

## Prevalencia de insomnio tratado con benzodiazepinas en adultos mayores de 65 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 58

Adriana Corona-Ramos<sup>1</sup>, Mireille Alva-González<sup>2</sup>, María del Carmen Hernández-Vargas<sup>3</sup>.

1) Médico Pasante de Servicio Social. Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 58 "General Manuel Ávila Camacho" del IMSS.

2) Médico Epidemiólogo. Unidad de Medicina Familiar No. 58 "Las Margaritas" del IMSS.

3) Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 58 "Las Margaritas" del IMSS.

### RESUMEN

**Introducción:** El aumento en la esperanza de vida ha generado un incremento en el número de adultos mayores, hecho que ha traído consigo una creciente oleada de trastornos del sueño, siendo el grupo de benzodiazepinas el de elección para su tratamiento, a pesar de ser bien conocidos sus potenciales efectos adversos, sobre todo en los adultos mayores.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de trastorno del sueño tratado con benzodiazepinas en derechohabientes mayores de 65 años en la UMF 58.

**Material y métodos:** Se analizó una muestra de 522 adultos mayores de 65 a 79 años. Se aplicó el instrumento a través de plataforma digital y el análisis estadístico se realizó con estadística básica e inferencial, reportando porcentajes mediante el programa SPSS versión 24.

**Resultados:** La prevalencia de insomnio fue de 78% con un 72.2% de uso de benzodiazepina de los cuales 31.8% no tienen insomnio, 54.9% tiene dificultad del sueño y 79.6% presentan insomnio. El clonazepam fue el fármaco más usado en 58.8% y el tiempo de exposición máximo fue mayor a 5 años en 29.9%.

**Conclusión:** Debido a la alta prevalencia de la prescripción de benzodiazepinas en adultos mayores con y sin insomnio, es necesario el desarrollo de estrategias que administren su prescripción, con el objetivo de evitar potenciales efectos secundarios en este grupo de personas.

**Palabras clave:** Insomnio, trastornos del sueño, adultos mayores, benzodiazepinas.

### ABSTRACT

**Introduction:** The increase in life expectancy has generated an increase in the number of elder people, a fact that has brought a growing wave of sleep disorders, with the group of benzodiazepines being the group of choice for its treatment, Although it's possible side effects are well known especially in older adults.

**Objective:** To determine the prevalence of sleep disorders treated with benzodiazepines in beneficiaries older than 65 years in UMF 58.

**Material and methods:** A sample of 522 older adults between 65-79 years old was analyzed. The application of the instrument was through a digital platform and the statistical analysis of the results was carried out with basic and inferential statistics, reporting percentages, through the SPSS version 24 program.

**Results:** The prevalence of insomnia was 78% with 72.2% of benzodiazepine use of which 31.8% do not have insomnia, 54.9% have difficulty sleeping and 79.6% have insomnia. Clonazepam was the most used drug in 58.8% and the time of maximum exposure was greater than 5 years in 29.9%.

**Conclusion:** Due to the high prevalence of prescription of benzodiazepines in older adults with and without insomnia, it is necessary to develop strategies that manage their prescription, with the aim of avoiding possible side effects in this group of people.

**Keywords:** Insomnia, sleep disorders, older adults, benzodiazepines.



María del Carmen Hernández-Vargas.  
Unidad de Medicina Familiar No. 58 "Las Margaritas" del IMSS. Perif. Blvd. Manuel Ávila Camacho s/n, Las Margaritas, C. P. 54050, Tlalhepantla de Baz, Méx.  
Correo electrónico: maria.hernandezva@imss.gob.mx.  
Citar como: Corona RA, Alva GM, Hernández VM.  
Prevalencia de insomnio tratado con benzodiazepinas en adultos mayores de 65 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 58. Invest Clín Mexiq; 2022; 1 (4) : 9-14

## Introducción

El sueño es una función biológica básica para el ser humano, independientemente de la edad. A medida que el organismo envejece, dicho proceso decae, siendo los adultos mayores quienes presentan con mayor frecuencia trastornos como el insomnio, mismo que se define como la dificultad persistente en el inicio, duración, consolidación o calidad del sueño, que ocurre a pesar de contar con el ambiente adecuado para dormir y resulta en alguna forma de alteración diurna o alteraciones en la calidad de vida<sup>1,2,3</sup>.

