

Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria

Ferran Bejarano Romero^a, Josep Lluís Piñol Moreso^b, Núria Mora Gilibert^c, Pere Claver Luque^c, Núria Brull López^c y Josep Basora Gallisa^d

Objetivo. Determinar la prevalencia global del consumo crónico de benzodiazepinas y sus análogos en atención primaria.
Diseño. Estudio transversal observacional.
Emplazamiento. Centros de salud del Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat.
Participantes. Pacientes con edad superior a 15 años, en tratamiento prolongado con benzodiazepinas o sus análogos.
Mediciones. Las variables analizadas fueron la edad, el sexo, el tipo de centro de salud (rural o urbano), la benzodiazepina o el análogo administrados y la duración del tratamiento.
Resultados. Habían utilizado una benzodiazepina o un análogo de forma prolongada 6.885 pacientes. El 70,9% eran mujeres, el 73,4% tenía 65 años o más, y el 73% estaba adscrito a un centro urbano. La prevalencia global fue del 6,9%, mayor entre las mujeres que entre los varones (9,7% y 4%, respectivamente), y aumentó con la edad hasta un 27,3% entre los pacientes de 75 o más años. En los resultados estratificados se observó que el consumo crónico era superior entre las mujeres de 75 o más años de edad adscritas a centros de salud urbanos, con una prevalencia del 35,7%.
Conclusiones. Un porcentaje elevado de la población, que comprende a los pacientes más frágiles, está siendo tratado con benzodiazepinas o análogos, lo que no se ajusta a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Palabras clave: Benzodiazepinas. Ancianas. Atención primaria.

INCREASED BENZODIAZEPINE USE IN ELDERLY WOMEN ATTENDING URBAN PRIMARY HEALTH CARE CENTERS

Objective. To determine the overall prevalence of the chronic use of benzodiazepines and similar drugs in primary care.
Design. Observational, cross-sectional study.
Setting. Healthcare centres of the Reus-Altebrat Primary Care Service, Tarragona, Spain.
Participants. Patients older than 15 years, on prolonged treatment with benzodiazepines or similar drugs.
Measurements. The variables studied were age, sex, type of healthcare centre (rural or urban), benzodiazepine, or similar drug administered and duration of treatment.
Results. There were 6885 patients who were on prolonged benzodiazepine or similar drug treatment, of which 70.9% were female, 73.4% were 65 years or older, and 73% attended an urban centre. The overall prevalence was 6.9%, and was higher among women than men (9.7% and 4%, respectively), and increased with age up to 27.3% among patients of 75 years or more. The stratified results showed that chronic consumption was higher among women 75 years of age or older attached to urban healthcare centres, with a prevalence of 35.7%.
Conclusions. A high percentage of our population, which includes the most fragile patients, use benzodiazepines or a similar drug in a way that is not consistent with the recommendations of clinical practice guidelines.

Key words: Benzodiazepines. Elderly women. Primary care.

^aFarmacología Clínica. Direcció d'Atenció Primària Tarragona-Reus. Institut Català de la Salut. Tarragona. España.

^bEpidemiología. Direcció d'Atenció Primària Tarragona-Reus. Institut Català de la Salut. Tarragona. España.

^cMedicina de Familia. Servei d'Atenció Primària Reus-Altebrat. Institut Català de la Salut. Tarragona. España.

^dMedicina de Familia. Unitat de Recerca. Direcció d'Atenció Primària Tarragona-Reus. Institut Català de la Salut. Tarragona. España.

El presente trabajo fue presentado como comunicación oral en el XXI Congreso de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), celebrado en Salou (Tarragona) en 2007.

Correspondencia:
F. Bejarano Romero.
Avda. Prat de la Riba, 39.
43001 Tarragona. España.
Correo electrónico:
fbejarano.tarte.ics@gencat.net

Manuscrito recibido el 8-2-2008.
Manuscrito aceptado para su publicación el 14-4-2008.

