

doi: 10.60103/phc.v27.e880
[Artículos Originales · Original Articles](#)

Trastornos del sueño. Estudio de su prevalencia y tratamiento desde la Farmacia Comunitaria

Sleep disorders. Study of its prevalence and treatment from the Community Pharmacy

Información

Fechas:
Recibido: 10/12/2024
Aceptado: 07/04/2025
Publicado: 20/04/2024

Correspondencia:
Marta Gil-Ortega
mgortega@ceu.es

Agradecimientos
Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a las dos farmacias participantes de la Comunidad de Madrid por su colaboración en la recogida de los datos incluidos en este estudio.

Financiación
El estudio se llevó a cabo sin ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Autorías

Mariana Vázquez-del Real¹
Marta Gil-Ortega¹  0000-0002-6366-8214
Beatriz Somoza-Hernández¹  0000-0003-1232-7791

¹Departamento de Ciencias Farmacéuticas y de la Salud, Facultad de Farmacia, Universidad San Pablo-CEU, *CEU Universities*, Madrid, Spain.

Contribución de autorías
Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

Cómo citar este trabajo
Vázquez-del Real M, Gil-Ortega M, Somoza-Hernández B. Trastornos del sueño. Estudio de su prevalencia y tratamiento desde la Farmacia Comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2025;27:e880. doi: 10.60103/phc.v27.e880

RESUMEN

Introducción: El insomnio, uno de los trastornos del sueño más prevalentes en Occidente es frecuentemente una manifestación secundaria de otras patologías. Aunque son numerosas las opciones de tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico disponibles, no siempre se consigue el resultado deseado. En este contexto, el objetivo de este estudio fue analizar las condiciones de uso de los fármacos y fitofármacos utilizados en el tratamiento del insomnio.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con 64 pacientes reclutados en 2 Farmacias de la Comunidad de Madrid. Se elaboró un cuestionario que fue distribuido entre los participantes del estudio para que lo rellenaran de forma voluntaria, autónoma y anónima mediante la plataforma Forms Office.

Resultados: se observó una mayor participación de mujeres que de hombres (73% vs 27%). Aunque la edad media fue de 60 años, un alto número de pacientes se correspondían con población joven. La melatonina fue el medicamento más utilizado (26%), seguido del lorazepam (14%). La mayoría de los pacientes (65%) estaban tratados con un medicamento que no requiere prescripción y sólo el 45% afirmó haber recibido consejo farmacéutico. A pesar de que el 98% de los participantes indicó conocer su tratamiento, un número significativo de pacientes desconocía los efectos adversos asociados a los medicamentos adquiridos.

Conclusiones: Un número importante de pacientes con trastornos del sueño se automedican con fármacos o fitofármacos sin conocer la seguridad y duración del tratamiento. Por ello, el consejo farmacéutico durante su dispensación resulta fundamental para garantizar la efectividad y seguridad del tratamiento.

Palabras clave: insomnio; farmacéutico; farmacia comunitaria; automedicación.

ABSTRACT

Introduction: Insomnia, one of the most prevalent sleep disorders in the west countries is often a secondary manifestation of other pathologies. Although there are numerous pharmacological and non-pharmacological treatment options available, the desired treatment outcome is not always achieved. In this context, the aim of this study was to analyze the conditions of use of drugs and phytopharmaceuticals used in the treatment of insomnia.

Methods: A cross-sectional descriptive observational study was carried out with 64 patients recruited in 2 pharmacies in the Community of Madrid. A questionnaire was prepared and distributed among the study participants for them to fill it in voluntarily, autonomously and anonymously through the platform Forms Office.

Results: The study showed a higher participation of women than men (73% vs 27%). Although the mean age was 60 years, a high participation of young people was observed. The most commonly used medication was melatonin (26%), followed by lorazepam (14%). It should be noted that 65% of the participants used a non-prescription drug and only 45% of them stated that they had received pharmaceutical advice. Although 98% of the participants had adequate knowledge about their treatment, they were unaware of the potential adverse effects to which they could be exposed.

Conclusions: Many patients with sleep disorders self-medicate with drugs/phytopharmaceuticals without knowing the safety and duration of treatment. Therefore, pharmacist advice during dispensing is essential to ensure the effectiveness and safety of the treatment.

Keywords: insomnia; pharmacist; community pharmacy; self-medication.

Introducción

El insomnio constituye una de las enfermedades relacionadas con el sueño de mayor impacto en el mundo occidental. Su prevalencia oscila entre el 15-30% de la población adulta mundial, afectando más a mujeres e individuos de bajo nivel socioeconómico y, especialmente, a la población anciana, hecho que contribuye al aumento de la polimedicación y de la comorbilidad en este grupo poblacional. En España, el insomnio afecta al 20-40% de la población adulta y al 20% de la población infantil, reduciéndose este porcentaje al 10% cuando se hace referencia a insomnio crónico y grave⁽¹⁾.

En la mayoría de los casos, el insomnio es una manifestación secundaria de otras patologías orgánicas como la ansiedad, el hipertiroidismo, las enfermedades psiquiátricas o las enfermedades que cursan con dolor, entre otras. Asimismo, el insomnio es un factor de riesgo para enfermedades psiquiátricas, especialmente la depresión, el síndrome metabólico, la hipertensión arterial o la enfermedad coronaria. Su diagnóstico es muy cuestionable, pero resulta imprescindible desde el punto de vista terapéutico. En muchas ocasiones, los pacientes se auto diagnostican, comenzando a automedicarse sin la supervisión de un profesional sanitario, abusando de hipnóticos y ansiolíticos, tal y como se refleja en el estudio de Ohayon y Sagales, donde 1 de cada 5 personas habían utilizado, en alguna ocasión, algún tipo de hipnótico⁽¹⁾.

