avanzada se les debería prescribir dosis menores de medicamentos porque la habilidad del cuerpo para 'metabolizar' muchos medicamentos disminuye con la edad.⁶

Probablemente existe una relación entre la morbilidad causada por la edad y el abuso de medicamentos de prescripción.

Por ejemplo, las personas mayores que toman benzodiazepinas tienen un riesgo mayor de sufrir caídas que causen fracturas de las caderas y de las piernas así como de tener accidentes de tránsito.

El deterioro cognitivo también está asociado con el uso de las benzodiazepinas, aunque es viable que el deterioro de la memoria sea reversible una vez que se descontinúa la droga.⁷

Según el DSM-IV, los trastornos del sueño están divididos en: trastornos del sueño primarios, relacionados con otro trastorno mental, debido a enfermedad médica e inducido por sustancias.

Los trastornos de sueño primarios, son aquellos que aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño vigilia, que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento.

El trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental consiste en alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable a menudo en el estado de ánimo o trastornos de ansiedad, que es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Probablemente, los mecanismos fisiopatológicos responsables del trastorno mental también afectan la regulación del ciclo sueño vigilia.

El trastorno del sueño debido a una enfermedad médica consiste en alteraciones del sueño como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad sobre el sistema sueño vigilia.

El trastorno del sueño inducido por sustancias consiste en alteraciones del sueño como consecuencia del consumo o del abandono de una sustancia en particular.

Mediante la polisomnografía se pueden registrar cinco estadios diferentes, el sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y cuatro estadios de sueño con reducción de los movimientos oculares rápidos (NREM).

En el estadio 1NREM se produce la transición de la vigilia al sueño y constituye un 5% del tiempo total de los adultos sanos, el estadio 2 NREM constituye el 50% del tiempo de sueño, los 3 y 4 NREM son los periodos de sueño más profundo y constituyen aproximadamente un 10-20% del sueño, el sueño REM durante el cual tiene lugar la mayor parte de la actividad onírica, constituye alrededor del 20-25% del sueño total.

Estos estadios de sueño presentan una organización temporal a lo largo de la noche.

El sueño humano también varía de un modo característico a lo largo de la vida.

Después de observarse una estabilidad relativa en la niñez y las primeras etapas de la adolescencia en cuanto a la presencia de sueño de ondas lentas, la continuidad y la profundidad del sueño van deteriorándose a lo largo de la vida adulta. Este deterioro se refleja en un aumento de la vigilia y el estadio 1 del sueño y en una disminución de las fases 3 y 4. A causa de todo ello es necesario considerar la edad del individuo a la hora de efectuar el diagnóstico de un trastorno del sueño.

Criterios para insomnio primario:

- A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.
- B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- C. La alteración del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasonmia.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.⁸

El insomnio es un trastorno que dura las 24 horas del día y se manifiesta clínicamente como la percepción de un sueño insuficiente o incapacidad para dormir.⁹

Entre 23% y 34% de las personas mayores de 60 años, consulta en algún momento por trastornos del sueño, siendo la prevalencia a nivel de la población general variable según las encuestas que la sitúan desde el 1% al 48%. Y solo el 7 a 15% refirieron tener un sueño reparador. Además de ser una de las causas principales de consumo farmacológico.^{3,6}

La dificultad para conciliar o mantener el sueño o la alteración del patrón normal del sueño que conduce a la sensación de que este no es suficiente le llamamos Insomnio. El insomnio con más de tres semanas de evolución se le cataloga como insomnio crónico. Con la edad, el tiempo total de sueño tiende a disminuir y se interrumpe con frecuencia, y conducen a la petición de tratamiento aunque no existe evidencia de que interfieran con el estado de salud.⁹

Un 40% de los ancianos que padecen de insomnio consumen fármacos para tratar su condición. El insomnio es un factor de riesgo para accidentes y cambios de humor, alterando la calidad de vida de la persona.⁹

Siempre deberemos diferenciar entre un episodio de insomnio agudo, desencadenado como respuesta a situaciones de estrés, enfermedades agudas o consumo de algún fármaco nuevo.¹⁰

El Insomnio crónico es considerado como aquel de más de tres semanas de evolución, que deberá ser estudiado valorando las posibles causas.¹¹

Otra de las causas frecuentes de consulta es por somnolencia diurna. Se estima que alrededor del 20% de ancianos presenta algún grado de somnolencia diurna, observándose como probables etiologías: estados depresivos, presencia de frecuentes despertares nocturnos, uso de fármacos para dormir, estado de vida sedentario y limitación de la actividad diaria.¹²

CLASIFICACIÓN

En relación con su duración podemos distinguir tres tipos de insomnio:

1. Ocasional o transitorio: aquel que dura una o varias noches.
2. De corta duración: aquel que se prolonga por espacio de una a tres semanas.
3. Crónico: aquel de más de tres semanas de duración.

Los dos primeros se deben a causas externas al organismo, mientras que el insomnio crónico se debe a factores intrínsecos complejos desde un punto de vista fisiopatológico.

De acuerdo con la clasificación internacional de los trastornos del sueño (ICDS) se distinguen tres tipos de insomnio crónico:

Insomnio psicofisiológico: suelen ser pacientes con un estado de alerta excesivo y una tensión muscular elevada a la hora de acostarse que les impide dormir, destacando en su personalidad rasgos de ansiedad y depresión. Suelen ser personas que se enclaustran, con bajo umbral para las situaciones de estrés y con un componente hipocondríaco importante.

Insomnio Idiopático: que comienza en la edad pediátrica y es discutible para algunos autores como entidad patológica.

El Insomnio psicofisiológico o insomnio primario: Precisa para su diagnóstico de la presencia de dificultad para iniciar o mantener el sueño o la presencia de un sueño no reparador que causa un importante malestar o dificultad en la actividad diurna. Durante al menos un mes, descartando previamente proceso médico o psiquiátrico.¹³

CALIDAD DEL SUEÑO

Algo importante es que no debe considerarse como insomnio el dormir poco tiempo si la calidad del sueño es buena y no se afecta la actividad ni el estado de alerta diurnos.

Puede haber personas sanas que duermen 3 horas y se sienten bien el resto del día, y otras acostumbradas a dormir 10-12 horas diarias, que se sienten privadas de sueño o cansados cuando "sólo" han podido dormir 7 horas. La mayoría de los adultos duermen entre 5 y 9 horas, siendo lo más frecuente unas 7-8 horas.

La prevalencia de trastornos de sueño, especialmente insomnio es elevada. En el periodo de un año, alrededor de un tercio de la población adulta tiene algún problema de insomnio; y en la mitad de ellos aproximadamente, el insomnio es importante o crónico. Es más frecuente en los adultos mayores, ya que se estima que aproximadamente la mitad de los mayores de 60 años lo presentan.¹⁴

CAMBIOS FISIOLÓGICOS:

El envejecimiento produce una serie de cambios en el patrón del sueño:

- Reducción del tiempo total del sueño.
- Menor eficiencia del mismo.
- Incremento de despertares nocturnos.
- Aumento de somnolencia diurna.

Estudios polisomnográficos en personas ancianas demuestran:

- Mayor frecuencia y duración de los períodos de vigilia.

- Fase REM (movimiento rápido de los ojos, con disminución de la actividad muscular). Permanece estable.
- Fase no REM son las fases de sueño más profundo, que con el envejecimiento disminuyen progresivamente.