La evaluación del insomnio debe tener un enfoque biopsicosocial, ya que es importante reconocer que tanto su origen como sus perpetuadores, pueden ser de naturaleza biológica, ambiental, conductual o psicosocial<sup>2</sup>. Tanto el diagnóstico como tratamiento del insomnio en el adulto mayor son todo un reto, debido a que suele pasar inadvertido o no tratarse, lo cual contribuye al empeoramiento de las condiciones médicas y psiquiátricas; por otro lado, existe la posibilidad de que los fármacos no sean prescritos de forma adecuada<sup>1</sup>.

Distintos estudios han demostrado la eficacia a corto plazo de las benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, estos hipnóticos disminuyen la latencia del inicio del sueño, reducen despertares nocturnos e incrementan el tiempo total de sueño; sin embargo, tienden a alterar la arquitectura del sueño aumentando la fase N2 del sueño No MOR (movimiento ocular rápido), disminuyendo el sueño de ondas lentas y el sueño MOR a largo plazo<sup>4</sup>. En adultos mayores, estos medicamentos deben utilizarse con precaución, debido a los cambios en la farmacodinamia y farmacocinética inducidas por la edad, pudiendo llegar a acumularse altos niveles en plasma, ocasionando aumento de los efectos adversos en los adultos mayores<sup>5</sup>.

El uso y prescripción indiscriminados de benzodiazepinas han ocasionado que desde hace algunos años, diferentes asociaciones públicas expresen su preocupación por dicha práctica, ya que es bien sabido el riesgo que tienen para producir efectos secundarios graves, así como el potencial riesgo que tienen de producir dependencia farmacológica<sup>6</sup>.

El tratamiento del paciente con insomnio debe individualizarse en función de las preferencias personales, la capacidad de recibir o no, terapia conductual, la severidad del insomnio, el impacto que produce en la calidad de vida, los potenciales riesgos, costos e inconvenientes que pueda producir, con el objetivo de mejorar la calidad del sueño<sup>1,7</sup>.

Por lo anterior es ideal evitar la prescripción de benzodiazepinas en el adulto mayor con insomnio y utilizar medidas no farmacológicas como tratamiento de primera línea. Todo esto con el objetivo de evitar efectos adversos en este sector de la población, mejorando su calidad de vida.

## Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal, descriptivo en la UMF No. 58 del IMSS, unidad de atención de primer nivel con influencia en el poniente del Estado de México. La información fue recopilada y conservada de acuerdo a lineamientos éticos internacionales. Tras la aprobación del Comité de Ética e Investigación 1503, con número de registro: R-2022-1503-019 ante SIRELCIS.

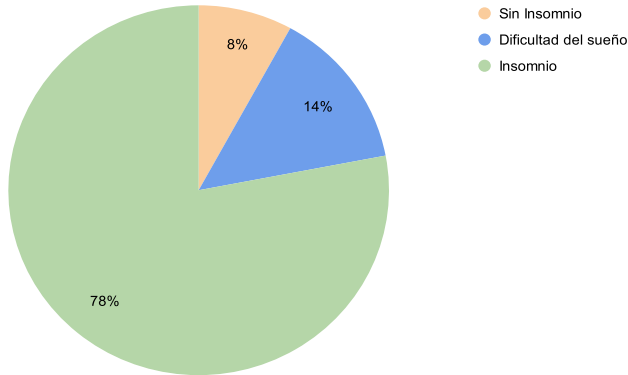
Se analizó una muestra de 522 adultos mayores de 65 años derechohabientes de la unidad, a los cuales se les proporcionó consentimiento informado y se les aplicó de manera digital el instrumento validado: ATENAS; tomando como punto de corte calificación > 6 para definir la presencia de insomnio, calificación de 3 para dificultad del sueño y una calificación < 3 para aquellos sin dificultad del sueño.