En el insomnio, el objetivo principal es mejorar la calidad y la cantidad del sueño, para conseguirlo se siguen distintos escalones terapéuticos, combinados o no, en función de la gravedad, de los síntomas o de la necesidad de instaurar rápidamente un tratamiento.

En el primer escalón se posicionan las medidas relacionadas con la higiene del sueño [realizar ejercicio físico de tipo moderado, al menos 3 horas antes de irse a dormir; irse a la cama solo cuando se tenga sueño; establecer rutinas antes de acostarse; evitar realizar actividades estimulantes en la cama como ver la televisión o el móvil; evitar cenas copiosas o ingerir alimentos estimulantes como la cafeína, el alcohol o el tabaco o mantener un horario regular] que buscan enseñar al paciente acciones que le ayuden a conciliar y mantener el sueño.

En el segundo escalón se contempla la fitoterapia, eficaz en casos de insomnio leve-moderado⁽²⁾. Entre las plantas medicinales recomendadas, destacan la pasiflora, la amapola de California, el espino blanco y la valeriana; sólo la eficacia de esta última ha sido avalada por un número suficiente de estudios⁽³⁾. Como ventajas, la fitoterapia no provoca dependencia y tolerancia; además, presenta una buena tolerancia y ausencia de efectos secundarios.

En el último escalón, se encuentran los fármacos hipnóticos, que potencian el sistema inhibitorio gabaérgico (benzodiazepinas (BZD) o los denomina-

dos fármacos Z; los más potentes y específicos)⁽⁴⁾ otros fármacos entre los que destacan los antihistamínicos sedantes, difenhidramina y doxilamina) o los que regulan el ritmo circadiano (melatonina)^(2, 5). En el contexto clínico se indica la monoterapia con un hipnótico, a la menor dosis posible, durante tiempos cortos o de forma intermitente; si se utilizaran más de 2 semanas, la eficacia y seguridad debería ser reevaluada, igual que la respuesta y el grado de motivación del paciente. A diferencia de la fitoterapia, las BZD generan tolerancia, dependencia e insomnio de rebote, por lo que su retirada debe ser gradual.

En base a estos antecedentes, el seguimiento del paciente con insomnio resulta necesario, reevaluando periódicamente la respuesta a la terapia seleccionada, especialmente si es farmacológica. En este contexto, el papel del farmacéutico comunitario es imprescindible para garantizar un seguimiento óptimo. Por ello, el objetivo principal de este trabajo fue analizar las condiciones de uso de fármacos y fitofármacos indicados en el tratamiento del insomnio desde la Farmacia Comunitaria.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en aquellos pacientes que acudieron a la Farmacia a retirar un medicamento prescrito o a solicitar un medicamento que no requiera prescripción para tratar el insomnio. El estudio se realizó en una muestra de 64 sujetos reclutados en dos Farmacias de la Comunidad de Madrid en base a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a los sujetos de todas las edades o en su defecto a su cuidador o tutor legal, que acudieron a la Farmacia a retirar un medicamento relacionados con los trastornos del sueño. Se entiende por cuidador a la persona que administra el tratamiento si el paciente no puede hacerlo por sus propios medios.

Criterios de exclusión

No se incluyeron en este estudio aquellos sujetos que no aceptaron participar, o personas de habla no hispana, con dificultades para comprender la información de la hoja de recogida de datos (nivel aproximado B2). El cuestionario está dirigido a personas mayores de 18 años de modo que, si el paciente es menor de edad, el cuestionario lo completó el tutor legal o cuidador.

Se elaboró un cuestionario basándonos en trabajos descritos⁽⁵⁻⁷⁾ (ver anexo 1). El cuestionario se distribuyó a los participantes del estudio desde las farmacias en papel o a través de la plataforma Forms Office (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfrnS3C45MGnt4rJ0s2Hq53OnWsZzQvPI->

MzqxWo8M1nqEXgA/viewform), los sujetos que participaron a través de la versión informática enviaron de forma anónima la información requerida. Previamente, a todos los pacientes, se les indicó cómo proceder y se resolvieron aquellas dudas que plantearon. La recogida de datos se realizó durante los meses de enero a abril de 2023.

Este estudio se ha realizado de acuerdo con la normativa de la declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad San Pablo-CEU (Ref: 711/23/TFG).

Análisis estadístico de los datos

Se calculó la media y la desviación estándar para las variables de tipo cuantitativo y las frecuencias relativas para las demás variables del cuestionario. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva. Los resultados fueron tabulados y analizados mediante el programa Microsoft Excel 2016 (Redmond, USA).

Resultados

Características de la población de estudio

Del total de la población encuestada (n=64) el porcentaje de mujeres fue superior al de hombres (73% vs 27%, Figura 1A). En la Figura 1B se representan los distintos **rangos de edad**, establecidos en función de las diferentes etapas de la vida, expresado en porcentaje, observándose que el 48% de los pacientes se encontraba en el intervalo de 55 a 64 años, solo el 1,6% eran mayores de 75 años. En cuanto a su **estado civil**, la mayoría de los participantes estaban casados (55% vs 45% solteros).

