



CARACTERIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS EN UN GRUPO DE MÉDICOS INTERNISTAS Y PSIQUIATRAS DE URUGUAY, 2012.

Dres. Emiliano Pagano, Elisa Martínez*, Dra. Noelia Speranza, Gustavo Tamosiunas

*Farmacóloga. Ex residente de Farmacología y Terapéutica

Agradecimientos:

Dr. Jorge Moreale por su participación en la recolección de datos; directiva y secretaria de la Sociedad de Medicina Interna y Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Prof. Dra. Gabriela Ormaechea de Clínica Médica A, Facultad de Medicina, UdelaR y Prof. Dra. Stella Boccino, Ex-Directora de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, UdelaR.

El Departamento de Farmacología y Terapéutica ha generado hace algunos años una línea de investigación clínica en psicofármacos, con el objetivo de conocer los distintos aspectos que hacen a la prescripción y uso de éstos en nuestro país con el fin último de contribuir a su uso más racional. El presente trabajo se enmarca en este contexto, fue realizado en el año 2012 y pretendió abordar el problema del uso de benzodiazepinas desde el médico prescriptor, buscando caracterizar el modo de prescripción en un grupo de psiquiatras e internistas uruguayos.

Si bien han pasado 5 años desde su realización, dado que la comunicación de sus resultados sólo ha sido oral en actividades académicas y de educación médica continua, nos parecía oportuno dejar por escrito documentado todos los resultados de este trabajo, que pueden contribuir, a la comprensión y abordaje del uso de este grupo de psicofármacos.

Se realizó un estudio de utilización de medicamentos, observacional, descriptivo y de corte transversal. Los datos fueron recolectados a través de una encuesta anónima elaborada por los autores del trabajo. El período de recolección de datos fue entre setiembre y diciembre del año 2012. La encuesta se aplicó a psiquiatras y a médicos internistas de Uruguay a través de 2 vías: personalmente, en los Servicios de Medicina Interna y Psiquiatría de los Hospitales Clínicas, Pasteur y Maciel de Montevideo y por vía electrónica, a través de las Sociedades Científicas de Psiquiatría y Medicina Interna que enviaron la encuesta a sus socios por correo electrónico. La participación en el estudio era voluntaria. En el inicio del formulario de la encuesta se detallaban parte de las características del estudio para conocimiento de los potenciales encuestados. Las variables analizadas se muestran en la tabla 1.

El protocolo de este trabajo fue aprobado por el Comité de Bioética de Proyectos de Investigación de Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Los

participantes fueron debidamente informados sobre el estudio, su participación fue voluntaria previo consentimiento informado. Se mantuvo el anonimato de los participantes durante el procesamiento y análisis de los datos.

Para el procesamiento de los datos se manejaron números absolutos y porcentuales (variables continuas y discretas) que fueron procesados utilizando Calc Open Office.

Se analizaron 148 encuestas, 50 fueron contestadas por psiquiatras y 98 por internistas, que corresponden a 10% y 13 % de los existentes en Uruguay respectivamente, según datos disponibles a la fecha de la implementación de este estudio¹. 36% (n=53) de los encuestados desempeña su tarea profesional mayoritariamente en el ámbito público, 34% (n=51) en el privado y 30% (n=44) en un Hospital Universitario.

Benzodiazepinas fue el grupo de psicofármacos más prescrito entre los internistas (69%, n=83) y el segundo entre los psiquiatras (38%, n=19) luego de los antidepresivos.

La benzodiazepina más prescrita por los psiquiatras fue clonazepam (74%, n=37), seguida por alprazolam y lorazepam, y por los internistas alprazolam (52%, n=51), seguida por diazepam y clonazepam. (Tabla 2)

La indicación más frecuente de benzodiazepinas fue ansiedad (n=111), sin diferencias entre ambos grupos de especialistas. (Tabla 3)

El tiempo de prescripción de la benzodiazepina referida como la más frecuentemente utilizada fue muy variable entre los encuestados, desde días a años. La mayoría la prescriben por meses (46%; n=69). Del total, 7% (n=10) la prescriben por años. La dosis promedio de alprazolam fue 1,5 mg/día, con un rango entre 0,25-4 mg, y para clonazepam fue 2,6 mg/día, con un rango entre 1 a 6 mg.

Las situaciones clínicas más frecuentes para las cuales los encuestados respondieron que utilizaban benzodiazepinas por más de 4 meses fueron trastorno de ansiedad generalizada (32%) y síntomas por ansiedad (32%). Se destaca que 13% nunca prescribe benzodiazepinas por más de 4 meses. Para esta pregunta no se evidenciaron diferencias entre las especialidades (Tabla 4).

