

EL FARMACÉUTICO COMUNITARIO Y SU ROL COMO ASESOR DE PACIENTES QUE SUFREN DE INSOMNIO

Hoffmann Irene y Luna César*

Facultad de Farmacia. Universidad Central de Venezuela. Ciudad Universitaria.

Avenida Paseo Los Ilustres. Caracas, Venezuela

***cesar.luna@ucv.ve**

INTRODUCCIÓN

Farmacéutico Comunitario

Es un profesional que estimula el desarrollo de programas de investigación de las comunidades y se integra de manera efectiva a la estructura de atención primaria del equipo de salud. Por lo tanto, es un importante promotor sanitario y educador en la prevención de enfermedades, puesto que conoce a fondo cuales son las necesidades más importantes y básicas de su comunidad, desarrolla una especial habilidad para transmitir información útil y necesaria para los pacientes, es fácilmente accesible, la sociedad le reconoce prestigio y autoridad en el campo de la sanidad y además; es el profesional que más sabe de medicamentos. Por ello, tiene que estar obligatoriamente presente en todos los programas y propuestas que se hagan para resolver los problemas de salud del país.

Farmacéutico Comunitario como asesor de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece la importancia del papel del farmacéutico en los sistemas de salud, al afirmar que:

“Los farmacéuticos tienen un papel fundamental que desempeñar en lo que se refiere a atender las necesidades de los individuos y de la sociedad, con el fin de asegurar una utilización racional y económica de los medicamentos en todos los países, cualquiera sea su nivel de desarrollo”.

Así, los farmacéuticos reconocen desde hace algunos años, la importancia de aconsejar a otros profesionales de la salud sobre el uso seguro y racional de los medicamentos y aceptan la responsabilidad en intentar garantizar que los estos sean empleados con seguridad y eficacia por aquellos a quienes se les dispensa, esto, con el fin de alcanzar los

máximos beneficios derivados del tratamiento. Esta actividad contribuye tanto al bienestar del individuo como a la mejora general de la salud pública.

Si se considera su localización física, los farmacéuticos comunitarios están en una situación óptima para realizar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya que disponen de la posibilidad de una comunicación y acceso al público; que a veces es más difícil para los otros profesionales sanitarios. Su formación les permite evaluar la gran cantidad de información existente relacionada con la salud y por su contacto diario con el público, pueden transmitirla con total comprensión por parte de la persona receptora. En este sentido, el farmacéutico debe reconocer los primeros signos y síntomas de las principales enfermedades de la sociedad, procurar una comunicación efectiva con el paciente, demostrarle que le interesa su problema y que tiene la disposición para ayudarlo, además de contar con los conocimientos necesarios para hacerlo correctamente.

Insomnio

El ser humano pasa un tercio de su vida durmiendo. Si viviera hasta los 70 años de edad, aproximadamente 27 años los hubiese invertido en dormir, el cual es un estado activo crítico de su bienestar físico, mental y emocional. En efecto, dormir es una necesidad básica de la vida y tan fundamental como el aire, la comida o el agua para el mantenimiento de la salud.

El insomnio puede definirse como la sensación subjetiva de malestar respecto a la duración (cuantitativa) y/o a la calidad (cualitativa) del sueño. También, puede decirse que es la dificultad para conciliar o mantener el sueño o alteración del patrón normal del mismo.

El concepto “insomnio” implica problemas para quedarse dormido, despertarse con frecuencia durante la noche y tener dificultad para volver a conciliar el sueño o despertarse demasiado temprano por las mañanas; en definitiva, no lograr un sueño reparador. No debe considerarse como insomnio el dormir poco tiempo si la calidad del sueño es óptima y no se ven afectados ni la actividad ni el estado de alerta diurno.

El insomnio es una condición común experimentada por una gran cantidad de personas. Cerca del 10% lo presenta de forma crónica y casi un 50% lo padece en algún momento de su vida. Datos de la OMS indican que al menos 40% de la población sufre de insomnio. Se considera que éste es el desorden del sueño más común en Psiquiatría.

Causas

El sexo femenino se ha asociado constantemente con el insomnio, con una proporción de aproximadamente 1,4:1, presumiblemente debido a alteraciones hormonales, ya sea por comienzo de la menstruación o por menopausia. Otros datos también sugieren que estar separado o divorciado, tener un nivel socioeconómico bajo, el aumento crónico del estrés y ser de raza negra también están asociados a la prevalencia del insomnio. El riesgo de desarrollar éste desorden del sueño es mayor en pacientes con enfermedades crónicas o patologías psiquiátricas, trabajadores de turno (por ruptura o trastornos del ritmo circadiano), personas con antecedentes de abuso de sustancias, pacientes que utilizan cierto tipo de medicamentos (broncodilatadores, antidepresivos, hormonas, entre otros) y ancianos.