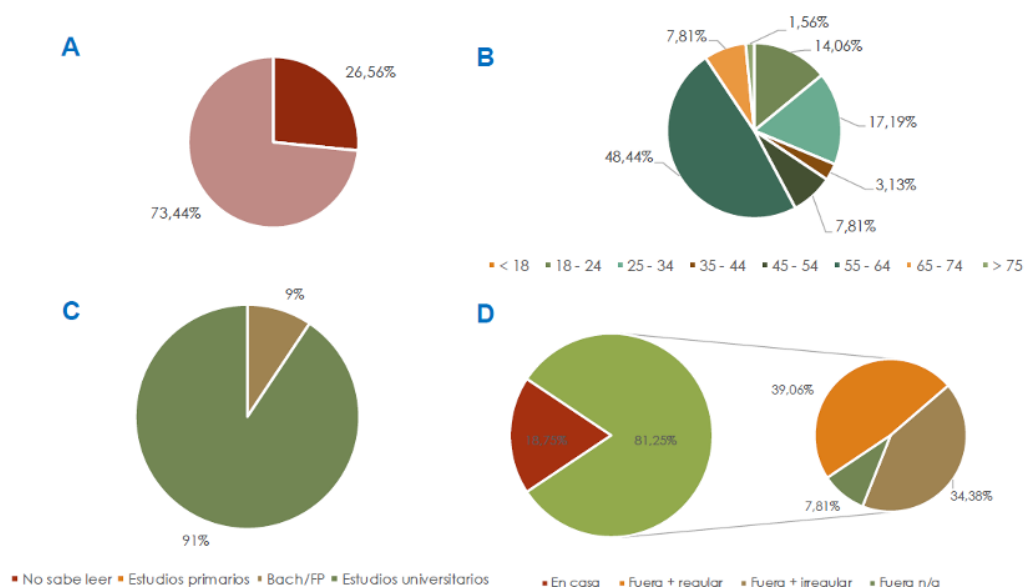


Figura 1. Características de la población de estudio. A. Sexo: Gráfico circular que refleja el porcentaje de mujeres y hombres que participaron en el estudio. B. Rango de edades: Gráfico circular en el que se muestra el porcentaje de pacientes encuestados incluidos en cada uno de los rangos de edad (< 18 años; 18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; >75). C. Nivel académico: Gráfico circular en el que se indica el porcentaje de sujetos en cada nivel de estudios. D. Trabajar fuera de casa y horario: Gráfico circular en el que se muestra el porcentaje de pacientes de la cohorte en cada una de las opciones.

Respecto a su **nivel de estudios**, se observó un alto nivel de formación académica (Figura 1C), el 91% de los sujetos tenían estudios superiores (estudios universitarios o equivalentes), mientras que el 9% restante indicó tener un nivel de estudios de Bachillerato o de Formación. La Figura 1D representa la **situación laboral** de las personas encuestadas que trabajan (81% vs 19% de desempleados), del 81% de pacientes que trabajaban, el 39% afirmó tener un horario regular frente al 34% con horario variable.

Características del insomnio de los pacientes de estudio

Cuando se analizaron los datos proporcionados por los pacientes encuestados se observó que, entre los síntomas asociados a los trastornos del sueño, la somnolencia diurna fue la opción más frecuente (42%), seguida de despertares frecuentes y dificultad para volver a dormir (38%), y dificultad para conciliar el sueño (39%). El 42% de los encuestados refirió no estar satisfecho con la calidad de su sueño y el 41% afirmó descansar mal. Es importante destacar que, la incapacidad para concentrarse, dificultades de atención (13%) y despertarse aproximadamente 2 horas antes de lo "normal" (13%), fueron los síntomas menos marcados (Figura 2).

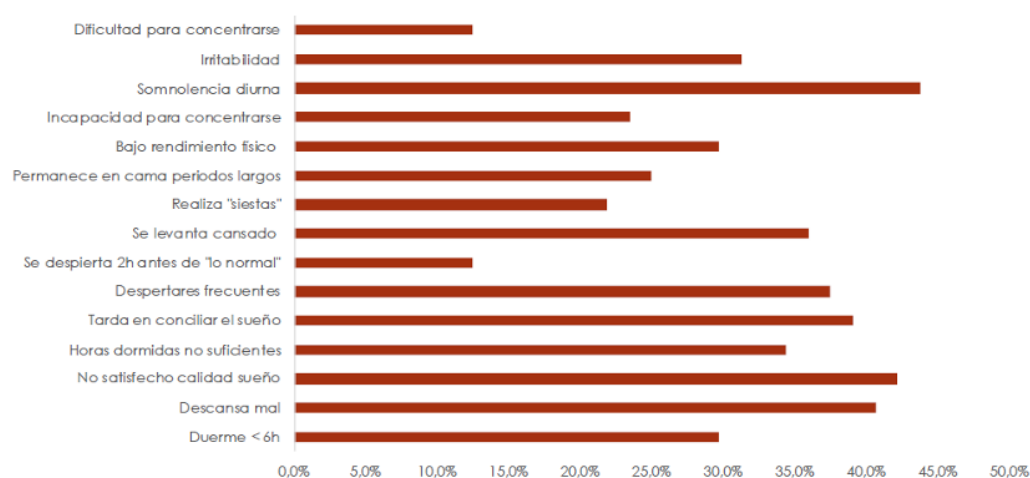


Figura 2. Síntomas relacionados con los trastornos del sueño: Gráfico de barras horizontales que refleja el porcentaje de pacientes que se identificó con cada síntoma (los pacientes pudieron marcar tantas opciones como quisieran).

Cuando se les preguntó a los pacientes si tenían insomnio, sólo 46 pacientes lo afirmaron (56% vs 44% que respondió no, probablemente se identifiquen con otros trastornos del sueño). Cuando se preguntó por el número de estos episodios que experimentaban por semana, el 90% del total de los pacientes indicó insomnio crónico (los síntomas se mantenían durante más de 4 semanas), de ellos el 79% presentaba síntomas desde hacía más de 1 año; y el 21% de estos había experimentado 3 o más episodios a la semana.