Estas alteraciones se relacionan con las quejas típicas:

- Sueño menos reparador
- Vigilias más frecuentes y prolongadas
- Menos sueño nocturno y más ligero

ALTERACIONES DE RITMO CIRCADIANO:

Se caracteriza porque el horario de sueño del paciente no coincide con el que se considera habitual desde el punto de vista social, o con el que el paciente desea.

HÁBITOS FARMACOLÓGICOS:

Existen diversos fármacos de uso común que pueden causar insomnio, más en ancianos que suelen estar poli-medicados, por lo que es importante considerar el consumo de:

Antihipertensivos como los Bloqueadores Beta Adrenergicos.

Anticolinérgicos como el Bromuro de Ipatropio.

Hormonas como:

- Contraceptivos orales
- Preparados tiroideos
- Cortisona
- Progesterona

Simpaticomiméticos:

- Broncodilatadores
- Xantinas
- Descongestionantes

Antineoplásicos.

Miscelánea:

- Interferón alfa
- Fenitoína
- Levodopa
- Cafeína¹⁵

PATOLOGÍAS PSICOLÓGICAS Y ORGÁNICAS ASOCIADAS A TRASTORNOS
DEL SUEÑO

Cualquier enfermedad crónica que produzca síntomas de incomodidad por la noche puede provocar deterioro del sueño nocturno.

- Síndrome de apnea del sueño (SAS)
- Movimiento periódico de las piernas
- Síndrome de piernas inquietas
- Insomnio por síntomas orgánicos (dolor, prurito, disnea, estímulo miccional....)
- Depresión y otros trastornos psiquiátricos
- Malos hábitos del sueño
- Consumo de bebidas alcohólicas o estimulantes
- Algunos fármacos ¹⁶

En un estudio realizado en Cuba sobre la prescripción de benzodiazepinas (BZD), los médicos participantes identificaron una serie de factores que influyen en la prescripción de análogos. Así mismo, desde la posición de médicos prescriptores, se ha alcanzado un acuerdo para proponer las principales acciones que se puede llevar a cabo a fin de disminuir el uso de estos fármacos. En este trabajo se indica que la elevada prescripción de BZD es un problema multifactorial con raíces sociales y psicológicas, que tiene que ver tanto con el médico que prescribe como con el individuo que llega a la consulta y su interacción con la sociedad, así como las autoridades sanitarias y no sanitarias. De los datos obtenidos, se observó que el factor que más influye en la prescripción de BZD y análogos fue la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los

problemas de la vida diaria, lo que da lugar a una medicación. El origen de este malestar se atribuyó principalmente al modelo sociocultural actual.

El factor que más influye en el uso de BZD y análogos fue la disminución del umbral de tolerancia de la población “es más rápido prescribir que escuchar”. Este factor es una constante que se encontró en estudios donde se analizan los condicionantes de la prescripción desde el punto de vista del médico.¹⁷

La falta de tiempo impide establecer una adecuada relación médico-paciente. Otro punto que llama la atención es la ausencia, entre los factores más influyentes, de la presión de la industria farmacéutica. Aunque es obvio que la promoción de productos farmacéuticos influye en su utilización, su influencia en el caso particular de la prescripción de las BZD y análogos no parece tener un peso importante. Podemos decir que los principales factores detectados no dependen del propio médico, sino que derivan de profundo problemas psicológicos, sociales, culturales y económicos. Sin embargo, se ha detectado cierta falta de autocrítica en el grupo de participantes. Cabe destacar que los participantes no consideraron la formación sobre indicaciones y correcto uso de BZD y análogos como algo importante para la disminución de la prescripción de estos fármacos, lo cual está de acuerdo con los resultados hallados en estudios donde se realizan intervenciones educativas en grupos de médicos. Se puede afirmar que muchas de las intervenciones propuestas por este grupo dependen poco de la acción de médico prescriptor y resultaría difícil llevar a la práctica, pues serían muchos los recursos personales y tecnológicos necesarios. Creemos que estas opiniones deben hacer reflexionar sobre las medidas de control del actual incremento en la prescripción de BZD.¹⁷

La prescripción de benzodiacepina y análogos sigue creciendo y los principales prescriptores de estos medicamentos son los médicos de atención primaria. Las intervenciones realizadas para disminuir su uso inciden fundamentalmente en el área cognitiva de los médicos.

La educación para la población es la intervención más importante para la disminución del uso de estos fármacos.¹⁸

En un estudio realizado en Lima –Perú se evaluó a los adultos mayores en base a: Funcionalidad, nivel cognitivo, depresión, evaluación social, malnutrición, agitación y alteración del ciclo sueño-vigilia, síncope, mareos, caídas, inmovilización, insomnio, incontinencia urinaria y fecal, constipación, ortostatismo y prostatismo. En base a este estudio, se considera que son múltiples los problemas de salud que pueden presentar los pacientes adultos mayores y que se relacionan con el insomnio el cual consideramos de gran importancia por las repercusiones que pueden ocasionarle a los pacientes, aunado a que el uso crónico de las benzodiacepinas para contrarrestarlo también ocasiona otras alteraciones, entre las que destacan la ataxia que puede causar caídas graves que incluso pueden llevar a la inmovilidad a nuestros pacientes adultos mayores.¹⁹

En el ámbito internacional el uso de las benzodiacepinas en los pacientes adultos mayores por trastornos de ansiedad e insomnio es un problema que también ha sido estudiado y analizado.

El Comité de Seguridad de Medicamentos y el Royal College of Psychiatrists del Reino Unido recomiendan la prescripción de BZD para el insomnio sólo cuando es severo, discapacitante o expone al paciente a estrés extremo.

El Drug and Therapeutics Bulletin recomienda la utilización de BZD cuando hay alteraciones marcadas del sueño y afecta la vida de un individuo o su familia habiendo fallado otra terapéuticas.²⁰

Las causas por las que se prescriben las Benzodiazepinas fueron básicamente: Ansiedad, insomnio, depresión, y un porcentaje de entre 50 y 80% de estos casos la prescripción se consideró inapropiada.²¹

Tratamiento farmacológico:

Los fármacos pueden utilizarse con una doble finalidad: como tratamiento sintomático del insomnio, o como tratamiento de un trastorno psiquiátrico en cuyo contexto el insomnio sea un síntoma destacado. En el primer caso se utilizan hipnóticos en una sola toma a la hora de acostarse. En el segundo caso, los medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o neurolépticos se administran adecuando la dosis a la existencia del insomnio, suministrando toda, o casi toda la dosis, a la hora de acostarse.

BENZODIAZEPINAS:

Existen una serie de diferencias clínicas entre las diferentes benzodiazepinas que dependerán en gran medida de sus características farmacocinéticas. Debiendo ser el

criterio para prescribirlas la duración de su efecto. La importancia de la vida media de eliminación es decisiva, distinguiéndose tres tipos de benzodiazepinas:

Benzodiazepinas de acción ultracorta y corta: (Midazolam, Triazolam) que serán eficaces en el insomnio de conciliación, insomnio transitorio y en el síndrome de desfase horario tras vuelos intercontinentales.

Benzodiazepinas de acción intermedia (Alprazolam, Loracepam, Oxacepam, Flunitracepan, Lormetazepan, Temacepan, Nitracepan, Brotizolan) además del efecto hipnótico presentan efecto ansiolítico y pueden presentar somnolencia diurna, debido a su mayor vida plasmática, sobretodo en ancianos con menor metabolización.²²

Dentro de las Benzodiazepinas que se manejan en el instituto mexicano del seguro social se encuentra el clonacepam y el diacepam.