Introducción

Las benzodiazepinas son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en España y en la mayoría de países occidentales¹. Se utilizan de forma amplia en problemas de salud con una alta prevalencia, en especial en los trastornos de ansiedad² (trastorno de pánico, agorafobia, síndrome de estrés posttraumático, trastorno de ansiedad generalizada), en el insomnio primario³, y en otras indicaciones menos frecuentes (depresión⁴, epilepsia, contracturas musculares, premedicación anestésica y desintoxicación alcohólica⁵). La ansiedad que genera la actual elevada competitividad laboral y determinados problemas de la vida cotidiana ha favorecido su uso, pero la solución de estas situaciones no debería pasar por el uso continuado de este grupo de fármacos⁶ dado que, aunque la eficacia terapéutica de las benzodiazepinas y sus beneficios clínicos a corto plazo están fuera de toda duda, no están exentas de riesgo⁷ y, además, su eficacia terapéutica a largo plazo no se ha establecido de forma objetiva, a pesar de que algunos estudios retrospectivos sugieren la persistencia de eficacia subjetiva durante años³.

El tratamiento prolongado con benzodiazepinas puede provocar alteraciones cognitivas^{8,9} (somnolencia diurna, disminución de reflejos, alteraciones de la memoria anterógrada) e incremento de caídas con fracturas¹⁰. Algunos de estos efectos pueden ser más frecuentes e intensos en pacientes de edad avanzada como resultado de las modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas relacionadas con la edad^{11,12}. En estos pacientes, el uso de dosis equivalentes a 3 mg/día o más de diazepam incrementa el riesgo de fractura de cadera un 50%, y hasta un 80% si el tratamiento dura más de 1 mes¹⁰. Por ello, se recomienda comenzar con una dosis no superior a la mitad de la habitualmente utilizada en adultos jóvenes, con una escalada de dosis lenta y usar el fármaco durante períodos cortos^{13,14}.

Actualmente, las recomendaciones terapéuticas de consenso y guías clínicas aconsejan que el tratamiento con benzodiazepinas sea inferior a 3-4 semanas para la mayoría de indicaciones^{3,15,16}. No obstante, muchos pacientes consumen benzodiazepinas de forma regular durante años^{17,18}, dada su gran capacidad de generar tolerancia y dependencia farmacológica^{2,3,19}, lo que dificulta su retirada definitiva. La dependencia a las benzodiazepinas puede aparecer como resultado del tratamiento en cualquier indicación, incluso con las dosis prescritas habitualmente, así como con el uso a corto plazo⁷. Se calcula que esta dependencia la presenta un tercio de los pacientes con una prescripción regular de benzodiazepinas durante 4 semanas o más. Se han identificado variables predictivas de la gravedad de los síntomas de la dependencia⁴. Entre éstas se incluyen variables relacionadas con el fármaco (mayor dosis,

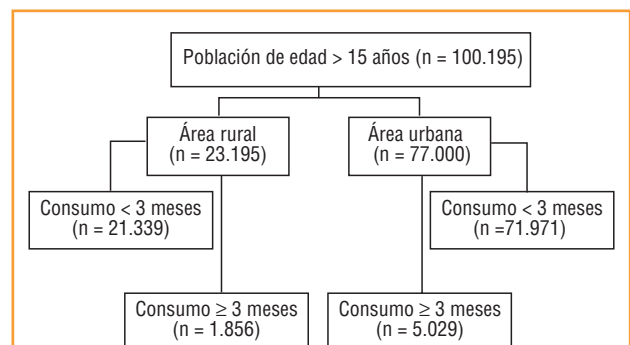
duración más larga, vida media más corta, supresión gradual más rápida) y variables relacionadas con el paciente (mayor ansiedad y depresión previas a la supresión gradual, mayor neuroticismo, antecedentes de crisis de pánico y abuso de alcohol u otras sustancias). En los últimos años se ha promovido el uso de los análogos de las benzodiazepinas (zaleplon, zopiclona y zolpidem) en el tratamiento del insomnio basándose en que, a diferencia de lo que ocurre con las benzodiazepinas, no desestructuran la arquitectura normal del sueño, tienen un mejor perfil de seguridad, un menor potencial para producir síndrome de retirada y una menor capacidad de producir tolerancia²⁰. Sin embargo, también se ha descrito abuso, ansiedad (*craving*), dependencia, tolerancia y alteraciones psiquiátricas en relación con el uso de estos nuevos fármacos²¹.

La mayoría de los tratamientos con benzodiazepinas y sus análogos se siguen exclusivamente en el ámbito de la atención primaria, y el médico de familia es su principal prescriptor^{17,18}. Por tanto, es el principal responsable de limitar su duración.

El objetivo de este estudio ha sido determinar la prevalencia global del consumo prolongado de benzodiazepinas y sus análogos en el ámbito de la atención primaria, y su variabilidad según grupos de edad y sexo de los pacientes y la localización del área básica de salud (ABS).