Es conocido que diferentes situaciones clínicas (Figura 3) favorecen la aparición de insomnio, estableciendo el diagnóstico de insomnio secundario. De las situaciones indicadas, el estrés y la ansiedad fueron las más señaladas

(45% de los pacientes) seguida por la menopausia (39% de mujeres del estudio). Las situaciones menos señaladas fueron la presencia de enfermedad coronaria, de *Myasthenia gravis* y el embarazo (Figura 3). En este estudio, al relacionar el insomnio (36 pacientes) con la presencia de alguna/as de estas situaciones, se observó una correlación positiva en el 86% de estos pacientes (n=31), indicando un trastorno del sueño de etiología secundaria (14%, n=5, la etiología fue primaria no se asociaba a ninguna causa).

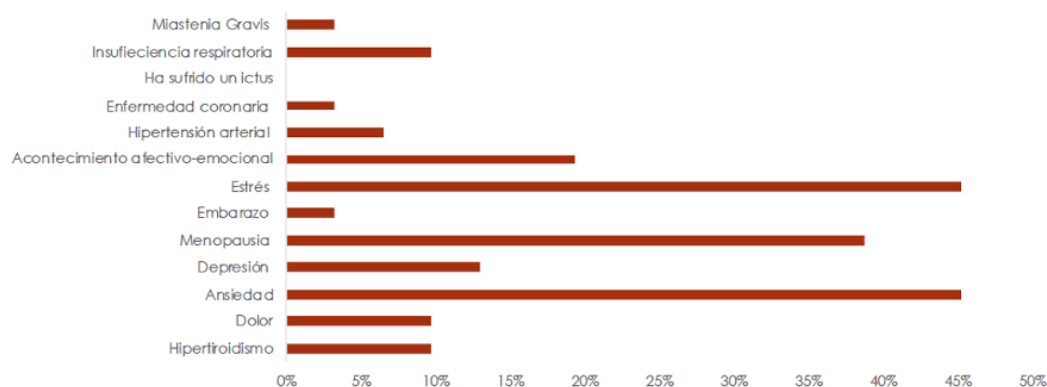


Figura 3: A. Situaciones clínicas: Gráfico de barras horizontales en el que se reflejan los porcentajes que indicaron los sujetos de estudio.

Opciones terapéuticas seguidas por los pacientes del estudio

Como se observa en la Figura 4, **las medidas de higiene del sueño**, primer pilar en el manejo del insomnio, aplicaban en su día a día los pacientes del estudio, la regularidad de horarios fue la medida más utilizada (45% de los pacientes), seguida por el “control de la comida ingerida antes de dormir” (39%) y las “rutinas antes de dormir” (38%); por el contrario, las terapias cognitivo-conductuales (TCC) guiadas por profesionales fue la opción menos señalada (5%). Su aplicación, durante al menos 6-10 semanas, tuvo un impacto positivo en el 52% de los sujetos del estudio (n=29 pacientes).

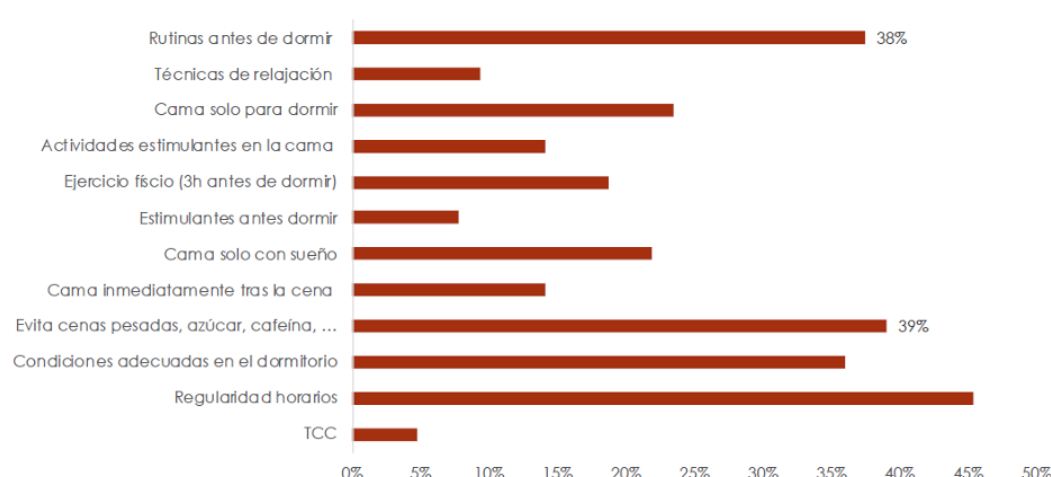


Figura 4: Higiene del sueño: Gráfico de barras horizontales que en el que se muestra el porcentaje de pacientes del estudio en cada una de las opciones. TCC: Terapias Cognitivo-Conductuales.

Cuando se analizó qué **tratamiento farmacológico** (fitoterapia, hipnóticos y otros fármacos que seguían los pacientes, ver Figura 5) se observó que el fármaco más utilizado fue la melatonina (47%, n=30 pacientes), seguido por

el uso de BZD, concretamente lorazepam (25%, n=16 pacientes) y de antihistamínicos sedantes (doxilamina; 19%, n=12 pacientes). La fitoterapia fue utilizada por el 44% de los pacientes, especialmente tila (36% de los pacientes). Cabe destacar que otras BZD (triazolam, flurazepam o amitriptilina) o plantas medicinales (espino blanco), muy utilizados en la clínica del insomnio, no fueron señalados en nuestra muestra. Respecto al tiempo de utilización, el 52% de los pacientes lo habían hecho de forma ocasional frente al 38% que refería haberlos tomado durante más de 4 semanas. Dentro de este último grupo, más de la mitad de ellos llevaba más de 4 semanas de tratamiento. El 19% de los pacientes del estudio concomitantemente recibía otro tratamiento farmacológico.