Consecuencias

El farmacéutico es el primer punto de contacto de los pacientes que requieren ser asistidos por condiciones de salud menores que pueden ser tratadas por medicamentos que no requieren prescripción facultativa. Generalmente, estas condiciones menores no causan efectos a largo plazo y son autolimitadas. Sin embargo, el insomnio es marcadamente diferente ya que puede dar lugar a ansiedad, dificultad de concentración y de memoria, disminución del rendimiento, fatiga, disminución del grado de alerta, cambios en el carácter y somnolencia diurna que puede provocar accidentes domésticos o laborales. Además, éste problema afecta no sólo a quien lo padece, sino también a quienes lo rodean como familiares, compañeros de trabajo, amistades, entre otros.

La pérdida de sueño a largo plazo resulta en un insomnio no tratado, el cual incrementa el riesgo de accidentes industriales y automovilísticos (los insomnes son 2,5 a 4,5 veces más propensos a sufrir de accidentes que aquellos que no lo son), pérdida del empleo, problemas sociales y de pareja, salud pobre, desórdenes endocrinos y metabólicos, enfermedades coronarias, depresión mayor y suicidio. Dormir poco está íntimamente relacionado con la morbilidad y la mortalidad en ancianos. Los pacientes geriátricos que sufren de insomnio son 1,6 a 2 veces más propensos de morir que aquellos que duermen normalmente. La creciente evidencia muestra que un insomnio crónico no remitente puede predisponer al desarrollo de desórdenes psiquiátricos.

Las consecuencias de este trastorno van, naturalmente, mucho más allá de la salud de las personas. Si se computan los gastos médicos y farmacológicos junto con las horas laborales

pérdidas y la calidad del trabajo desempeñado por los insomnes, se llega a la conclusión de que es una enfermedad que le sale muy cara al sistema de salud de cualquier país.

Antecedentes históricos en el tratamiento del Insomnio

La farmacoterapia ha ido evolucionando considerablemente con el pasar de los años. En la antigüedad se empleaban bebidas alcohólicas y pociones que contenían láudano y diversas hierbas para inducir el sueño. El primer agente que se introdujo de manera específica como sedante, y poco después como hipnótico fue el bromuro, a mediados del siglo XIX. Hidrato de cloral, paraldehído, uretano y sulfonal empezaron a usarse antes de la aparición del barbital, en 1903, y del fenobarbital en 1912.

La aparente eficacia de los barbitúricos indujo la síntesis de más de 2500 compuestos, de los cuales se comercializaron cerca de 12. Sin embargo, el hidrato de cloral, se utilizó comúnmente para inducir el sueño hasta bien entrados los años 70, pero luego progresivamente disminuyó su uso cuando los médicos empezaron a prescribir benzodiazepinas. Hoy en día, se sigue utilizando el hidrato de cloral como hipnótico pero a muy baja escala.

Barbitúricos, como pentobarbital y secobarbital, eran fármacos de elección para tratar el insomnio entre 1950 y 1960. Sin embargo, en la actualidad, su utilización está contraindicada, debido a que no son capaces de inducir el sueño fisiológico, producen tolerancia y dependencia, poseen efectos adversos marcados, amplias interacciones medicamentosas y su sobredosis puede resultar fatal, especialmente si se combinan con alcohol.

La síntesis del clordiazepóxido por Sternbach en 1957 y el descubrimiento de sus particulares acciones por Randall, abrieron la era de las benzodiazepinas en 1961. En los últimos 50 años, las benzodiazepinas son el grupo farmacológico más usado en el tratamiento del insomnio y en la práctica clínica se emplean casi todas ellas.

Atención Farmacéutica en Insomnio

La elevada prevalencia de los trastornos del sueño tipo insomnio, junto al rápido alivio de los síntomas que se consigue con el tratamiento farmacológico, hace que los hipnóticos se encuentren entre los medicamentos que con mayor frecuencia se prescriben en el mundo; si

bien, su uso no está exento de riesgos, dado que existe un desconocimiento general de la población y entre algunos profesionales sobre las consecuencias de su uso incorrecto.