Métodos

Se diseñó un estudio transversal de tipo observacional. La población analizada fueron todos los usuarios de 15 o más años de edad adscritos durante el año 2006 a las 8 ABS (4 urbanas y 4 rurales) del Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat (100.195 usuarios, a 1 de julio de 2006). Se seleccionaron todos los pacientes que durante el año 2006 habían consumido al menos una benzodiazepina o un análogo de forma prolongada. La selección de los pa-



Esquema general del estudio

Estudio transversal, observacional, en pacientes consumidores crónicos de benzodiazepinas o sus análogos.

cientes la llevó a cabo la Unidad de Sistemas de Información del Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat.

Para la identificación de las diferentes especialidades farmacéuticas se utilizó un listado con todas las presentaciones de fármacos de los grupos N05B (ansiolíticos) y N05C (hipnóticos y sedantes) de la clasificación ATC (Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System) de la OMS que se habían dispensado en oficinas de farmacia con recetas a cargo del Sistema Nacional de Salud, durante el año 2006. Tras su identificación se incluyeron en el estudio: a) benzodiazepinas de acción corta-intermedia (alprazolam, bentazepam, brotizolam, clotiazepam, loprazolam, lorazepam, lormetazepam, midazolam y triazolam); b) benzodiazepinas de acción intermedia-larga (bromazepam, clobazam, clorazepato dipotásico, clordiazepóxido, diazepam, flunitrazepam, flurazepam, halazepam, ketazolam, pinazepam y quazepam), y c) análogos de las benzodiazepinas (zaleplon, zopiclona y zolpidem).

Se consideró que un paciente presentaba un consumo prolongado cuando había consumido de forma consecutiva durante 3 o más meses al menos uno de los fármacos incluidos.

La información recogida para cada paciente fue: edad (15 a 64 años; 65 a 74 años; 75 o más años), sexo (hombre; mujer), localización de su ABS (rural; urbano), benzodiazepina o análogo administrado y duración del tratamiento (menor de 3 meses; 3 o más meses consecutivos).

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS para Windows (versión 15.0). Se emplearon las frecuencias absolutas y los porcentajes con su intervalo de confianza (IC) del 95% para la medición de las variables cualitativas. Asimismo, se utilizó la prueba de la χ^2 con corrección de Yates para la comparación de las variables cualitativas y la prueba de la χ^2 de tendencia lineal para proporciones, considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

El número de pacientes que habían consumido al menos una benzodiazepina (o análogo de ésta) de forma prolongada fue de 6.885 (benzodiazepinas: 6.424; análogos: 461), de los cuales el 73,4% tenía 65 o más años de edad, el 70,9% eran mujeres y el 73,0% estaba adscrito a un ABS urbana. Por orden de frecuencia, las benzodiazepinas o análogos más consumidos fueron: lorazepam (28,3%), lormetazepam (18,0%), alprazolam (15,7%), diazepam (13,2%), zolpidem (6,1%), bromazepam (5,6%) y clorazepato dipotásico (5,1%).

En el análisis bruto, la prevalencia global del consumo prolongado de benzodiazepinas o análogos fue del 6,9% (IC del 95%, 6,7-7). Globalmente, al comparar las diferentes prevalencias se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para los distintos grupos de edad (a mayor grupo de edad, mayor prevalencia [el 2,3 frente al 24,1 frente al

27,3%, respectivamente]), sexo (las mujeres mayor prevalencia que los varones [el 9,8 frente al 4,0%]) y localización del ABS (centros rurales mayor prevalencia que centros urbanos [el 8,0 frente al 6,5%]). Se observó una elevada variabilidad al comparar las prevalencias brutas en cada una de las diferentes ABS del Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat (fig. 1).

Tras estratificar los datos por grupos de edad, sexo y localización del ABS de los pacientes (tabla 1) se observó, de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$), que el consumo prolongado de benzodiazepinas o sus análogos aumentaba siempre con la edad, era siempre superior en las mujeres en comparación con los varones y era superior casi