El análisis estadístico de resultados se realizó con estadística básica e inferencial, reportando porcentajes mediante el programa SPSS versión 24. Para la descripción de variables cualitativas se utilizaron frecuencias simples y proporciones, mientras que las variables cuantitativas se evaluaron con pruebas de normalidad. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión; para el análisis bivariado se usó prueba T de student y U de Mann Whitney para variables cuantitativas, para variables categóricas Chi cuadrada como prueba de contraste de hipótesis. Se entregaron los resultados a la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud de la UMF 58 para difusión de resultados a las instancias pertinentes.

## Resultados

Se recolectó una muestra de 522 derechohabientes adultos mayores de 65 años adscritos a la UMF No. 58; del total de la muestra, 78.0% presentó insomnio, 14.0% solo tuvo dificultad para conciliar el sueño y el 8% restante no tuvo insomnio. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Prevalencia de insomnio entre los pacientes adultos mayores de 65 años adscritos a la UMF No. 58



En cuanto a distribución del uso de benzodiazepinas, se encontró que 72.2% de la muestra evaluada usó algún tipo de benzodiazepina, quedando 27.8% de adultos mayores con y sin algún trastorno sin uso de este tipo de fármacos. Del 72.2% de derechohabientes en tratamiento el 31.8% no tuvieron insomnio, 54.9% solo tuvo dificultad del sueño y 79.6% presentaron insomnio (Tabla 1). Entre la distribución del uso de benzodiazepinas y su asociación con insomnio se obtuvo un valor de  $p < 0.001$  estadísticamente significativo.

Tabla 1. Distribución del uso de benzodiazepinas de acuerdo a los trastornos del sueño, en pacientes adscritos a la UMF NO. 58

	Sin insomnio		Dificultad del sueño		Insomnio		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Uso de Benzodiazepinas	14	31.80%	39	54.90%	324	79.60%	377	72.2%
Sin uso de Benzodiazepinas	30	68.20%	32	45.10%	83	20.40%	145	27.8%

De acuerdo a datos obtenidos sobre el tipo de benzodiazepina más usada, resultó que 58.8% de la muestra consumía clonazepam, siendo este el más utilizado, seguido de alprazolam con 8.6%, lorazepam con 2.1% y otros 2.7%; respecto al consumo de clonazepam se encontró que de los grupos sin insomnio, dificultad del sueño e insomnio, lo consumieron el 31.8%, 49.3% y 63.4% respectivamente. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la benzodiazepina más usada de acuerdo a los trastornos del sueño, en pacientes adscritos a la UMF NO. 58

	Sin insomnio		Dificultad del sueño		Insomnio		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alprazolam	0	0%	0	0%	45	11%	45	8.6%
Clonazepam	0	31.8%	35	49.3%	258	63.4%	307	58.8%
Lorazepam	14	0%	1	1.4%	10	2.5%	11	2.1%
Otra	0	0%	3	4.2%	11	2.7%	14	2.7%
No toman	30	62.2%	32	45.1%	83	20.4%	145	27.8%

Se evaluó el tiempo de exposición a benzodiazepinas en cuatro rangos, 3 a 6 meses, 6 a 12 meses, 1 a 5 años y más de 5 años, obteniendo el mayor porcentaje el rango de más de 5 años (29.9%) seguido de 1-5 años con 26.2% y el menor tiempo de exposición fue de 3 a 6 meses con 4.2%. Del grupo de personas sin insomnio, 31.8% llevaba desde un año hasta más de 5 años consumiendo benzodiazepinas y de los pacientes que solo presentaron dificultad para dormir 39.4%. (Gráfico 2 y Tabla 3).

Gráfico 2. Distribución del tiempo de uso de benzodiazepinas de acuerdo a los trastornos del sueño.