Según los principios de la Atención Farmacéutica se espera que el farmacéutico obtenga la mayor cantidad posible de información y haga una historia farmacoterapéutica del paciente. Determine las posibles causas de insomnio, dé las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas necesarias para conciliar un sueño reparador y remita al médico correcto cuando así lo considere necesario. Además, a través del conocimiento que se tiene de los medicamentos que se administra el paciente se puede diseñar un plan de acción para identificar todos los posibles problemas relacionados con él mismo y así intervenir de manera oportuna dando las recomendaciones y sugerencias pertinentes, mejorando en forma significativa la calidad de vida del paciente.

Por lo tanto, este trabajo de investigación se plantea recopilar datos útiles de venezolanos y venezolanas insomnes con el objetivo de desarrollar una guía práctica con pautas de acción que optimicen el rol del farmacéutico comunitario como asesor de pacientes que sufren de insomnio.

METODOLOGÍA

Materiales

Los recursos para llevar a cabo la investigación fueron los siguientes:

- *Recurso humano:* Investigadores.
- *Fuentes de Información:* Revistas científicas nacionales e internacionales, libros de texto especializados en la materia, páginas web relacionadas con el tema.
- *Prescripciones:* Las recetas médicas y las solicitudes por automedicación de medicamentos para el tratamiento del insomnio que hicieron los pacientes en la farmacia.
- *Cuestionario de recolección de datos:* en donde se preguntó acerca del sexo, edad, medicamentos solicitados, especialidad del médico tratante, causas y duración del insomnio.
- *Área de estudio:* Farmacia Candiel, Avenida sur 13, Esquina Candilito a Cruz, Centro Locatel Doral, local 56, mezzanina. Urbanización La Candelaria, Parroquia La Candelaria, Distrito Sanitario N° 3, Municipio Libertador, Caracas, Distrito Capital.

Métodos

- *Tipo de estudio:* De campo, descriptivo y transversal. La investigación es de campo porque los datos se obtuvieron directamente del ambiente en el cual se presenta el fenómeno sin la intervención del investigador; descriptivo, ya que se estudió un fenómeno que estaba ocurriendo y transversal, porque se entrevistó una sola vez a cada integrante de la muestra.
- *Población:* Pacientes que sufrían de insomnio y asistieron a Farmacia Candel.
- *Muestra:* Pacientes que asistieron a Farmacia Candel, sufrían de insomnio y solicitaron medicamentos hipnóticos con o sin prescripción facultativa en un período de 4 meses.
- *Técnica e instrumento de recolección de la información:* En cuanto a la técnica, se aplicó la Encuesta Estructurada y como instrumento se utilizó el cuestionario mixto de preguntas abiertas y cerradas o dicotómicas.
- *Procedimiento para obtener los datos:* Se establecieron estadísticamente los porcentajes y desviaciones estándar de los datos obtenidos una vez aplicada la encuesta.
- *Plan de tabulación y análisis:* Se hicieron gráficos de barras y se procedió al respectivo análisis de los datos.
- *Guía Práctica:* Se realizó mediante cuidadosa selección, evaluación y utilización de la información apropiada obtenida a través de fuentes primarias y secundarias. La guía contiene las monografías de los hipnóticos más comúnmente utilizados para el tratamiento del insomnio, una serie de medidas farmacológicas y no farmacológicas y de higiene del sueño que conviene recomendarle al paciente, además de proporcionarle al farmacéutico criterios de derivación al médico cuando sea necesario. Consta de cinco (5) partes:
 - I. Aspectos generales del insomnio: definición, clasificación y diagnóstico, etiología, consecuencias.
 - II. Medidas de higiene del sueño.
 - III. Tratamiento: 1) no farmacológico, 2) farmacológico y 3) en niños
 - IV. Prevención
 - V. Atención Farmacéutica:
 - Protocolo de actuación
 - Medicamentos hipnóticos disponibles en Venezuela
 - Referencias bibliográficas

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el período Mayo – Agosto de 2008 se evaluaron 142 pacientes con un rango de edad comprendido entre 8 y 95 años (edad promedio $55,6 \pm 1,5$ años), los cuales asistieron a Farmacia Candel, padecían de insomnio, solicitaron medicamentos hipnóticos y accedieron a participar en el estudio llenando la encuesta que les fue facilitada por los investigadores, obteniéndose los siguientes resultados:

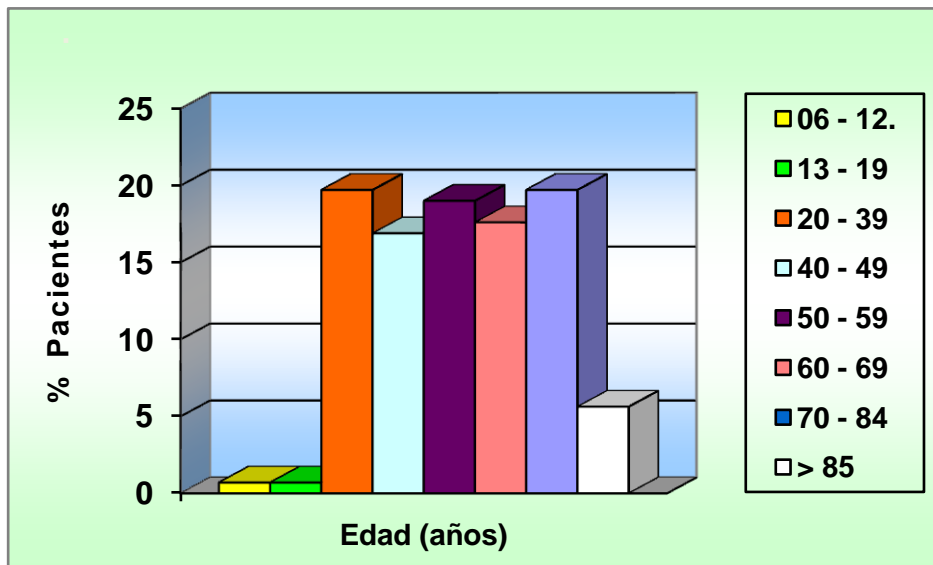
Sexo

El 66,20% de los participantes estuvo representado por el sexo femenino y el 33,80% por el sexo masculino. Similares resultados obtuvieron Bogan y Turner en 2007 en un estudio llevado a cabo en 90 personas (edades 21 – 86 años); 64% mujeres y 36% hombres. Terzano y colaboradores en 2006 reportaron que en una investigación hecha con 2755 pacientes (todos mayores de 18 años) 68,8% eran mujeres y 31,2% eran hombres. Por su parte, Johnson y colaboradores en 2006 realizaron una encuesta a 1014 pacientes jóvenes (edad 13 y 16 años) y encontraron que 50,3% eran mujeres y 49,7% eran hombres.

Como se ha dicho, el insomnio es una queja común en la población general, pero en el caso de las mujeres su frecuencia se aumenta durante y después del climaterio como consecuencia del fraccionamiento del sueño y disminución en su eficiencia derivadas de las oleadas de calor. De hecho, se han realizado estudios acerca del efecto de los ritmos de la melatonina sobre el ciclo menstrual y en mujeres postmenopáusicas en los cuales se evidencia que el ritmo de dicha hormona se halla adelantado en mujeres postmenopáusicas alterando su percepción sobre el nivel de alerta y somnolencia. También se han reportado casos de insomnio en mujeres como consecuencia del síndrome de tensión premenstrual.

Grupo etario

Basándose en la clasificación propuesta por Martín Ruiz (2005), se determinó que los pacientes de la vejez intermedia (70 – 84 años) y el de los adultos jóvenes (20 – 39 años) eran los grupos etarios que más sufrían de insomnio con un 19,72% cada uno; por su parte, se obtuvo que el 19,01% eran adultos maduros (50 – 59 años); el 17,60% pertenecían al grupo de la vejez inicial (60 – 69 años); mientras que el 16,90% eran considerados adultos medios (40 – 49 años), aquellos catalogados como pacientes de vejez avanzada (>85 años) representaron el 5,63%; el 0,70% de los encuestados fueron clasificados como adolescentes (13 – 19 años) y el 0,70% restante fueron etiquetados como púberes (6 – 12 años).



Lopes y colaboradores en una investigación realizada en 2005 encuestaron a 200 pacientes hospitalizados e insomnes y obtuvieron los siguientes resultados: 5% tenía entre 18 – 24 años; 14,5% entre 30 – 44 años; 49,5% entre 45 – 65 años y 31% tenían una edad mayor o igual a 65 años.