Propiedades farmacológicas, todos los efectos de las benzodiazepinas se producen, virtualmente, por acciones de estos fármacos en el SNC. Los mas relevantes son sedación, hipnosis, disminución de la ansiedad, relajación muscular, amnesia anterógrada y actividad anticonvulsiva. Solo dos efectos de éstos fármacos parecen resultar de acciones en los tejidos periféricos: vasodilatación coronaria, que se observa después de la administración intravenosa de dosis terapéuticas de ciertas benzodiazepinas, y bloqueo neuromuscular, que ocurre solo con las dosis muy altas. La mayor parte de las benzodiazepinas reduce la latencia del sueño, en especial cuando se emplean por primera vez, y disminuyen el número de veces que despierta el receptor y el tiempo dedicado a la etapa 0(etapa de vigilia).El tiempo en la etapa

1(somnolencia descendente) suele reducirse y hay disminución relevante en el tiempo dedicado al sueño de ondas lentas (etapas 3 y 4). Muchas benzodiazepinas incrementan el tiempo desde la iniciación de huso del sueño hasta la primera descarga de sueño de REM y el tiempo dedicado al sueño REM suele acortarse. Sin embargo, el número de ciclos de sueño REM suele incrementarse, sobre todo durante la parte tardía que duerme el individuo.

A pesar del acortamiento del sueño de etapa 4, y del sueño REM, el efecto neto de la administración de BZD consiste de manera característica en un incremento del tiempo total que duerme el paciente. Principalmente por aumento del tiempo dedicado a la etapa 2 (que es la fracción principal del sueño No REM).

Durante la administración nocturna crónica de BZD suelen disminuir los efectos en las diversas etapas del sueño en el transcurso de unas cuantas noches. Cuando se interrumpe la administración de estos fármacos, el patrón de los cambios inducidos por ellos en los parámetros del sueño puede rebotar, y hacerse especialmente notable un incremento en la cantidad y la densidad del sueño REM. Sin embargo si dosificación no ha sido excesiva, los pacientes suelen observar solo que duermen un poco menos, en vez de experimentar exacerbación del insomnio.

La cinética de la redistribución del diazepam y otras benzodiazepinas lipófilas, se complica por la circulación enterohepática, los volúmenes de distribución de las BZD son grandes y en muchos casos se incrementan en ancianos.

Las BZD se metabolizan en gran medida en el hígado.

Las BZD se administran a menudo a pacientes externos con ansiedad aunada a síntomas de depresión, aunque no se ha demostrado con claridad su eficiencia específica sobre los aspectos centrales de la depresión mayor grave.

El diazepam se redistribuye con especial rapidez, con una semirredistribución cercana a una hora. El grado de fijación de las BZD a proteínas plasmáticas se correlaciona con la solubilidad en lípidos, y varía entre 99% en el caso de diazepam y 85 % en el clonacepam.

Clonazepam vida media 23 horas (+/-5 hrs)

Diazepam vida media 43 horas (+/- 13 hrs)

Por lo que estos fármacos deben utilizarse con mucha cautela y preferentemente se recomiendan en padecimientos agudos, ya que debido a su acción sedante a lo largo del día no esta exenta de riesgos, además de su efecto acumulativo.

Principios básicos para la utilización de Benzodiazepinas:

- Utilizar la menor dosis efectiva posible.
- Tratamientos breves (máximo un mes).

- Si se necesitan tratamientos prolongados monitorizar la respuesta, tolerancia y efectos secundarios.
- Valorar la presencia de efectos secundarios a la sedación.
- Retirada progresiva del fármaco para evitar recurrencia, rebote o síndrome de abstinencia.
- Preferible utilizar fármacos de vida intermedia para evitar la somnolencia diurna.
- Evitar el uso de benzodiazepinas de acción larga, por el riesgo de somnolencia diurna y caídas.
- En pacientes consumidores crónicos de benzodiazepinas con persistencia del sueño retirar progresivamente el fármaco y plantearse otro tratamiento.

Riesgos asociados:

- Pacientes con trastornos de movilidad
- Son responsables de caídas y inmovilidad.
- Pacientes con SAS y trastornos del sueño.
- Peligro de ocasionar I^a respiratoria aguda (están contraindicados).
- Ancianos.

- Presentan un aumento de la grasa corporal (las benzodiazepinas son fuertemente liposolubles) aumentando su distribución y disminuyendo su eliminación, aumentando la duración de sus efectos.
- Insuficiencia hepática.
- Metabolización hepática principalmente, siendo esta causa de contraindicación.
- Pacientes con deterioro cognitivo:
 - Provocan aumento del deterioro.
 - Provocan cuadros confusionales de aparición sobre todo nocturna.
 - Provocan respuestas paradójicas.
 - Generan inmovilidad y provocan caídas.

Es preferible el uso de neurolépticos "clásicos" tipo Haloperidol o Tioridacida , si el tratamiento no va a ser prolongado.

Si el tratamiento va a ser prolongado o la presencia de trastornos extrapiramidales se valoraría introducir los "nuevos" neurolépticos, Risperidona o la olanzapina.

Como alternativa pueden ser útiles los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina a dosis bajas (útiles en el insomnio asociado a depresión).

En el insomnio asociado a alteraciones del ritmo circadiano puede ser utilizada la Melatonina

Recomendaciones:

*Prudencia con los tratamientos farmacológicos

Benzodiazepinas recomendadas:

Vida intermedia: en despertares nocturnos o el despertar matutino precoz.

Vida media corta: en insomnio de inicio.

El tratamiento depende de la causa y debe ser individualizado inicialmente con cambios en el estilo de vida para la re educación del sueño y por último la terapia con medicamentos.²²

Medidas de higiene del sueño

Métodos para mejorar

1. Establecer un horario regular de sueño: Acostarse y levantarse siempre a la misma hora.
2. No ir a la cama hasta tener sueño.
3. Reducir el horario de siesta durante la tarde a treinta minutos.
4. Comer liviano y dos horas antes de acostarse a dormir.
5. Crear una rutina antes de acostarse: Cepillarse los dientes. Poner el despertador, escuchar música.
6. Un buen ambiente: Una habitación oscura, tranquila, fresca y sin estímulos. La habitación debe utilizarse solo para dormir y no para ver TV, comer, etc.
7. Unas buenas almohadas: Bajo la cintura y entre las rodillas pueden ayudar.
8. Ejercicio: Realizar algún ejercicio regularmente como caminar.

9. Relajación: El estrés y la ansiedad pueden interferir con el sueño. Distraiga la mente con una buena lectura antes de acostarse y tome un baño.
10. Evitar estimulantes: Evite alimentos o bebidas con cafeína como el café, refrescos, chocolate y evite fumar.
11. Finalmente, no se recomienda el uso de benzodiazepinas por más de cuatro meses para personas mayores debido a la posibilidad de crear una dependencia física.²³

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar cual es la frecuencia de pacientes adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 21 que consumen Benzodiazepinas.

Objetivos Específicos:

Identificar si utilizan las benzodiazepinas como tratamiento por trastornos del sueño o por alguna otra causa.

Identificar las patologías agregadas que padecen este grupo de pacientes.

Identificar si existe justificación para la prescripción de benzodiazepinas

HIPOTESIS

“Los adultos mayores son manejados frecuentemente con benzodiazepinas principalmente para el tratamiento de los trastornos del sueño.