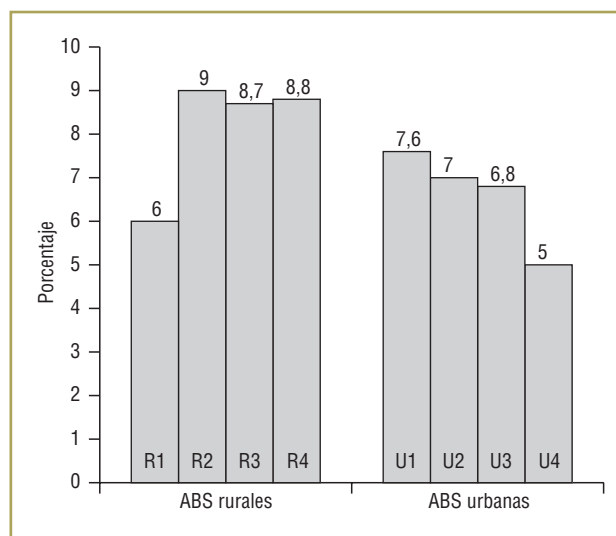


FIGURA 1

Prevalencia del consumo prolongado de benzodiazepinas (o sus análogos) en las 8 ABS (4 rurales y 4 urbanas) del Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat.

TABLA 1 Prevalencia bruta del consumo prolongado de benzodiazepinas (o sus análogos) en atención primaria ajustada por el grupo de edad, sexo y localización del ABS de los pacientes

	Varones		Mujeres		p*
	N	% (IC del 95%)	N	% (IC del 95%)	
ABS rural					
15-64 años	155	1,7 (1,5-2,0)	295	3,6 (3,2-4,1)	< 0,001
65-74 años	175	13,9 (12,1-16,0)	386	29,4 (26,9-31,9)	< 0,001
≥ 75 años	277	16,6 (14,8-18,4)	568	30,1 (28,7-33,0)	< 0,001
Total rural	607	5,1 (4,7-5,5)	1.249	11,1 (10,5-11,7)	< 0,001
ABS urbana					
15-64 años	443	1,4 (1,2-1,5)	938	3,1 (2,9-3,2)	< 0,001
65-74 años	442	14,7 (13,5-16,0)	1.140	34,2 (32,6-35,9)	< 0,001
≥ 75 años	511	18,2 (16,8-19,7)	1.555	35,7 (34,3-37,2)	< 0,001
Total urbano	1.396	3,6 (3,4-3,8)	3.633	7,3 (7,1-7,5)	< 0,001
Total	2.003	4,0 (3,8-4,1)	4.882	8,0 (7,8-8,2)	< 0,001

*Prueba de la χ^2 con corrección de Yates. En cada uno de los cuatro estratos, la prueba de la χ^2 de tendencia lineal para proporciones en los 3 grupos de edad fue $< 0,001$. ABS: área básica de salud.

siempre, excepto para el grupo de edad más joven, en el medio urbano que en el rural, contrariamente a lo que sucedía con el análisis bruto de los resultados. Dicha estratificación permitió identificar a los subgrupos de población con mayor consumo de benzodiazepinas o sus análogos de forma prolongada: mujeres procedentes del medio urbano, de 75 o más años de edad (35,7% [IC del 95%, 34,3-37,2]) y entre 65 y 74 años de edad (34,2% [IC del 95%, 32,6-35,9]), seguidas por las mujeres procedentes del medio rural de 75 o más años de edad (30,1% [IC del 95%, 28,7-33,0]) y entre 65 y 74 años de edad (29,4% [IC del 95%, 26,9-31,9]).

Discusión

El análisis bruto de los datos indica que, globalmente, existe una prevalencia de uso prolongado de benzodiazepinas o sus análogos superior entre las ABS rurales que entre las urbanas, aumenta con la edad y es el doble entre las mujeres que entre los varones. El perfil de fármacos utilizados es muy similar al descrito en España durante los últimos años²², con una mayor utilización de las benzodiazepinas de acción corta-intermedia (alprazolam, lorazepam y lormetazepam). Al estratificar por edad, sexo y medio rural o urbano se observa, sin embargo, que el consumo crónico de estos fármacos es mayor en las 2 franjas de edad superiores, y entre los pacientes procedentes de áreas urbanas, contrariamente a lo observado en el análisis sin ajustar, en el que el consumo era superior entre los pacientes procedentes del medio rural. No hemos encontrado estudios que hayan evaluado las posibles causas en las diferencias cuantitativas para el tratamiento crónico con benzodiazepinas entre poblaciones rurales o urbanas, aunque entre éstas podrían encontrarse diferencias en la prevalencia de enfermedades psiquiátricas, en la presión asistencial o en la relación entre médico y paciente. No se analizan las posibles causas en las diferencias de prevalencia entre las poblaciones adscritas a ABS urbanas o rurales, ya que éste no era el objetivo del estudio, y queda pendiente su análisis en trabajos posteriores. El 70,6% de los consumidores crónicos son mujeres. En otros estudios realizados en poblaciones similares²³⁻²⁵, así como fuera de España²⁶, el porcentaje de mujeres con consumo crónico de benzodiazepinas o sus análogos es similar al nuestro. Las posibles causas de esta importante diferencia entre mujeres y varones podrían ser la mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas en las mujeres y que éstas frecuentan más los centros de salud²⁷.