Estudios demuestran que la prevalencia de insomnio aumenta significativamente con la edad, es por ello, que los ancianos presentan una mayor latencia de sueño, una menor eficiencia de sueño, un alto número de despertares nocturnos y se levantan muy temprano en la mañana. Sin embargo, durante éste estudio con la muestra evaluada se encontró, que no sólo los pacientes geriátricos sufren de insomnio sino que un grupo importante de jóvenes y adultos presentan valores porcentuales bastante significativos, por lo tanto, el farmacéutico comunitario tiene un papel fundamental que desempeñar como asesor en pacientes con esta patología y es, por esta razón, que es importante disponer de una guía que contenga información sencilla y necesaria sobre el manejo correcto de esta enfermedad.

Medicamentos solicitados

Con 65,5% los hipnóticos benzodiazepínicos fueron el grupo farmacológico más solicitado por los pacientes y dentro de éste el alprazolam fue el más prescrito. Los medicamentos pertenecientes al grupo de fitoterapia ocuparon el segundo lugar con 16,19% de las solicitudes, le siguen con 8,45% los hipnóticos no benzodiazepínicos, con 3,52% los medicamentos homeopáticos, con 2,81% cada uno los antidepresivos y las flores de Bach y, por último, se encontraron a los neurolépticos con 0,70%.

No se evidenciaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las solicitudes de hipnóticos benzodiacepínicos, ya que ambos géneros presentaron valores mayores al 60%. Sin embargo, con relación a la utilización de hipnóticos pertenecientes a la medicina alternativa (fitoterapia, homeopatía, flores de Bach) se encontró que los hombres revelan una mayor preferencia por éste tipo de medicamentos que las mujeres (29% vs 20%).

Parroni y colaboradores en 2004 encontraron en 50 pacientes (19 hombres y 31 mujeres con edades entre 32 – 55 años) que 34% utilizaban zolpidem, 26% triazolam, 20% zopiclona, 14% brotizolam y 6% flurazepam. En 2006, Terzano y colaboradores publicaron que de 1145 pacientes que recibían terapia para tratar el insomnio 49,4% utilizó hipnóticos; 66,3% ansiolíticos y 25,1% antidepresivos. Entre los años 2002 y 2003, en Inglaterra, se realizaron 12.7 millones de prescripciones de benzodiacepinas para tratar el insomnio y 30% de ellas fueron por 56 tabletas.

La terapia con medicamentos hipnóticos ha sido un importante componente para el manejo del insomnio por décadas y las benzodiacepinas han constituido desde su aparición los medicamentos de primera elección probablemente a que no disminuyen la cantidad total del sueño REM, por lo tanto, no disminuyen la capacidad de soñar. No obstante, es importante tener en consideración, que la instauración de un tratamiento farmacológico racional con benzodiacepinas (e incluso para cualquier otro grupo de hipnóticos) debería guiarse por cinco principios fundamentales: utilizar la dosis mínima eficaz, administrar el tratamiento de forma intermitente, prescribir medicación para corto plazo (su uso regular no debería superar las 3 – 4 semanas), interrumpir el tratamiento de forma gradual; y, vigilar la posible aparición de insomnio de rebote tras la suspensión del tratamiento. Una estrecha vigilancia del uso de las benzodiacepinas se hace absolutamente necesaria, sobretodo en ancianos, con un mayor riesgo de experimentar efectos adversos, y con la finalidad de prevenir el uso crónico de estos medicamentos.

También, es importante recalcar que se precisa algo más que sólo hipnóticos para tratar el insomnio. Siempre será interesante intentar la combinación de enfoques farmacológicos y no farmacológicos, y es de gran utilidad mejorar los conocimientos de los pacientes sobre sus consecuencias y profundizar en el estudio de la etiología, además debe considerarse la intervención educativa del individuo con el objetivo de asegurar una correcta higiene del sueño.

Especialidad del Prescriptor

El 21,83% de las solicitudes de hipnóticos fueron prescritas por médicos especialistas en Psiquiatría, les siguieron las solicitudes por Automedicación con 16,20%; a continuación se encontraron con 12,67% las especialidades de Medicina General y Medicina Interna; con 10,60% Cardiología, con 7,04% Cirugía; con 2,82% Nefrología, seguida por Gastroenterología, Endocrinología, Geriátrica, Medicina Familiar, Traumatología y Oncología con 2,11%; luego se observó con 1,41% a la especialidad de Fisiatría y, por último, las especialidades que menos prescribieron medicamentos hipnóticos fueron Reumatología, Neurocirugía y Neurología con 0,70%.