JUSTIFICACION

Dentro de la práctica de la Medicina Familiar uno de los problemas con los que se enfrenta el médico familiar frecuentemente es con los trastornos del sueño, especialmente insomnio, que refieren sus pacientes, lo que ocasiona el uso de benzodiazepinas.

La importancia de conocer acerca de los pacientes adultos mayores que están consumiendo benzodiazepinas, radica en que éste es un grupo que ocupa un porcentaje importante de los derechohabientes que acuden a solicitar atención médica y que refieren insomnio.

Los especialistas coinciden en que este es un campo en que las benzodiazepinas son preferibles a otros medicamentos. Sin embargo, se debe considerar que las benzodiazepinas no se recomiendan en los pacientes ancianos por los efectos adversos, y en los casos que de se requiera deben ser usados con precaución.

En la unidad de Medicina Familiar 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social el consumo total de benzodiazepinas, específicamente de diazepam y clonazepam de los últimos tres años no se conoce con exactitud

ALCANCE

Durante la realización de este estudio, se revisaron recetas surtidas en el periodo de tiempo establecido, además de los expedientes clínicos de estos pacientes con el propósito de analizar si el consumo de la benzodiacepinas se relacionaba con algún trastorno de sueño, específicamente insomnio, al respecto se pudo observar que de el total de pacientes que consumen benzodiacepinas un porcentaje importante, son adultos mayores.

Sin embargo, aun hay un gran campo de trabajo con respecto a este tema, ya que podríamos indagar respecto a los hábitos de sueño en estos pacientes considerando que la fisiología del sueño se modifica con la edad, siendo además muy importante educar al respecto de las medidas de higiene de sueño en estos pacientes con la finalidad de disminuir el consumo de éste fármaco en los adultos mayores.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Retrospectivo: porque el periodo de tiempo que analizaremos para realización del presente estudio será anterior a la fecha en que iniciamos la recolección de datos de marzo a agosto del presente año, se analiza en el presente, pero con datos del pasado.

Descriptivo: porque como investigador no se tendrá intervención en el estudio solamente vamos a limitarnos a observar y describir los datos obtenidos en el presente estudio.

Observacional: ya que no realizaremos ninguna intervención como investigador, solo realizaremos la medición de las variables de estudio.

Transversal, ya que se desarrolla en un momento de tiempo concreto.

Población de estudio:

Pacientes adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 21 que estén consumiendo benzodiazepinas

Lugar de estudio: La unidad de Medicina Familiar 21

Periodo de estudio: De marzo a agosto de 2005

ESPECIFICACION DE VARIABLES

UNIVERSALES

Consumo de benzodiazepinas

Edad de los pacientes

Sexo del paciente

Causa por la que se consume la benzodiazepinas

Patologías asociadas en los pacientes adultos mayores

Valoración de trastorno de sueño

Calculo del Tamaño de la muestra:

En la Unidad de Medicina Familiar se desea seleccionar una muestra de expedientes de pacientes que consumen benzodiazepinas en un periodo de tiempo de 6 meses marzo a agosto de 2005 para determinar la frecuencia con la que se consume en adultos mayores.

Se sabe que el total de adultos mayores de 60 años derechohabientes de la unidad es de 20775, y que el número de recetas surtidas por diacepam es de 3535 y clonacepam 4523 en el periodo de tiempo de estudio.

Se requiere una muestra con 96% de confianza y un error de 5%.(24)

Fórmula:

$$n = \frac{N}{1 + N d^2}$$

$$n = \frac{8058}{1 + 8058(0.05\%)^2}$$

$$n = \frac{8058}{20.1475}$$

n= tamaño de la muestra
N= 8058 población total(# de recetas surtidas)
1= constante
$\delta^2=0.05$

$$n = 399.9$$

Tamaño de la muestra = 400 expedientes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.- Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social
- 2.- Que estén siendo tratados con benzodiazepinas (diazepam o clonazepam) al momento de la realización de este estudio.
- 3.- Se encuentren dentro del periodo de tiempo establecido para el estudio.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1.- No es necesario definirlos, ya que son mutuamente excluyentes con respecto a los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Expedientes que no tengan los datos requeridos o que no se encuentren.
- 2.- Pacientes dados de baja

Variables y Escalas de Medición: Se describen en apartado correspondiente.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional sobre el uso de las benzodiazepinas en los adultos mayores identificando si es asociado a trastornos del sueño o por alguna otra causa, en la Unidad de Medicina Familiar 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para lo cual se investigó el número total de pacientes adultos mayores derechohabientes de la Unidad, se seleccionó en base a las recetas surtidas por clonacepam y diacepam en un periodo de tiempo de seis meses y se realizó una evaluación de la proporción de estos medicamentos que son consumidos por este grupo de pacientes, se realizó una correlación entre el consumo y la presencia de trastorno de sueño, a los pacientes seleccionados, se evaluó si presentaron alguna otra patología, específicamente si padecían diabetes, hipertensión o alguna cardiopatía, para lo cual se revisaron expedientes clínicos de dichos pacientes.

La determinación de la muestra se realizó con base al registro de farmacia sobre el consumo mensual de benzodiazepinas en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 que corresponde a 8058 recetas surtidas en el periodo de estudio, utilizando la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N}{1 + N d^2}$$

Las variables del estudio son cualitativas nominales. Una vez obtenidos los

resultados se elaboró una base de datos y se analizó mediante estadística descriptiva por medio de frecuencias simples y proporciones.

Los resultados fueron procesados a través de cuadros y gráficas, utilizando el paquete de software estadístico de Excel y el programa estadístico SPSS y finalmente se realizaron cruces de variables en EPI INFO.

Para lo anterior se utilizó como Instrumento de recolección de datos una Hoja para captura de datos elaborado por el investigador.

Se seleccionó de manera aleatoria el número de expedientes correspondientes al tamaño de muestra determinado y se investigaron datos como: la edad del paciente, identificando cuales de ellos son adultos mayores de 60 años, la presencia de patología agregada y si la benzodiacepina la consumían por trastorno del sueño o por alguna otra causa.

Ámbito geográfico en el que se desarrolló la investigación

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 en la Ciudad de México.

Recursos utilizados

Humanos:

El investigador, el cual realizó la revisión de la información de expedientes clínicos.

Físicos

Recetas de farmacia, expedientes clínicos.

Materiales

Computadora, disquetes, papelería, lápiz, goma, sacapuntas, fotocopias, etc.

Prueba piloto

No necesario en este tipo de estudio observacional.

RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION DEL ESTUDIO

PACIENTES QUE CONSUMEN BENZODIACEPINAS

SEGUN SEXO

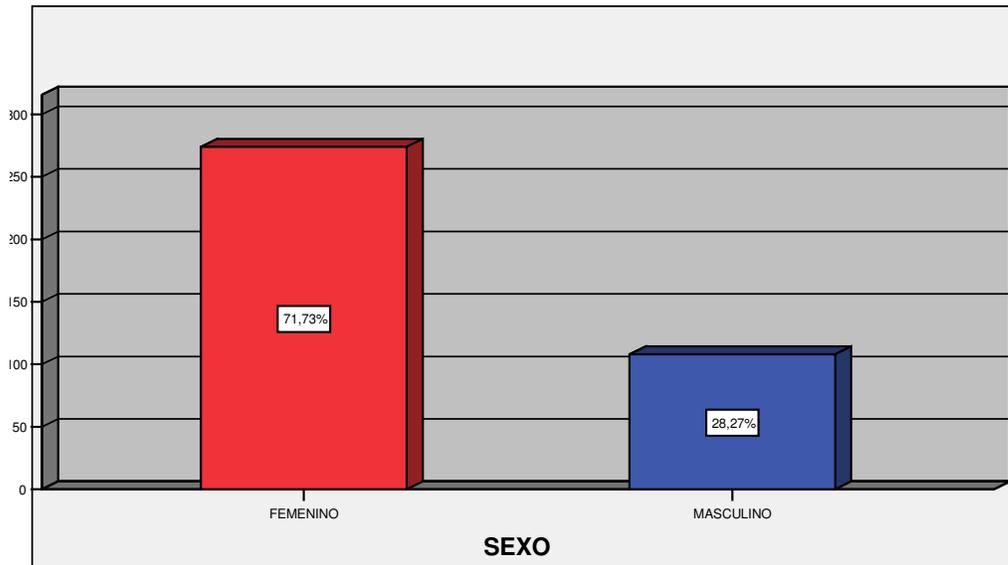


TABLA1.