En la Encuesta Nacional de Salud del 2003²⁸ y en la Encuesta de Salud de Cataluña del 2006²⁹ se observó que la prevalencia de uso de estos fármacos aumenta con la edad y que es aproximadamente el doble entre las mujeres que entre los varones, y que llega al 30,02% entre las mujeres de más de 75 años y al 15,16% entre los varones de más de 75 años. En nuestro estudio, la prevalencia de uso entre las mujeres de más de 75 años fue del 34,3% (IC del 95%,

Lo conocido sobre el tema

- Las benzodiazepinas se utilizan ampliamente en multitud de indicaciones.
- El período de tratamiento supera en mucho al recomendado por las guías de práctica clínica.
- Los efectos adversos de su uso a largo plazo son potencialmente graves.

Qué aporta este estudio

- Existe variabilidad en la prescripción de benzodiazepinas o sus análogos entre diferentes áreas de salud.
- El mayor consumo se observa en mujeres mayores de 65 años procedentes del medio urbano.

33,1-35,5) y entre los varones de más de 75 años del 17,6% (IC del 95%, 16,5-18,7). Cabe destacar que, a pesar de que nuestros criterios de uso de estos medicamentos son más restrictivos que los de las encuestas de salud anteriormente referidas, los resultados de prevalencia son superiores. La diferencia entre los resultados de estos trabajos y los nuestros podrían deberse a que en dichas encuestas se preguntaba de forma genérica sobre el uso de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, y a que se incluían tanto los fármacos prescritos por el médico como los recomendados por el farmacéutico o los utilizados como automedicación, mientras que nosotros nos basamos en los datos de prescripción recogidos en la historia clínica del paciente, y también a que en las encuestas se hubiese producido una infradeclaración del consumo. En cualquier caso, resulta muy preocupante observar que son las poblaciones con una edad más avanzada las que presentan una mayor prevalencia de uso de benzodiazepinas y sus análogos, ya que estos pacientes son los que presentan un mayor riesgo de tener efectos adversos a causa del consumo de estos fármacos y porque, lejos de disminuir, dicho consumo ha ido aumentando en los últimos años²². Una posible limitación del estudio sería la falta de registro en la historia clínica informatizada de la prescripción de benzodiazepinas o sus análogos que podría suponer una subestimación de la prevalencia. Por otro lado, podría haber una sobrestimación de las prevalencias al continuar con la prescripción crónica en pacientes que ya no estuviesen recibiendo el tratamiento, aunque posiblemente el efecto no sea relevante en el global de los resultados obtenidos.

En general, el tratamiento con benzodiazepinas debería estar muy limitado en el tiempo, y únicamente en casos muy concretos, como el de algunos cuadros epilépticos, se podría justificar su uso crónico a largo plazo. Que más de una cuarta parte de los pacientes de 65 o más años sean tratados durante 3 meses o más con una benzodiazepina o

un análogo es un período muy superior al recomendado por las guías de práctica clínica para el tratamiento de los cuadros en los que están indicados estos fármacos^{3,15,16}. Indudablemente, aquí se abre un amplio campo de mejora a distintos niveles: un seguimiento más exhaustivo de los pacientes tratados, con evaluación de la respuesta al fármaco y de los posibles efectos adversos; retiradas de fármacos en pacientes que experimenten una mejoría de su problema, o sustitución de las benzodiazepinas por otros fármacos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Algunos estudios internacionales de intervención^{30,31} señalan la utilidad de diferentes contenidos educativos sobre los médicos en la reducción de la prescripción de benzodiazepinas. Es necesario hacer ensayos clínicos para evaluar el impacto de estas u otras medidas de intervención, así como intensificar la relación entre la atención primaria y la atención especializada con la elaboración de protocolos de actuación conjuntos.