De los resultados obtenidos se pudo extraer que la mayoría de los hombres optó por la Automedicación y cuando acudían a la consulta de un especialista preferían Medicina General o Psiquiatría. Por su parte, en las mujeres prevaleció su asistencia a consultas con especialistas en Psiquiatría y Medicina Interna. No obstante, en ambos sexos se encontró que si el insomnio tenía una duración mayor a 3 semanas había una tendencia a ser evaluados por un psiquiatra y si la duración era menor a 3 semanas tanto pacientes masculinos como femeninos optaban por la Automedicación.

Según Costa (2006), desafortunadamente, los pacientes con quejas de insomnio asisten a una amplia variedad de especialidades médicas, sobretodo, a quienes no son especialistas en desórdenes del sueño. No es inusual para urólogos, alergólogos e incluso podólogos evaluar pacientes con insomnio. Por ejemplo, los psiquiatras son frecuentemente expuestos a pacientes con insomnio secundario a depresión, debido a que el desorden en el sueño es causado por la depresión, mientras que los pacientes con problemas para dormir debido a desórdenes respiratorios son llevados a la consulta de un neumonólogo. Sin embargo, la mayoría de los pacientes discute su insomnio con especialistas en medicina general.

Causas asociadas al insomnio

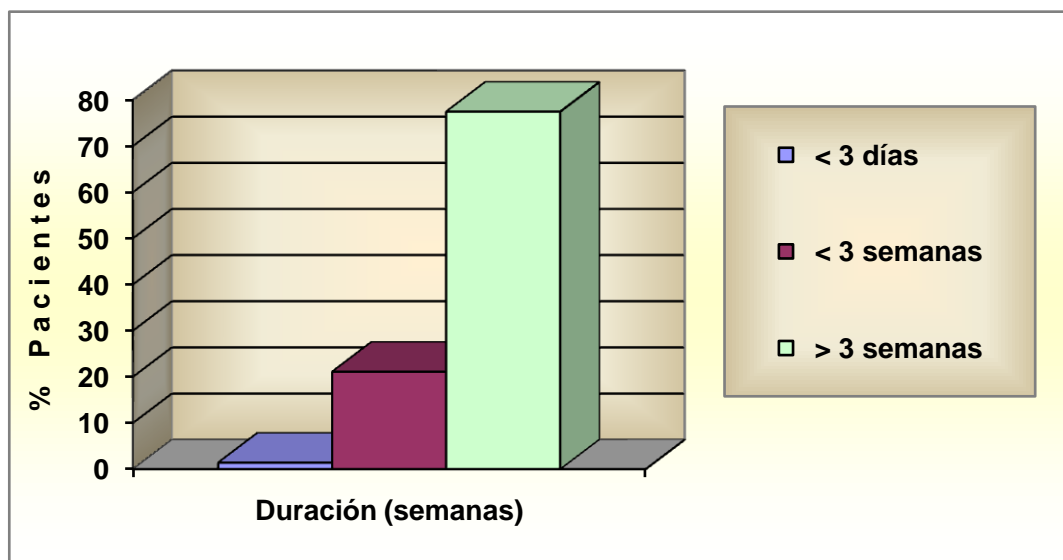
Según los resultados obtenidos el estrés es la mayor causa de insomnio en los pacientes evaluados con un 36,38%; seguido de alguna patología con 19,5%; otras causas con 14,78%; muerte de familiar con 13,14%; problemas de pareja con un 7,04%; pérdida de empleo y problemas financieros con 3,52% y, en último lugar; el 2,11 % de los pacientes relacionó su insomnio con medicamentos. Tanto en hombres como en mujeres se determinó, sin importar el tiempo de duración del insomnio, que las situaciones estresantes son la principal causa de insomnio.

En un estudio llevado a cabo en el 2005, Utsagi y colaboradores evaluaron la presencia de insomnio en trabajadores del gobierno y la industria japonesa, caracterizados por realizar actividades de una gran demanda y en las que los trabajadores se involucran en exceso con el trabajo. Estos autores reportaron una alta correlación entre la presencia de insomnio con los niveles de estrés generados con la situación laboral.

Resultados diferentes fueron reportados en el estudio de Terzano y colaboradores (2006) quienes aplicaron un cuestionario a 2755 pacientes insomnes y el 90,7% reportó tener al menos una enfermedad relacionada, 23% padecían enfermedades cardiovasculares; 14,4% enfermedades del músculo esquelético y 10% trastornos en el sistema digestivo. Otros pacientes relacionaban su insomnio a diferente etiologías 24,4% a ansiedad; 23,7% a eventos estresantes; 6,4% a depresión; 4% a dolor, insomnio primario 18,5%; otros 23%.