La mayoría (86% , n=127) de los encuestados consideraron que la dependencia a las benzodiazepinas es un problema importante y 91% (n =135) intentó discontinuarlas en algún momento, aunque sólo 30% (n=44) contestó que lo pudo hacer con éxito.

Del total de los encuestados 84% (n=124) prescribe las benzodiazepinas por denominación común internacional y 14% (n= 20) por nombre comercial. Entre los psiquiatras, 20% (n=10) de las prescripciones fueron realizadas por nombre comercial, y entre los que contestaron refirieron como motivos para hacerlo: mayor eficacia (n=9), disponibilidad en el ámbito laboral (n=3), menos efectos adversos (n=2) y preferencia por el paciente (n=2). De los internistas, 10% (n=10) prescribe por nombre comercial, entre los que respondieron refirieron como motivo para hacerlo: mayor eficacia (n=5), disponibilidad en el ámbito laboral (n=5) y preferencia por el paciente (n=2).

Los efectos adversos observados con mayor frecuencia por ambos especialistas fueron somnolencia (39%, n=86), sedación (25%, n=56) y trastornos cognitivos (20%, n=44), sin diferencias entre ambos grupos de especialistas. Al preguntar cuáles elementos clínicos utilizaban para evaluar trastornos cognitivos como efecto adverso, los

especialistas contestaron como más frecuentes: amnesia (43%, n=73) y falta de concentración (48%, n=80) y no se observaron diferencias entre psiquiatras e internistas.

Surgieron discrepancias entre los dos grupos de médicos al ser preguntados sobre el nivel de prescripción de benzodiazepinas. Mientras 56% (n=28) de los psiquiatras consideró que la prescripción de benzodiazepinas debería ser una tarea exclusiva de su especialidad, solo 3 % (n=3) de internistas respondió que debería de limitarse la posibilidad de prescripción a los psiquiatras. Para la mayoría de los internistas (68%, n=69) la prescripción de benzodiazepinas la debería realizar cualquier médico, mientras que sólo 32% (n=16) de los psiquiatras opinan lo mismo.

Los datos recabados en este estudio reafirman el lugar de las benzodiazepinas como uno de los grupos de psicofármacos más prescritos. Probablemente el hecho de ser una encuesta voluntaria contribuyó al bajo número de encuestas recibidas. A pesar de estas limitaciones en cuanto a la representatividad, son datos que suman a la caracterización del perfil de su uso en nuestro medio, aportando la perspectiva del médico prescriptor.

El perfil de prescripción de benzodiazepinas entre ambos grupos de especialistas fue similar, excepto en la benzodiazepina más utilizada: los psiquiatras encuestados prescriben mayormente clonazepam y los internistas prescriben con mayor frecuencia alprazolam. La ansiedad (tanto como síntoma y como trastorno propiamente dicho) fue la indicación más frecuentemente referida. El insomnio fue la segunda indicación en frecuencia que surgió entre los internistas, mientras que la angustia fue el síntoma que ocupó este lugar entre los psiquiatras encuestados. Las fichas técnicas de las diferentes benzodiazepinas de las principales agencias reguladoras de medicamentos a nivel internacional y las guías de práctica clínica consultadas, no recomiendan una benzodiazepina sobre otra, sino que destacan que las benzodiazepinas se deben usar como tratamiento de segunda línea en los trastornos de ansiedad 2-8.

Un estudio realizado por parte de los autores del presente trabajo a nivel nacional si bien no constató cambios importantes en el consumo total de benzodiazepinas entre los años 2010-2012 evidenció un aumento del consumo de clonazepam a expensas de una disminución del consumo de diazepam⁹. Las benzodiazepinas comparten los efectos farmacológicos para lo cual son indicadas. La selección por una u otra benzodiazepinas debería basarse en aspectos farmacocinéticos y de seguridad. Una posible explicación sobre esta preferencia de los médicos internistas encuestados es que prefieran indicar alprazolam debido a que es una benzodiazepina de corta vida media y rápido inicio de acción lo que facilita el tratamiento de síntomas de ansiedad agudos con menor posibilidad de sedación residual. Sin embargo esta benzodiazepina posee elevado riesgo de generar dependencia en comparación con otras benzodiazepinas de mayor vida media y menor potencia como clonazepam. Esta última razón podría explicar por qué el grupo de psiquiatras encuestados preferían indicar clonazepam, aunque su mayor vida media expone al paciente a mayor acumulación y mayor posibilidad de efectos adversos cognitivos¹⁰. En cuanto a las dosis utilizadas de las benzodiazepinas más prescritas, se destaca que la dosis promedio de clonazepam fue 3,2 mg entre los psiquiatras y la dosis promedio de alprazolam entre los internistas