		Frecuencia	Porcentaje %	% validado	% acumulado
Sexo	Femenino	274	71,7	71,7	71,7
	Masculino	108	28,3	28,3	100,0
	Total	382	100,0	100,0	

PACIENTES QUE CONSUMEN BENZODIACEPINAS

POR GRUPO DE EDAD

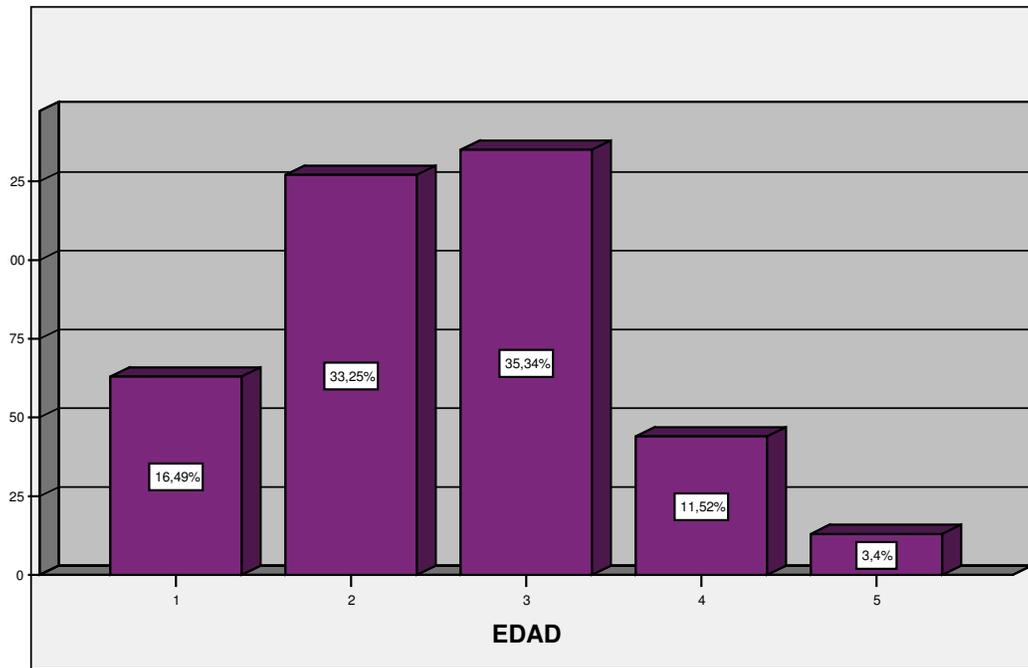


Tabla. 2

Grupos Edad	Frecuencia	%	% Validado	% Acumulado
1	63	1	16,5	16,5
2	127	3	33,2	49,7
3		3	35,3	85,1
4	44	1	11,5	96,6
5	13	3,	3,4	100,0
Tot	382	1	100,0	

**PACIENTES QUE CONSUMEN BENZODIACEPINAS
CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE SUEÑO**

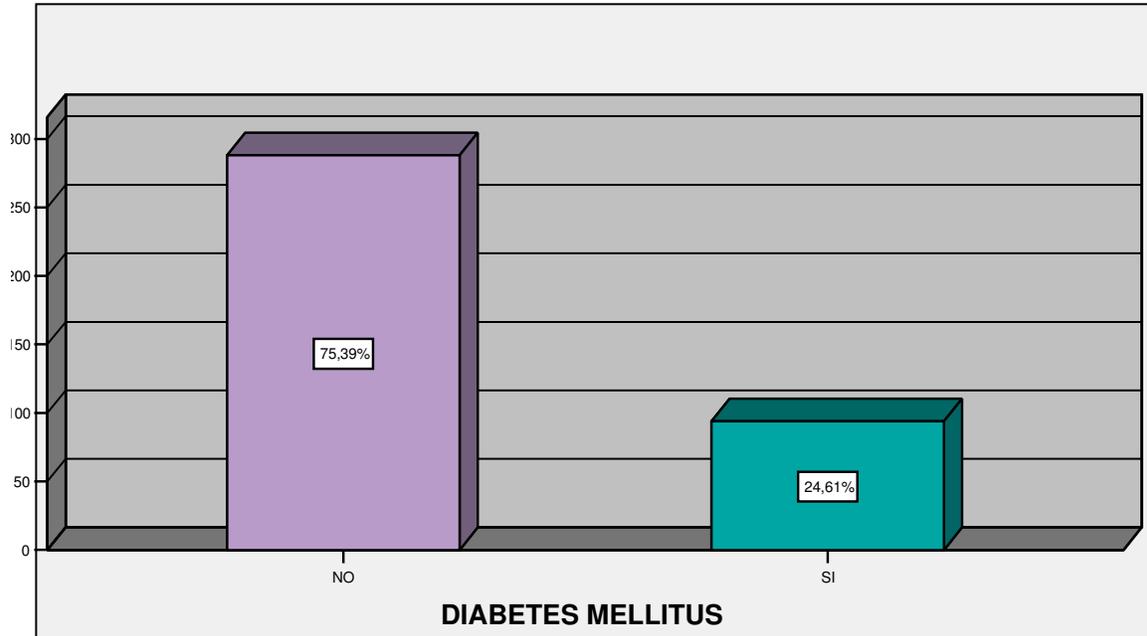


TABLA No 3

TRASTORNO DE SUEÑO	Frecuencia	%	% validado	% acumulado
No	296	77,5	77,5	77,5
Si	86	22,5	22,5	100,0
Total	382	100,0	100,0	

PACIENTES QUE CONSUMEN BENZODIACEPINAS

CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS



DIABETES MELLITUS

TABLA No. 4					
		Frecuencia	%	% Validado	
	No	288	75,	75,4	75,4
	Si	94	24,	24,6	100,0
	Total	382	100	100,0	