Bibliografía

- Rayón P, Montero D, Santamaría B, Madurga M, De Abajo FJ. Benzodiazepine consumption in Spain. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;52:321-3.
- Norman TR, Ellen SR, Burrows GD. Benzodiazepines in anxiety disorders: managing therapeutics and dependence. *Med J Aust*. 1997;167:490-5.
- Silber MH. Chronic insomnia. *N Engl J Med*. 2005;353:803-10.
- Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Antidepresivos y benzodiazepinas para la depresión mayor (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.co> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.).
- Gascón P. Análisis de la utilización de las benzodiazepinas. *Of-farm*. 2004;63:163-4.
- Kurihara T. More rational use of benzodiazepines in the outpatient clinic. *Intern Med*. 2007;46:255-6.
- Khong E, Sim MG, Hulse G. Benzodiazepine dependence. *Aust Fam Phys*. 2004;33:923-6.
- Comité Científico del Observatori de Medicaments d'Abús (OMA). Abuso de medicamentos: ¿la adicción del siglo XXI? *FMC*. 2007;14:255-62.
- Conn DK, Madan R. Use of sleep-promoting medications in nursing home residents. Risk versus benefits. *Drugs Aging*. 2006; 23:271-87.
- Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly: effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatry*. 2001; 158:892-8.
- Hunter KF, Cyr D. Pharmacotherapeutics in older adults. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2006;33:630-8.
- Sepúlveda D, González Becerra M, Morón N, Izquierdo G. Fármacos e iatrogenia en el anciano. *Jano*. 2002;62:54-7.
- Benetó A. Trastornos del sueño en el anciano. *Epidemiología. Rev Neurol*. 2000;30:581-6.
- Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *CMAJ*. 2007; 176:1449-54.
- Guidelines for assessing and treating anxiety disorders. Wellington (New Zealand): National Health Committee; 1998.
- Estivill E, Bové A, García-Borreguero D, Gilbert J, Paniagua J, Pin G. Consensus on drug treatment, definition and diagnosis for insomnia. *Clin Drug Invest*. 2003;23:351-85.
- Vicens C, Piquer MJ, Carro M, Fiol X, Loren A, Pérez-González C. Prescripción de psicofármacos en un centro de salud. *CBS Son Serra-La Vileta. Aten Primaria*. 1997;20:331-2.
- Fernández T, Gómez MJ, Baides C, Martínez J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;30:297-303.
- Schweizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1998;393:95-101.
- Terzano MG, Rossi M, Palomba V, Smerieri A, Padrino L. New drugs for insomnia. Comparative tolerability of zopiclone, zolpidem and zaleplon. *Drug Safety*. 2003;26:261-82.
- Hajak G, Müller WE, Wittchen HU, Pittrow D, Kirch W. Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data. *Addiction*. 2003;98:1371-8.
- García del Pozo J, De Abajo Iglesias FJ, Carvajal García-Pando A, Montero Corominas D, Madurga Sanz M, García del Pozo V. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:379-87.
- González Solanillas M, Cabrero Sobrino P, Lancho Lancho S, Torres Sánchez A. Consumo crónico de benzodiazepinas en ancianos. *Aten Primaria*. 2004;33:349.
- Bello Brau ME, Morales Blánquez C, Abad Alegría F, Rubio Calvo E. Estudio sobre el consumo de hipnóticos por ancianos en las ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel. *Vigilia-Sueño*. 2005;17:82-9.
- Granados Menéndez MI, Salinero Fort MA, Palomo Ancillo M, Aliaga Gutiérrez L, García Escalonilla C, Ortega Orcos R. Ade-cuación del uso de benzodiazepinas, zolpidem y zopiclona en problemas atendidos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;38: 159-64.
- Mort JR, Aparasu RR. Prescribing potentially inappropriate psychotropic medications to the ambulatory elderly. *Arch Intern Med*. 2000;160:2825-31.
- Vedia Urgell C, Bonet Monne S, Forcada Vega C, Parellada Esquius N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:239-47.
- Encuesta Nacional de Salud. 2003. Instituto Nacional de Estadística [acceso 24 noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/p01/a2003/&file=pcaxis>
- Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Encuesta de Salud de Cataluña 2006 [acceso 24 noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/r15.pdf>.
- Midlöv P, Bondesson A, Eriksson T, Nerbrand C, Höglund P. Effects of educational outreach visits on prescribing of benzodiazepines and antipsychotic drugs to elderly patients in primary health care in southern Sweden. *Fam Pract*. 2006;23:60-4.
- Pimlott NJ, Hux JE, Wilson LM, Kahan M, Li C, Rosser WW. Educating physicians to reduce benzodiazepine use by elderly patients: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2003;168:835-9.