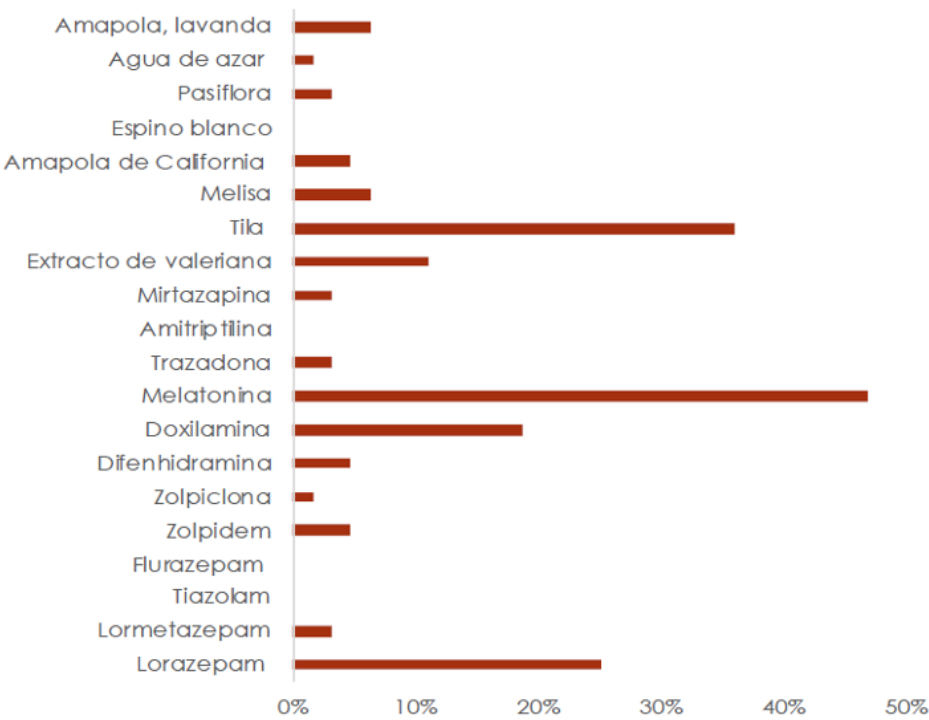


Figura 5: Tratamiento farmacológico: Gráfico de barras horizontales en el que se representan los porcentajes de pacientes del estudio en cada una de las opciones indicadas.

Conocimiento que tiene el paciente sobre su tratamiento y seguridad de este

Como se refleja en la Tabla 1, la mayoría de los pacientes del estudio sí conocía para qué tomaba el medicamento, durante cuánto tiempo debía hacerlo y cómo debía de tomarlo; sin embargo, un 34% de los pacientes (n=21) que recibía algún tipo de tratamiento farmacológica indicó desconocer el tiempo que debía tomarlo.

Conocimiento del paciente sobre su tratamiento	Sí	No
Conoce para qué es el medicamento	98% (n = 61)	2% (n = 1)
Conoce cómo debe tomar el medicamento	82% (n = 51)	18% (n = 11)
Conoce la duración del tratamiento con el medicamento	66% (n = 41)	34% (n = 21)

Tabla 1. Conocimiento del paciente sobre el tratamiento.

Los resultados están expresados en % del total de la muestra. El número de pacientes se indica entre paréntesis.

Respecto a la adquisición del fármaco sólo en el 35% (n=22) de los pacientes se dispensó un fármaco sujeto a prescripción médica (en el 65% restante (n=22) se dispensaron medicamentos que no precisan receta médica). Cuando se preguntó por el consejo farmacéutico en el contexto de los trastornos del sueño, sólo el 45% (n=28) indicó haberlo recibido.

Respecto a la incidencia de efectos adversos reportados, solo el 36% (n=23) de los pacientes mostró algún efecto no deseado. Entre estos la dependencia fue la respuesta mayoritaria (35%, n=8 de los pacientes). La somnolencia, el cansancio diurno y la lentitud de reflejos fueron los otros efectos más señalados (22%, n=5 pacientes). El insomnio de rebote tras la retirada del medicamento fue el efecto menos frecuente, afectando al 9% (n=2) de los pacientes.

Discusión

El insomnio definido como la incapacidad para dormir en cantidad y/o calidad se considera clínicamente relevante cuando se asocia con alteraciones durante el día (estrés, fatiga, disminución de la concentración o irritabilidad). Su prevalencia en la población general se sitúa entre 9-30%, siendo insomnio primario en una cuarta parte. La gran mayoría de los pacientes comienza de manera aguda, y tiende a cronificarse en el 60% de los casos⁽⁸⁾.

En este estudio se han definido los factores asociados al riesgo de sufrir insomnio, las características de este y las opciones de tratamiento en pacientes que acudieron a la Farmacia Comunitaria a retirar su medicación o a pedir consejo farmacéutico para abordar este problema. Para ello se realizó un estudio transversal en el que participaron 64 pacientes reclutados en 2 Farmacias de la Comunidad de Madrid.