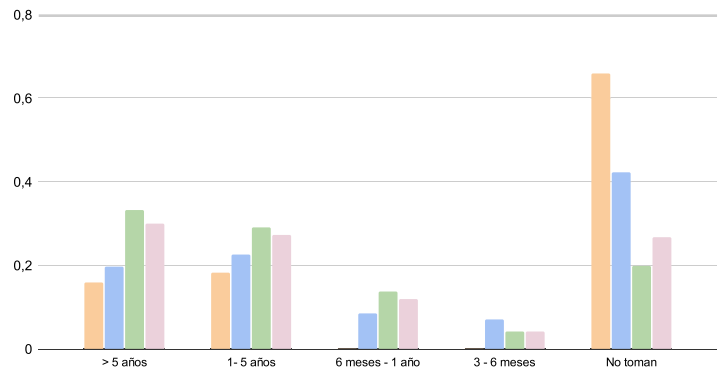


Tabla 3. Distribución del tiempo de uso de benzodiazepinas de acuerdo a los trastornos del sueño, en pacientes adscritos a la UMF NO. 58

	Sin insomnio		Dificultad del sueño		Insomnio		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
> 5 años	7	15.9%	14	19.7%	135	33.2%	156	29.9%
1-5 años	7	15.9%	14	19.7%	116	28.4%	137	26.2%
6 meses - 1 año	0	0%	6	8.5%	56	13.8%	62	11.9%
3-6 meses	0	0%	5	7%	17	4.2%	22	4.2%
Nunca	30	68.2%	32	45.1%	83	20.4%	145	27.8%

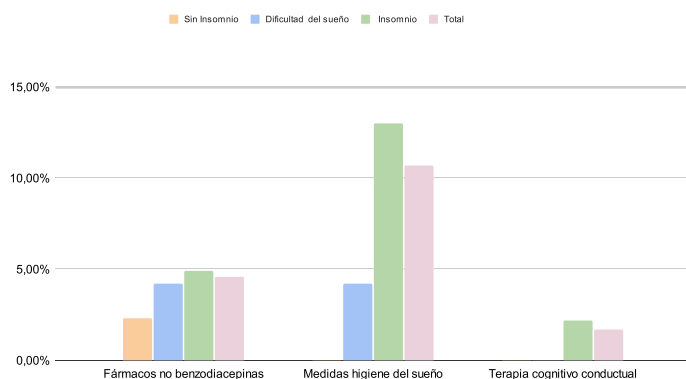
En la distribución entre el tiempo de uso de benzodiazepinas mayor a un año se obtuvo un valor de  $p < 0.001$  estadísticamente significativo, incluso en el grupo de pacientes sin insomnio o con solo dificultad.

Por otra parte, el médico familiar fue quien más prescribió benzodiazepinas, reportándose 62.3% de prescripción en comparación con el médico particular y el psiquiatra, quienes prescribieron benzodiazepinas en 5.4% y 4.8% respectivamente, únicamente 2 personas consumieron este grupo de fármacos por iniciativa propia.

Asimismo, el médico familiar indicó este grupo de fármacos al 29.5% de personas sin insomnio, al 50.7% de los que cursan con dificultad para dormir y al 67.8% de los adultos mayores con insomnio.

Del total de la muestra que toma benzodiazepinas al 55.2% nunca se le ofreció alguna alternativa previa al uso de benzodiazepinas, al 4.6% se le ofertó iniciar con fármacos no benzodiazepinas, al 10.7% medidas de higiene del sueño y solo al 1.7% terapia cognitivo conductual. De los pacientes con insomnio se ofrecieron fármacos no benzodiazepinas, medidas de higiene del sueño y terapia cognitivo conductual en 4.9%, 13% y 2.2% respectivamente (Gráfico 3).