PACIENTES QUE CONSUMEN BENZODIACEPINAS

CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION

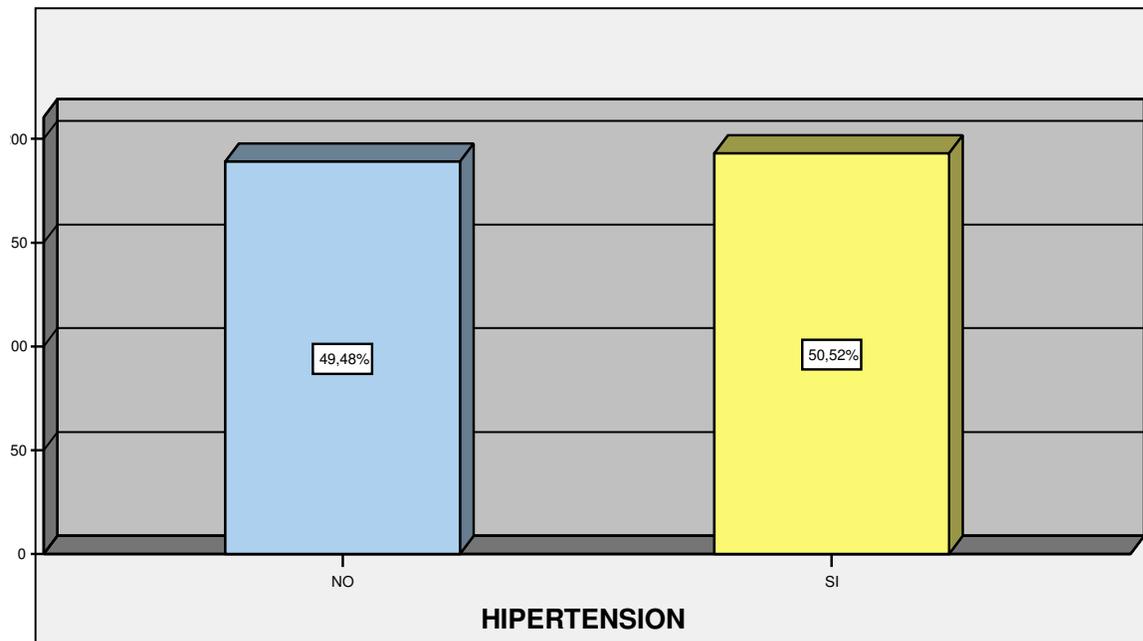


TABLA No.5				
	Frecuencia	%	%	%
No	189	49,	49,5	49,5
Si	193	50,	50,5	100,0
Total	382	100	100,0	

PACIENTES QUE CONSUMEN BENZODIACEPINAS

CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD PULMONAR

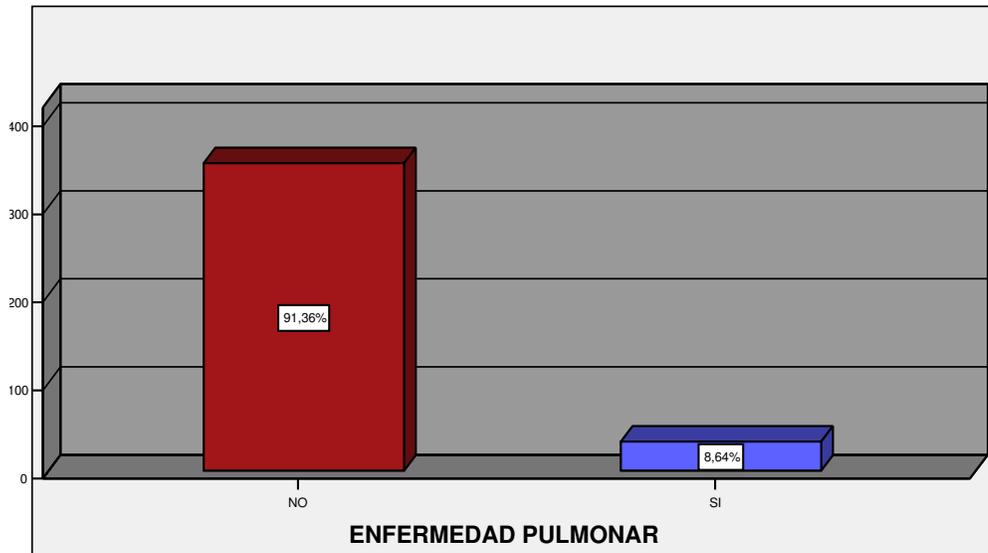


TABLA No. 6

	Frecuencia		%	%
No	349	91,4	91,4	91,4
Si	33	8,6	8,6	100,0
Total	382	100,	100,0	

PACIENTES QUE CONSUMEN BENZODIACEPINAS

CON DIAGNOSTICO DE CARDIOPATIA

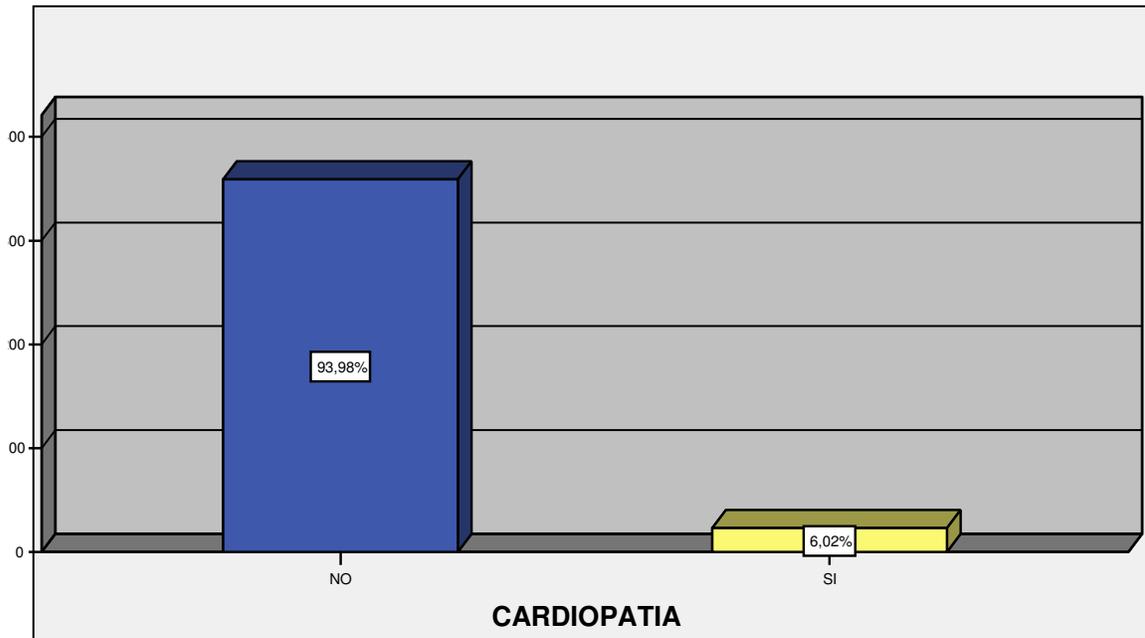


TABLA No. 6

	Frecuencia	%	% Validado	% acumulado
No	359	94,0	94,0	94,0
Si	23	6,0	6,0	100,0
Total	382	100,0	100,0	