En la etiología del insomnio se han descrito potenciales factores de riesgo, entre ellos el sexo femenino, la edad, los problemas psicológicos y/o psiquiátricos, algunas enfermedades, el trabajo a turnos⁽⁹⁾ o el desempleo. En este estudio, la muestra era mayoritariamente de mujeres (3 de cada 4 pacientes), muy heterogénea en cuanto a edad (pacientes entre 18-75 años; el 49% se encontraba entre los 55-64 años). Estos datos muestran a una población diana para sufrir trastornos del sueño parecida a la descrita en estudios similares⁽⁷⁾. Sin embargo, en nuestro estudio el 31% de los pacientes eran jóvenes (intervalo de 18-34 años) y solo un 9% eran mayores de 65 años, datos en contraposición con otros trabajos en los que la media de edad se correspondía con población anciana⁽¹⁰⁾.

Respecto a la situación laboral, la mayoría trabajaba fuera de casa y lo hacía, en porcentajes similares, en trabajo a turnos/horarios regulares, por lo que

no se puede conocer si constituye un factor de riesgo en la población de estudio. Algunos estudios señalan el bajo nivel educativo como factor de riesgo de insomnio. Sin embargo, en este estudio el nivel educativo era muy alto (el 91% de los pacientes tenía estudios universitarios). Todo ello indica que nuestro estudio analiza a una población con características hasta ahora poco estudiadas, por lo que estos resultados pueden ayudar a describir más ampliamente el tipo de población que sufre esta patología.

El dato de la edad en nuestro trabajo se podría relacionar con la baja prevalencia que observamos de hipertensión arterial (6%), enfermedad coronaria (3%), haber sufrido un ictus (0%), algún tipo de insuficiencia respiratoria (6%) o *Miastenia gravis* (2%), enfermedades que se asocian con alta prevalencia de insomnio.

En este estudio un 45% de los pacientes mostró algún tipo de alteración psicológicas, estrés y ansiedad. Los cambios hormonales que se producen en la menopausia se relacionan directamente con los trastornos del sueño, en este estudio el 39% de las mujeres habían alcanzado la menopausia. Los resultados indican una correlación positiva (alteraciones e insomnio) en el 86% de los pacientes con insomnio, lo que indica un trastorno del sueño secundario a una situación clínica, resultados ya descritos en estudios similares⁽⁸⁾.

En este trabajo se describe que la mayoría de los pacientes (90%) presentó una evolución crónica del trastorno del sueño, lo que se conoce como insomnio crónico, superior a 4 semanas y definido como multicausal, complejo y difícil de resolver. Esta forma de insomnio aparece en el 50% de los casos de insomnio. Respecto a la naturaleza de este, tras analizar los síntomas referidos por los pacientes, se trata de un insomnio de conciliación [39% de los pacientes, dificultad para conciliar el sueño] y de un insomnio de mantenimiento [40% de los pacientes; despertares frecuentes, dificultad para volver a dormir, sueño de mala calidad, no estar satisfecho con la calidad de su sueño y descansar mal]. En cuanto a su severidad, parece ser muy leve, sólo el 21% de los pacientes había experimentado estos síntomas 3 días/semana, ya que se habla de severidad leve, moderada o severa cuando estos episodios se repiten cada noche, la repercusión en la vida diaria y los síntomas asociados es lo marca el carácter leve-severo del insomnio^(5,10).

Cuando se analizan las opciones terapéuticas en el tratamiento del insomnio, el primer escalón lo constituye la adopción de medidas de higiene del sueño, un 30% de los trastornos del sueño se deben a malas conductas en la aplicación de estas medidas⁽¹⁰⁾. En este estudio, todos los pacientes aplicaban alguna de ellas; sin embargo, es muy significativo observar el alto número de pacientes a los que no les han funcionado (48%), aquí la labor de la Atención Farmacéutica resulta imprescindible para alcanzar el objetivo clínico.

El siguiente escalón se basa en adoptar medidas farmacológicas. El 47% de los pacientes estaba tratado con melatonina. La melatonina es un suplemen-

to alimenticio, utilizado para tratar el insomnio de conciliación, al regular los ritmos circadianos resulta ideal para tratar este tipo de insomnio. Este dato podría estar relacionado con el elevado número de pacientes que afirmó padecer estrés y/o ansiedad (45%). Es bien conocido que tanto el estrés como la ansiedad generan inquietud, nerviosismo e, incluso, irritabilidad, lo que lleva a padecer este tipo de insomnio⁽¹¹⁾. Las BZD, concretamente Lorazepam, fue el hipnótico más utilizado (25%). El tratamiento del insomnio secundario (86% de los pacientes) se basa en utilizar medicación hipnótica. Los anti-histamínicos sedantes fueron utilizados por el 19%, estos están indicados sólo en casos leves de insomnio, el fármaco más utilizado fue la doxilamina utilizada habitualmente como inductor del sueño; no obstante, hay pocos estudios controlados que hayan demostrado su eficacia. La fitoterapia fue utilizada por el 44% de los pacientes. Los resultados de este estudio, en cuanto a las medidas farmacológicas más utilizadas sigue las mismas líneas que las señaladas en estudios similares^(2,6).

En este estudio resulta muy interesante observar que todos los pacientes aplicaban alguna medida farmacológica (fitoterapia, hipnóticos u otros fármacos), incluidos el 44% de los sujetos que indicó no padecer insomnio. En estudios similares como el de Lechevallier y cols. (2003), el 42% de los pacientes que dijeron no tener insomnio, ninguno tomaba medicación para ello⁽¹²⁾. Estos datos indican el desconocimiento que tiene la mayoría de la población de lo que realmente es el insomnio, interpreta que una alteración en el ritmo del sueño implica la utilización de alguna medida farmacológica antes de analizar si realmente es la terapia más adecuada para corregir ese trastorno. Además, el 65% de los pacientes utilizaban fármacos sin prescripción médica, lo que sugiere que en un alto porcentaje de los casos el diagnóstico no es adecuado. De ellos, la mayoría, afirmó conocer el medicamento a pesar de que la dispensación del tratamiento se realizó sin recibir consejo farmacéutico en más de la mitad de los casos. Lo que viene avalado por el elevado porcentaje de pacientes que indicaron somnolencia diurna, pero que no lo asociaban con un efecto no deseado derivado del tratamiento⁽¹²⁾. Todo ello pone de manifiesto la importancia del papel del farmacéutico a la hora de asesorar a los pacientes sobre las distintas opciones terapéuticas en función de los síntomas, seguimiento y revisión de los tratamientos seleccionados⁽²⁾.