**Gráfico 3. Distribución alternativas ofrecida previas al uso de benzodiazepinas de acuerdo a los trastornos del sueño.**



## Discusión

Este estudio en el que se aplicaron 522 encuestas, reveló alta prevalencia de adultos mayores con insomnio (78%), de los cuales 79.6% fueron tratados con algún tipo de benzodiazepina. A pesar de saber que las guías de práctica clínica no recomiendan como tratamiento de primera intención un hipnótico sin haber descartado fármacos o enfermedades que provoquen o exacerben este padecimiento<sup>8</sup>. Es importante señalar que a pesar de que

solo 78% de adultos mayores cumplieron con definición operacional de insomnio, también se dio tratamiento con benzodiazepinas a las personas que solo tiene dificultad para dormir (31.8%) o que incluso no presenta alteraciones (54.9%). Estos resultados pueden deberse a que durante la práctica médica diaria el médico prestador de atención no cuenta con el tiempo suficiente para realizar un interrogatorio adecuado en cuanto a calidad del sueño de los pacientes y/o no está actualizado en cuanto a las diversas estrategias no farmacológicas y farmacológicas para el manejo de los diferentes grados de insomnio o trastornos del sueño.

En la presente investigación la benzodiazepina más usada por los adultos mayores fue clonazepam con 58.8%, en contraste con Corp QY. et.al, en donde se encontró que la benzodiazepina más usada fue clordiazepóxido (69,6 %), seguido del diazepam y alprazolam, con 25 % en ambos casos<sup>9</sup>.

Según la Agencia Española del Medicamento (AGEMED) las benzodiazepinas no deben utilizarse más de un mes para el insomnio, ni más de 3 meses para la ansiedad, incluyendo el tiempo de retirada gradual del medicamento, ya que excederse en el tiempo puede crear tolerancia y dependencia en el paciente, así como pérdida de eficacia terapéutica<sup>10</sup>. Tomando en cuenta lo anterior, se encontró que en la UMF 58 el tiempo de uso de las benzodiazepinas independientemente del tipo, es mayor a 5 años en un 29.9%, siendo este mucho mayor a lo recomendado por diversas fuentes, resaltando así la exposición prolongada a este grupo de fármacos, tanto en pacientes con insomnio como en pacientes sin insomnio o que solo tienen dificultad para dormir, hecho que incrementa de manera exponencial el riesgo de presentar posibles efectos secundarios como deterioro cognitivo, fraccionamiento del sueño, riesgo de caídas, tolerancia, dependencia, por mencionar algunos<sup>11</sup>.

En cuanto a las intervenciones ofertadas previo a la administración de alguna benzodiazepina (higiene del sueño, terapia cognitivo conductual, fármacos no benzodiazepínicos), los resultados reportaron que en 55.2% los médicos omiten indicar este tipo de alternativas y del porcentaje restante que sí lo hace, la intervención más utilizada son las medidas de higiene del sueño en 10.7%. Por otra parte, Andrea Contreras et. Al, menciona que la terapia psicológica parece ser mejor aceptada que la terapia farmacológica, sobre todo por el temor de los pacientes a los efectos secundarios de los fármacos o a la generación de dependencia, asimismo, la Academia Americana de

Medicina del Sueño (AASM) y las guías europeas, señalan que el tratamiento de primera línea para insomnio crónico es el tratamiento no farmacológico. En este contexto, numerosos estudios y meta-análisis han demostrado que el tratamiento de elección para el insomnio crónico es la terapia cognitiva-conductual y que el tratamiento farmacológico debe considerarse solo si la terapia psicológica no es una opción o no se obtienen resultados<sup>7,12,13</sup>.

Finalmente, se encontró que el médico familiar es quien más prescribe las benzodiazepinas en un 62.3%, el psiquiatra en 4.8% y médicos particulares 4.8%, coincidiendo con Velert Vila J, et. al, en donde el médico de atención primaria las prescribió en un 78.9%, el psiquiatra 5.2% y 15,9% por otro especialista<sup>10</sup>.