Duración del insomnio

En cuanto al tiempo de duración se estimó que (según lo referido por los pacientes) el 77,46% padece de insomnio por un período de tiempo mayor a tres semanas (insomnio crónico), seguido de un 21,12 % con períodos menores de tres semanas (insomnio intermitente) y, por último, los pacientes que reportaron padecer de insomnio en un período menor a tres días (insomnio transitorio) correspondió al 1,41%.



Durante el estudio se evidenció que más del 75% de hombres y mujeres padecen de insomnio crónico, por lo tanto, no se puede establecer una relación directa entre género y duración.

Hohagen y colaboradores (1993) identificaron en una encuesta realizada en 2512 pacientes (18 y 65 años) que 18,7% sufrían de insomnio crónico; 12,2% de insomnio intermitente y 15% de insomnio transitorio. Se ha estimado que aproximadamente entre el 10 y el 15% de todos los pacientes que asistieron a los sistemas de atención primaria en los Estados Unidos de América sufrían de insomnio crónico, y entre el 20 y el 49% de los adultos padecían de insomnio intermitente. Varios factores de riesgo pueden ser asociados con el insomnio crónico: vejez, sexo femenino, desorden psicosocial, abuso de sustancias y condiciones psiquiátricas y médicas comórbidas.

En ésta investigación se obtuvo que la mayoría de los pacientes encuestados sufren de insomnio crónico, por tanto, es un problema que puede afectar su calidad de vida y es por ello, que el farmacéutico tiene un papel muy importante que cumplir como asesor de pacientes insomnes y de allí la relevancia de disponer de una guía práctica que le dé la información necesaria para hacerlo correctamente.

CONCLUSIONES

Durante este estudio se encontró que:

1. Las mujeres son más propensas a sufrir de insomnio que los hombres, aproximadamente en una proporción 2:1.
2. Los grupos etarios que más padecen de insomnio son el de la vejez intermedia y el de adultos jóvenes.
3. Los hipnóticos benzodiazepínicos son los medicamentos más utilizados para tratar el insomnio y dentro de éste grupo el alprazolam fue el más prescrito.
4. La especialidad médica que más prescribió medicamentos hipnóticos fue la de Psiquiatría.
5. El estrés es la principal causa de insomnio en los pacientes evaluados.
6. La mayoría de los pacientes padece de trastornos del sueño tipo insomnio por más de 3 semanas, por lo tanto, su problema es crónico.

7. En general, los resultados de ésta investigación nos indican que el insomnio es un problema de salud pública y, por tanto, el farmacéutico debe estar preparado con la información adecuada e intervenir de manera oportuna para atender y aconsejar a los pacientes que sufren de este trastorno. Por esta razón, se desarrolló una guía práctica para el farmacéutico que contiene información justa, sencilla y necesaria sobre el manejo correcto de esta enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. La realización de éste estudio debería ampliarse a todos los estados del país para tener datos más fiables y una perspectiva más real de la situación actual del insomnio en todo el territorio nacional.
2. Las autoridades del equipo de la salud y las facultades de Farmacia del país deberían ampliar sus programas de docencia y promover jornadas y talleres de actualización sobre ésta enfermedad y como manejarla correctamente.
3. La industria farmacéutica como parte de su política de responsabilidad social, podría diseñar alguna campaña sobre el insomnio y sus características, con el fin de motivar a las personas insomnes a consultar a un profesional médico o farmacéutico.
4. Los representantes de la Federación Farmacéutica y los distintos Colegios Farmacéuticos, deberían propiciar encuentros entre farmacéuticos con el fin de intercambiar experiencias en su quehacer diario y también sensibilizarlos sobre la importancia su papel en el tratamiento de esta enfermedad.
5. Promover políticas que involucren un trabajo conjunto entre médico y farmacéutico con el objetivo de que el paciente obtenga los máximos beneficios terapéuticos derivados del tratamiento.
6. Por último, es conveniente acotar, que son pocos los estudios hechos en el país con relación al insomnio, por consiguiente, este trabajo es un aporte para el farmacéutico comunitario y para el sector salud en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pharmacist ranked second most trusted profession [news]. *The Pharmaceutical Journal*. 2009; 282(7549): 472.
2. Federación Farmacéutica Internacional. Declaración de Principios Buenas Prácticas de Educación Farmacéutica. Viena (Suiza): Federación Farmacéutica Internacional; 2000.
3. García F. El Farmacéutico y la Salud Pública. *Revista Cubana de Farmacia* 2006; 40(1): 72 – 83.
4. Organización Mundial de la Salud. La Atención Farmacéutica. Declaración de Tokio. Tokio (Japón); 1993.
5. Costa J. Sleep disorders in psychiatry. *Metabolism Clinical and Experimental* 2006; 55(Supl 2): 40 - 44.
6. Maestre M. Guía de Atención Farmacéutica en Insomnio. Sevilla (España): Área de Atención Farmacéutica del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla; 2006.
7. Rosas M. Insomnio clasificación, prevención y tratamiento farmacológico. *OFFARM* 2007; 26(3): 90 – 97.
8. Serrano M. Información pertinente para los pacientes que sufren de insomnio. *Infármate* 2007; (11): 1 - 8.
9. López M. Insomnio. *OFFARM* 2006; 25(7): 60 - 63.
10. Carretero M. Insomnio. *OFFARM* 2006; 25(6): 90 – 92.
11. Hajak G, Riemann D. Chronic Insomnia. *European Psychiatric Review* 2008; 1(1): 36 - 39.
12. Roth T. Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2007; 3(5): 7 - 10.
13. Doghramji K. The Epidemiology and Diagnosis of Insomnia. *The American Journal of Managed Care* 2006; 12(8): 214 - 218.
14. Byusse D. Insomnio Crónico. *American Journal Psychiatry (Ed Esp)* 2008; 11(8): 457 - 465.
15. Escobar F, Chica H, Cuevas F. Trastornos del Sueño Relacionados con el Climaterio Femenino y su Tratamiento. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2008; 59(2): 131 - 139.
16. Roth T, Roehrs T, Pies R. Insomnia: Pathophysiology and implications for treatment. *Sleep Medicine* 2007; 11(1): 71 – 79.