En resumen, este estudio muestra un aumento de la prevalencia de insomnio en población joven, que podría estar relacionado, al menos en parte, con una inadecuada adopción de las medidas de higiene del sueño, así como a un aumento de factores de riesgo como el estrés o la ansiedad. Los pacientes, ante cualquier síntoma que se asocie con trastornos del sueño adquiere medicamentos no sujetos a prescripción médica, sin recibir el adecuado consejo farmacéutico, poniendo de manifiesto la necesidad de una mayor implicación de los farmacéuticos comunitarios en la salud del paciente.

Referencias:

1. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med.* 2010;11(10):1010–8. DOI: 10.1016/j.sleep.2010.02.018.
2. Fernández Moriano C. Trastornos del sueño: abordaje farmacoterapéutico. *Panorama actual del medicamento.* 2021;45(441):151–76. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7853357>
3. Carretero Accame ME. Plantas medicinales para alteraciones del sueño, ansiedad y depresión (V): Valeriana. *Panorama Actual Med.* 2013;37(361):217–22. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4221426>
4. Díaz-García Ó, Dévora-Figueroa C, Díez González LM, Fernández del Pozo de Salamanca, MB. Farmacología del sistema nervioso. En: *Trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos.* Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2019;1–120.
5. Cuéllar-Rodríguez Santiago. Insomnio. *Panorama Actual Med.* 2014;38(371):133–46.
6. Madari S, Golebiowski R, Mansukhani MP, Prakash Kolla B. Pharmacological Management of Insomnia. *Neurotherapeutics.* 2021; 18:44–52. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13311-021-01010-z>
7. Álamo González C, Alonso Álvarez ML, Cañellas Dols F, Martín Águeda B, Pérez Díaz H, Romero Santo-Tomás O, Terán Santos J. *Pautas de actuación y seguimiento: Insomnio.* 1ª Edición. International Marketing & Communication, S.A. (IM&C), 2015.
8. Morin CM, LeBlanc M, Bélanger L, Ivers H, Mérette C, Savard J. Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2011;56(9):540–8. DOI: 10.1177/070674371105600905.
9. Molina-Martín JD, Campos Abraham P, Andrade Rosa C. *Terapéutica de los trastornos de ansiedad y del sueño.* Trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2019;219–46.
10. Burman D. Sleep Disorders: Insomnia. *FP Essent.* 2017;460:22–8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320854026_Sleep_Disorders_Insomnia
11. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-Analysis: Melatonin for the Treatment of Primary Sleep Disorders. *PLoS One.* 2013;8(5):63773. DOI: 10.1371/journal.pone.0063773.
12. Lechevallier N, Fourrier A, Berr C. Benzodiazepine use in the elderly: the EVA Study. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2003;51(3):317–26. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/10412131_Benzodiazepine_use_in_the_elderly_the_EVA_Study



HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Trastornos del sueño: Abordaje farmacológico y no farmacológico desde la Oficina de Farmacia Comunitaria

1. ¿Es usted el paciente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es NO, ¿es usted su cuidador? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es NO, sale del estudio.

(Entiéndase por cuidador del paciente a la persona que administra el medicamento o puede asegurar su correcto uso).

2. Indique con qué situación se identifica, puede marcar todas aquellas opciones que desee:

- ☐ Duerme menos de 6 horas/día
- ☐ Descansa mal
- ☐ No está satisfecho con la calidad de su sueño
- ☐ Cree que las horas que duerme no son suficientes. Indique cuántas serían deseables:
- ☐ Tarda en conciliar el sueño (más de 30 min)
- ☐ Se despierta con frecuencia y le cuesta volver a dormirse
- ☐ Se despierta antes de lo que debería (aproximadamente 2 horas antes)
- ☐ Se levanta cansado
- ☐ Realiza algún descanso diurno "siestas"
- ☐ Si no puede conciliar el sueño, permanece en la cama durante periodos prolongados
- ☐ Se identifica con alguna de las siguientes situaciones a lo largo del día, puede marcar todas aquellas opciones que desee:
 - ☐ Bajo rendimiento físico
 - ☐ Incapacidad para concentrarse, dificultades de atención
 - ☐ Menor rendimiento intelectual
 - ☐ Somnolencia diurna
 - ☐ Irritabilidad
 - ☐ Dificultad para cumplir con las obligaciones profesionales, familiares o sociales

3. Indique desde cuando tiene insomnio (dificultades para conciliar el sueño/muchos despertares/duerme mal)

☐ 1 semana ☐ 3 meses ☐ > 3 meses

☐ > 1 año, indique cuántos:

Indique cuántos episodios de insomnio tiene a la semana:

☐ < 3 veces/semana ☐ > 3 veces/semana

4. Indique si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones, puede marcar todas aquellas opciones que desee:

- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Dolor
- ☐ Ansiedad



- ☐ Depresión
 - ☐ Menopausia
 - ☐ Embarazo
 - ☐ Estrés
 - ☐ Ha sufrido algún acontecimiento afectivo-emocional recientemente
5. Indique si presenta alguna de las siguientes situaciones clínicas, puede marcar todas aquellas opciones que desee:
- ☐ Hipertensión arterial
 - ☐ Enfermedad coronaria
 - ☐ Ha sufrido un ictus
 - ☐ Presenta insuficiencia respiratoria (EPOC, asma)
 - ☐ Miastenia *gravis*
6. Indique si está siguiendo alguna de las siguientes medidas para tratar/prevenir su insomnio, puede marcar todas aquellas opciones que desee:
- ☐ Terapias cognitivo-conductuales (TCC), guiadas por profesionales
 - ☐ Medidas de higiene del sueño, puede marcar todas aquellas opciones que desee:
 - ☐ Regularidad de los horarios
 - ☐ Condiciones en el dormitorio adecuadas (18-21°C de temperatura, ausencia de ruidos y luz, buen colchón y almohada)
 - ☐ Evita cenas pesadas, alimentos azucarados/picantes
 - ☐ Se va a la cama inmediatamente tras la cena
 - ☐ Se va a la cama sólo cuando tiene sueño
 - ☐ Toma algún estimulante antes de irse a la cama (café, té, coca-cola, tabaco, alcohol)
 - ☐ Practica ejercicio físico de forma regular (pasear, nadar, ...) 3 horas antes de irse a la cama
 - ☐ evita actividades estimulantes dentro de la cama (pantallas de móvil u otros dispositivos electrónicos, ver la televisión)
 - ☐ permanece en la cama sólo el tiempo necesario para el descanso nocturno
 - ☐ práctica algunas técnicas de relajación (técnicas de respiración)
 - ☐ ha establecido rutinas antes de acostarse (tomar algo caliente, leer, lavarse los dientes, ...)
- Si ha practicado estas medidas durante 6-10 semanas, los resultados han sido:
- ☐ positivos ☐ negativos
7. Indique si está tomando o, en alguna ocasión ha tomado, alguno de los siguientes medicamentos indicados en los trastornos del sueño, puede marcar todas aquellas opciones que desee:
- ☐ Benzodiazepinas:
 - ☐ Orfidal® (Lorazepam)
 - ☐ Aldosomnil®, Loramet®, Noctamid® (Lormetazepam)
 - ☐ Halcion® (Tiazolam)
 - ☐ Dormodor® (Flurazepam)
 - ☐ Fármacos Z:
 - ☐ Dalparn®, Stilnox® (Zolpidem)
 - ☐ Datolan®, Limovan® (Zopiclona)



☐ Antihistamínicos H₁:

- ☐ Soñodor Difenhidramina® (Difenhidramina)
- ☐ Dormidina®, Normodorm®, Dormirel® (Doxilamina)

☐ Melatonina

☐ Antidepresivos

- ☐ Deprax®, Depraser®, Trazodona® (Trazona)
- ☐ Trytizol® (Amitriptilina)
- ☐ Rexer®, Mirtazapina® (Mirtazapina)

☐ Plantas medicinales o fitofármacos:

- ☐ Normoval®, Sabelin®, Sedisleep® (Extracto de valeriana)
- ☐ Tila
- ☐ Melisa Arkopharma®, Nervika® (Melisa)
- ☐ Seditress® (Pasiflora)
- ☐ Amapola de California Arkopharma® (Amapola de California)
- ☐ Espino blanco
- ☐ Naranja amargo (agua de azar)
- ☐ Hierbaluisa, amapola o lavanda

☐ Si tomara otro fármaco diferente de los aquí indicados para dormir, indique cuál es:

8. Si estuviera tomando o hubiese tomado alguno de los fármacos indicados en el punto 6 indique cuanto tiempo lo ha tomado:

- ☐ Alguna vez, siempre de forma ocasional
- ☐ 1 semana ☐ 2-4 semanas ☐ > 4 semanas,

Si fuera más tiempo, indique cuanto:

9. ¿Este medicamento se lo ha prescrito el médico? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es NO, indique dónde lo ha adquirido:

- ☐ Farmacia ☐ Herbolario ☐ Internet ☐ Supermercado
- ☐ Otro, indique cuál:

10. ¿Conoce para qué es el medicamento? ☐ Sí ☐ No

11. ¿Lo ha tomado anteriormente? ☐ Sí ☐ No

12. ¿Sabe cómo lo tiene que tomar? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Sabe durante cuánto tiempo lo tiene que tomar? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, indique cuál es la dosis que utiliza:

Respecto a los puntos 10-13:

- ☐ Ha recibido consejo farmacéutico sobre su utilización

14. ¿Cuándo toma este medicamento toma alguno más (otras patologías)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, indique cuál o cuáles:

15. ¿Ha notado algún efecto no deseado que se pueda deber al tratamiento con este medicamento?

- ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique cuál, puede marcar todas aquellas opciones que desee:



- ☐ Dependencia (necesita la medicación para dormir)
- ☐ Insomnio de rebote tras su retirada
- ☐ Somnolencia y cansancio diurno
- ☐ Lentitud de reflejos
- ☐ Presenta dificultad para recordar las cosas (cierta pérdida de memoria)

DATOS PERSONALES

PACIENTE:

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Edad:

Nivel de estudios:

☐ No sabe leer ni escribir

¿Estudios primarios?

☐ Estudios de bachillerato/ Estudios de FP

☐ Estudios universitarios/equivalentes

Estado civil:

☐ Casado

☐ Soltero

Trabaja fuera de casa:

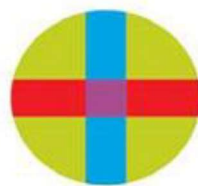
☐ No

☐ Sí, lo hace en:

☐ siempre en el mismo horario

☐ Horario en turnos y variable

¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!



CEU
*Universidad
San Pablo*