PACIENTES QUE CONSUMEN BENZODIACEPINAS

CON DIAGNOSTICO DE OTRAS PATOLOGIAS

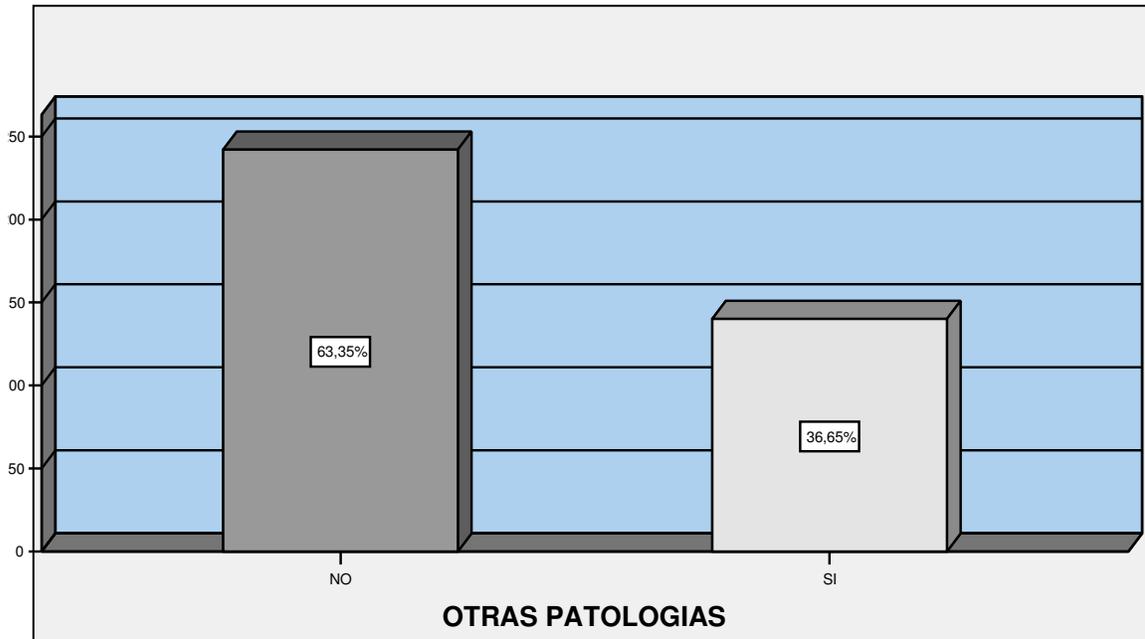


TABLA No. 7

	Frecuencia	%	% Validado	% acumulado
No	242	63,	63,4	63,4
Si	140	36,	36,6	100,0
Total	382	10	100,0	

CRUCE DE VARIABLES
SEXO * TRANSTORNO DEL SUEÑO

TABLA No. 8				
		TRASTORNO		Total
		No	Si	
SEXO	Femenino	217	57	274
	Masculino	79	29	108
Total		296	86	382

Riesgo Relativo= 0.72 (0.42<OR<1.24)

Intervalo de confianza 95%

P= 0.20

EDAD * TRANSTORNO DEL SUEÑO

TABLA No. 9				
		TRASTORNO		Total
		No	Si	
EDAD	1	49	14	63
	2	101	26	127
	3	102	33	135
	4	33	11	44
	5	11	2	13
Total		296	86	382

Riesgo Relativo= 0.98 (0.49<OR<1.95)

Intervalo de confianza 95%

P= 0.95

DIABETES * TRASTORNO DEL SUEÑO

TABLA No. 10		TRASTORNO		Total
		No	Si	
DIABETES	N	219	69	288
MELLITUS	Si	77	17	94
Total		296	86	382

Riesgo Relativo= 1.43 (0.76<OR<2.69)

Intervalo de confianza 95%

P= 0.24

TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO*TRANSTORNO DEL SUEÑO

TABLA No. 11				
		TRASTORNO		Total
		DE		
		No	Si	
DEPRESION	No	243	70	313
	Si	53	16	69
Total		296	86	382

Riesgo Relativo= 0.95 (0.49<OR<1.86)

Intervalo de confianza 95%

P= 0.88

HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA * TRANSTORNO DEL SUEÑO

TABLA. 12				
		TRASTORNO DEL SUEÑO		Total
		No	Si	
HAS	No	139	50	189
	Si	157	36	193
Total		296	86	382

Riesgo Relativo= 1.57 (0.94<OR<2.62)

Intervalo de confianza 95%

P= 0.06

**ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA *TRANSTORNO
DEL SUEÑO**

TABLA.13				
		TRASTORNO DE SUEÑO		Total
		No	Si	
EPOC	No	270	79	349
	Si	26	7	33
Total		296	86	382

Riesgo Relativo= 1.09 (0.439<OR<2.87)

Intervalo de confianza 95%

P= 0.85

CARDIOPATIAS * TRANSTORNO DE SUEÑO

TABLA.14				
		TRASTORNO DE SUEÑO		Total
		No	Si	
CARDIOPATIAS	No	279	80	359
	Si	17	6	23
Total		296	86	382

Riesgo Relativo= 0.81 (0.29<OR<2.39)

Intervalo de confianza 95%

P= 0.67

OTRAS PATOLOGIAS * TRANSTORNO DE SUEÑO

TABLA 15				
		TRASTORNO DE SUEÑO		Total
		No	Si	
OTRAS	No	186	56	242
	Si	110	30	140
Total		296	86	382

Riesgo Relativo= 1.10 (0.65<OR<1.88)

Intervalo de confianza 95%

P= 0.69

El total de pacientes estudiados fueron 400, de los cuales se excluyeron 18 por encontrarse datos de baja, quedándonos un universo de 382 pacientes.

Observamos que el sexo femenino mostró un mayor índice de consumo de benzodiazepinas con un porcentaje de 71.7%, el cual equivale a 274 pacientes, en relación al sexo masculino con 108 paciente equivalente a un 28.3%, sin embargo, al realizar el análisis estadístico encontramos que no hubo significancia con respecto al riesgo de padecer trastorno del sueño y el sexo.

El grupo de edad con mayor consumo de benzodiazepinas fue observado en edades de 70 a 79 años con un 35.3%, seguido del grupo de 60-69 años con 33.2%, en 80-89 años un 11.5% y mayores de 90 años 3.4%.

Además de que considerando que el total de los adultos mayores que consumen benzodiazepinas del total de nuestra población estudiada es de 319 y corresponde a un 83.5%, en contraste con 63 pacientes menores de 60 años equivalente a 16.5%. Sin que al realizar el análisis se les encontrara significancia estadística a la presencia de trastorno de sueño con la edad.

Los pacientes que consumen benzodiazepinas y que tienen como diagnóstico trastorno de sueño fueron 86 con un porcentaje de 22.5% y los que no tienen este diagnóstico 296 pacientes correspondientes a 77.5%.

Se encontró que el número de pacientes diabéticos que consumen benzodiazepinas es de 94, equivalente a 24.6%, y los que no la consumen 288 con un 75.4%. En el análisis estadístico se observó que los pacientes con

diabetes mellitus tienen un riesgo de 43 veces más de padecer trastorno de sueño que los que no la padecen.

Los pacientes hipertensos que consumen benzodiazepinas fueron un 49.5% que corresponden a 189 pacientes y los no hipertensos fueron 193 que corresponden a 50.5%.

Al realizar el cruce de variables se encontró significancia estadística y se determinó que los pacientes con hipertensión arterial tienen 57 veces más riesgo de padecer trastorno de sueño.

Los pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar consumidores de benzodiazepinas tuvieron un porcentaje de 8.6%, en contraste con 91.4% en los que no presentan padecimiento pulmonar.

No se encontró significancia estadística

Los pacientes no cardíacas ocuparon un mayor porcentaje de 94%, mientras que los cardíacas solo un 6%.

Los pacientes con otras patologías agregadas y consumidores de benzodiazepinas ocuparon un 36.6% y los que no tuvieron ninguna otra patología agregada un 63.4%.

Podemos, finalmente resumir diciendo que en el estudio realizado, encontramos que los pacientes con Hipertensión Arterial sistémica tiene un riesgo relativo de 57 veces más de padecer trastorno de sueño, con un valor de $p=0.06$

Así también, los pacientes con Diabetes Mellitus tienen un riesgo relativo 43 veces más de padecer trastorno de sueño que los pacientes que no lo son, con un valor de $p=0.24$.