17. Velázquez J, Arana Y, Terán G, Jiménez U, Jiménez A. Estrés e Insomnio. *Vigilia-Sueño* 2006; 18(1): 47 - 48.
18. Hulisz D, Duff C. Assisting Seniors with Insomnia: A Comprehensive Approach. *US Pharmacist* 2009; 34(6): 38 – 43.
19. Plante D, Winkelman J. Alteraciones del sueño en el trastorno bipolar: implicaciones terapéuticas. *American Journal Psychiatry (Ed Esp)* 2008; 11(9): 540 - 553.
20. Allen S. Insomnia and its management. *The Pharmaceutical Journal* 2005; 274: 243 – 246.
21. Sivertsen B, Nordhus I. Management of insomnia in older adults. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 285 - 286.
22. Hobbs W, Rall T, Verdoorn T. Hipnóticos y sedantes; Etanol. En: Harmand J, Limbird L, Molinoff P, Ruddon R, Goodman A. Goodman & Gilman Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 9 ed. Vol I. México DF: McGraw – Hill Interamericana; 2001. pp. 385 – 419.
23. Bogan R, Turner J. News assessment tools that measure sleep vital signs: the SleepMed Insomnia Index and the Sleep Matrix. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2007; 3(4): 501 – 510.
24. Terzano M, Cirignotta F, Mondini S, Ferini-Strambi L, Parrino L. Studio Morfeo 2: Survey on the management of insomnia by Italian general practitioners. *Sleep Medicine* 2006; 6: 599 – 606.
25. Hohagen F, Rink K, Käppler C, Schramm E, Weyerer S, Berger M. Prevalence and treatment of insomnia in general practice. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1993; 242: 329 – 336.
26. Johnson E, Roth T, Breslau N. The association of insomnia with anxiety disorders and depression: Exploration of the direction of risk. *Journal of Psychiatric Research* 2006; 40: 700 – 708.
27. Martín J. www.ub.es/geocrit/sn/sn-190.htm. Visitada el 14/09/2009.
28. Lopes F, Hara C, Vaz C, Antunes M, Castro E, Fizikawa C y col. Is insomnia a marker for psychiatric disorders in general hospitals? *Sleep Medicine* 2005; 6: 549 – 553.
29. Parroni L, Ferrillo F, Smerieri A, Spaggiari M, Palomba V, Rossi M y col. Is insomnia a neurophysiological disorder? The role of sleep EEG microstructure. *Brain Research Bulletin* 2004; 63: 377 – 383.
30. Utsagi M, Saijo Y, Yoshioka E, Horikawa N, Sato T, Gong Y y col. Relationships of occupational stress to insomnia and short sleep in japanese workers. *Sleep* 2005; 28: 728 – 735.