## Conclusiones

La alta prevalencia de la prescripción de benzodiazepinas por parte de médicos familiares en adultos mayores de 65 años con y sin insomnio dentro de la UMF 58, hace necesario el desarrollo de estrategias que administren su prescripción, mejoren el sistema de clasificación de pacientes que requieren y no la indicación de este grupo de fármacos, así como estrategias que fomenten el uso de medidas no farmacológicas previas al uso de tratamiento farmacológico. Esto con el objetivo de evitar los potenciales efectos secundarios en este grupo de personas y así poder contribuir como profesionales de la salud en el proceso del envejecimiento saludable con la optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida de los adultos mayores, ya que es bien sabido el riesgo que tienen las benzodiazepinas para producir efectos secundarios graves y dependencia farmacológica.

Este estudio determinó la alta prevalencia de pacientes adultos mayores que cursan con insomnio y se encuentran en tratamiento con benzodiazepinas, así como la necesidad imperante de unificación de criterios en cuanto al diagnóstico de insomnio y su manejo con benzodiazepinas en el personal médico de primer nivel. La implementación de estrategias adecuadas para disminuir el uso indiscriminado de este grupo de fármacos, reducirá el riesgo de desarrollar los potenciales efectos secundarios por exposición prolongada e innecesaria y mejorará la calidad de vida de los adultos mayores, así mismo aumentará la calidad de la atención médica de primer nivel.

## Referencias bibliográficas

1. Cepero Pérez I, González García M, González García O, Conde Cueto T, et. al. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. Medisur [revista en Internet]. 2020;18(1):13.[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000100112](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000100112)
2. D'Hyver de las Deses C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Fac Med, 2018;61(1):33-45.<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>
4. Álvarez D, Berrozpe E, Castellino L, González Lucero C, et. al. Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. Neurol Arg. 2016; 8(3):201-209.<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-insomnio-actualizacion-estrategias-diagnosticas-terapeuticas-S1853002816300027> Chávez M, Nava M, Palmar J, Martínez MS, Graterol R M, et.al. En búsqueda del hipnótico ideal: tratamiento farmacológico del insomnio. AVFT. 2017; 36(1):59-70.[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-02642017000100002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642017000100002)
5. Cepero Pérez I, González García M, González García O, Conde Cueto T, et. al. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. Medisur [revista en Internet]. 2020; 18(1):13.[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000100112](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000100112)
6. Corp QY, Pérez DR, Torres RJR, et al. Consumo de benzodiazepinas en adultos mayores atendidos en el CITED. 2017. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2017;14(3): <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospisihab/hph-2017/hph173b.pdf>
7. Contreras A. Pérez C. Insomnia, in search of the ideal treatment: drugs and non-pharmacological treatment. Rev Med Condes. 2021; 32(5):591-602.<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000924>
8. Guía de práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en el Anciano México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011. [imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/492GER.pdf](http://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/492GER.pdf)
9. Corp QY, Pérez DR, Torres RJR, et al. Consumo de benzodiazepinas en adultos mayores atendidos en el CITED. 2017. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2017;14(3):<https://www.medigraphic.com/pdfs/>

revhospsihab/hph-2017/hph173b.pdf

10. Velert Vila J, Velert Vila M, Salar Ibáñez L, Avellana Zaragoza J, Moreno Royo L. Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. *Aten Primaria*.2020;44(7):402-410.<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adequacion-utilizacion-benzodiazepinas-ancianos-desde-S0212656711004331>

11. Guía de Práctica Clínica para la Prescripción Farmacológica Razonada para el Adulto Mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/558GER.pdf>

12. J.A. Brownlow, K.E. Miller, P.R. Gehrman Insomnia and Cognitive Performance *Sleep Med Clin.*,2020. 15(1):71-76, 10.1016/j.jsmc.2019.10.002

13. S. Dujardin, A. Pijpers, D. Pevernagie Prescription Drugs Used in Insomnia *Sleep Med Clin.*, 2020.15(2):33-145, 10.1016/j.jsmc.2020.02.002