Se realizaron cruces de variables: trastorno de sueño relacionado con sexo, edad, Enfermedad pulmonar, cardiopatías, trastorno ansioso depresivo, y otras patologías, no encontrándose valor significativo de p en ninguna de éstas.

Se considera en la literatura que los adultos mayores utilizan medicamentos de prescripción aproximadamente tres veces más que la población en general y se ha encontrado que son los que tienen las tasas más bajas siguiendo las instrucciones para tomar un medicamento.

En el presente estudio pudimos observar que un porcentaje importante de los pacientes tienen patologías agregadas, entre las más significativas encontramos a la Hipertensión arterial y la Diabetes, lo que ocasiona una mayor probabilidad de consumo de medicamentos en este grupo de pacientes.

En ocasiones las benzodiazepinas se prescriben por que se les valora con trastorno de sueño.

Aunque en el estudio la cantidad de pacientes que consumen benzodiazepinas y tienen diagnóstico de trastorno de sueño, no resultó significativa, siendo solamente 86 pacientes del total de la muestra. (389 pacientes)

También se encontró que en un porcentaje considerable, no hay ningún diagnóstico que justifique la prescripción de la benzodiacepinas en adultos mayores.

Es importante considerar que en adultos mayores la etiología del insomnio es de origen multifactorial.

En general, a las personas de edad más avanzada se les debería prescribir dosis menores de medicamentos porque la habilidad del cuerpo para 'metabolizar' muchos medicamentos disminuye con la edad.

CONCLUSIONES

La utilidad del presente estudio radica en que los adultos mayores derechohabientes de esta unidad ocupan un porcentaje importante del total de la población usuaria.

El consumo de benzodiazepinas es alto y de los resultados obtenidos podemos concluir que en la unidad el grupo de adultos mayores son los que más las consumen teniendo un 83.5% del total.

Lo cual nos invita a reflexionar ya que en la medida en que los médicos hagamos un buen diagnóstico de trastornos del sueño, ayudaremos a que nuestros pacientes adultos mayores tengan menores complicaciones, disminuyendo la probabilidad de caídas.

Idealmente, y sobre todo en los adultos mayores la prescripción de benzodiazepinas debe ser realizada con cautela, tomando como arma principal las medidas de higiene del sueño como primera línea de tratamiento para los adultos mayores que padecen este trastorno.

Con respecto a los pacientes vale la pena hacerles saber que existen cambios fisiológicos con la edad, la importancia de la terapia ocupacional y la búsqueda de redes de apoyo así como la integración a grupos de ayuda para adultos mayores.

Además de educación sobre la importancia de no incrementar dosis y los efectos adversos.

“ES MAS FACIL PRESCRIBIR QUE ESCUCHAR”

ANEXOS

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Consumo de BZD	Cualitativa nominal	Ingesta de BZD para el manejo de una entidad nosológica.	Se obtendrá la información del expediente clínico de los pacientes seleccionados.	Si No	Recetas de farmacia
Edad del paciente	Cualitativa nominal	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Se obtendrá la edad del paciente del registro de la misma en el expediente clínico.	a) menos de 59 años b) 60 años y más	Expedientes clínicos
Causa por la que consume la BDZ	Cualitativa Nominal	Enfermedad del paciente por la cual el médico tratante decide emplear BDZ	Se obtendrá la información del expediente clínico	a) Trastorno de sueño b) Otra patología.	Expedientes clínicos

Valoración de trastorno de sueño	Cualitativa Nominal	Si hubo o no valoración	Se obtendrá información del expediente clínico	Si No	Expedientes clínicos
Patologías asociadas.	Cualitativa Nominal	Enfermedad crónicas que padece nuestro paciente	La información se obtendrá directamente del expediente clínico del paciente.	Diabetes Hipertensión Cardiopatías EPOC TAD Otras	Expedientes clínicos

Formato para captura de datos obtenidos de recetas y expedientes

Nombre	Afilia ción	Edad		Sexo		T. sueño		TAD agregadas				Patologías		
		+60	-60	H	M	Si	No	Si	No	Si	No	Car	EPOC	Otras
								DM	HAS			d		
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
*Elaborado por el investigador para recopilar datos de recetas y expedientes														

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Pacheco Quesada Gerardo Manuel, Rey de Castro Mujica Jorge, Insomnio en patients adultos ambulatorios de medicina interna del hospital Nal Arzobispo Loayza. Rev Med Hered 14(2); 2003
- 2.- Dra. Leonor Campos Aragón, Diagnóstico de Salud 2004 Unidad de Medicina Familiar 21
- 3.- Alan I. Leshner, Ph.d, Tendencias en el abuso de los medicamentos de prescripción, serie de reportes de investigación; Nacional Institute on Drug Abuse, August, 2001
- 4.- Departamento f Psychiatry ,Westum Psychiatric Institute snd Clinic of the University of Pittsburg Medical Center, P.A.Review provided by Veri Med Health Care Network; 2004
- 5.- Haro Carmona A., Hospital de Elda, Patología del Sueño: Insomnio, Alicante, España 2º 2004.
- 6.- Conceptos básicos para el uso racional de fármacos en el anciano, Manual de geriatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, programa de Geriatría y Gerontología.
- 7.- Espíndola Homero G., Inmovilidad en el adulto mayor, Universidad Pontificia de Chile, 29 (1-2); 2000

- 8.- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ta ed, Washington C.C. American Psychiatric 1994
- 9.- San José Laporte A. ¿No podría dormir mejor?, Jano medicina y humanidades. Barcelona. Doyma publicaciones médicas. 1998; (1279),4:
- 10.- Monty M Jaime, Actualización sobre la incidencia y las causas del insomnio primario y secundario, Rev Med de Uruguay; 2002,18
- 11.- Gonzalez Aragón GJ. Autocuidado en la vejez. Revista Mexicana de Geriátria y Gerontología, vol 1 (1). 1989.
- 12.- E.Vargas Castrillón y A. Moreno González. Ancianos y Fármacos. Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario San Carlos, Madrid.1999
- 13.- University of Virginia, Health System Home, Health Topics contact, august (31) 2004
- 14.- M.R. Peraita Adrados et al. Tratamiento del insomnio. Revista Clínica Española, Vol .199, Num.2 Febrero 1999; 109-113
- 15.- Langarica Salazar Raquel, Gerontología y Geriátria: Editorial Interamericana. 1992, Proceso del envejecimiento
- 16.- Katz D McHoney C, Clinical Correlates of insomnia in patients whit chronic ioness, Arch Intern Med 1998; 1099(107)

17.- Rev Cubana Med Gen Integr: 1998; 14 (4): 316-19

18.- Silva Herrera L and cols , Utilización de benzodiazepinas en la atención primaria
Rev Cubana Med Gen Integr , 3/2002

19.- Varela Pinedo L, Perfil del adulto mayor Perú- Intrall/2004

20.- Sassano Miguel Angel L, Uso racional de benzodiazepinas; 2002

21.- Galleguillos U Tamara, Garay S J L et al, Tendencia del uso de benzodiazepinas
en una muestra de consultantes en atención primaria; Rev Med Chile, 131(5) 2003

22. Kupfer DJ, Reynolds III CF. Management of insomnia. N Eng J Med 1997; pp.
341-346.

23. Healthwise Incorporated P.O. Box. Adaptado del Manual La salud en casa. Ed
1999.

25.- Sánchez Pérez TL, Guía metodológica para la elaboración de un protocolo de
investigación en el área de la salud, Ed Prado. México.2002