fue 1,25 mg. Según las Dosis Diarias Definidas (DDD) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la de alprazolam utilizado como ansiolítico es 1 mg. Para el caso de clonazepam no es posible realizar esta comparación pues según la clasificación de la OMS está definida su dosis como antiepiléptico y no como ansiolítico. De las fichas técnicas de FDA de las benzodiazepinas más prescritas, se destaca que alprazolam se encuentra aprobado para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos o ataques de pánico, las dosis recomendadas son de 0,75 a 4,0 mg día. Clonazepam se encuentra aprobado para epilepsia y trastornos o ataque de pánico, la dosis recomendada para los trastornos de pánico es de 1 mg día. En la ficha técnica de Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) de alprazolam el rango de dosis recomendada es de 0,5 a 4 mg/día, tres veces al día²⁻⁵.

Entre los principales problemas de prescripción identificados se destacan el tiempo de uso y el éxito en la implementación de planes de retirada. El tiempo de uso, evidenciado ya en otros estudios como excesivamente largo 11-12 fue nuevamente identificado en estos resultados. La valoración del tiempo de prescripción de benzodiazepinas del grupo de médicos encuestados presentó limitaciones debido a que, intentando no influir sobre el encuestado se realizó una pregunta abierta que no permite establecer específicamente el número exacto de días, meses o años al que se referían los encuestados. De todas formas se destacó que 87% de los encuestados manifestó haberse enfrentado con alguna situación clínica que lo motivó a prescribir una benzodiazepina por más de 4 meses y 7 % lo hizo por años. Ya desde las fichas técnicas y en algunas guías consultadas se recomienda que el uso de benzodiazepinas sea a la menor dosis posible y por el menor tiempo posible (8-12 semanas incluyendo el tiempo de retirada)²⁻⁸. Aparte de la pérdida de eficacia por el desarrollo de tolerancia, entre los riesgos más importantes vinculados al uso prolongado se destaca el riesgo de exposiciones innecesarias y aumento de la probabilidad de aparición de efectos adversos como dependencia, caídas y eventuales fracturas, accidentes de tránsito y alteraciones cognitivas¹⁰ y aumento del riesgo de toxicidad¹³. El abordaje terapéutico actual de los trastornos de ansiedad no incluye a las benzodiazepinas como fármacos de primera línea ocupando estos medicamentos solamente un tratamiento sintomático cuya relación riesgo/beneficio se vuelve más desfavorable a medida que pasa el tiempo. El tratamiento farmacológico se basa en el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN), que complementan al tratamiento no farmacológico (educación, monitorización, grupos de autoayuda, terapia psicológica individual)⁸. Es muy frecuente observar el uso crónico para esta indicación, por varios años, y la muy baja percepción de riesgo que tienen tanto los prescriptores como los pacientes. El insomnio, tanto de conciliación como de mantenimiento, fue referido como indicación mayor a 4 meses en 19% de los casos. Tampoco en esta situación clínica está indicado continuar con el tratamiento con benzodiazepinas. Su uso para esta indicación debe restringirse solo al tratamiento del insomnio agudo y este tratamiento se debe hacer con la dosis más baja posible, con fármacos de eliminación rápida, valorando los pro y los contras del uso de benzodiazepinas de vida media más corta o prolongada (mayor riesgo de dependencia de las primeras y mayor riesgo de efectos

sedantes residuales y efectos acumulativos de las segundas) y no más allá de 2 a 4 semanas de duración 13.

Tanto psiquiatras como internistas consideraron un problema importante la discontinuación de benzodiazepinas, ya que la mayoría, en algún momento del tratamiento intentó su discontinuación, pero sólo un tercio lo pudo realizar con éxito, lo que muestra que la dependencia es un gran problema del uso de estos medicamentos. Existen muchas estrategias publicadas sobre el retiro de benzodiazepinas el cual es un proceso complejo que puede llevar desde algunas semanas hasta un año, pero su logro consigue mejoría clínica en los pacientes 20,22. El plan de retirada debe ser explicitado en el momento en que se inicia el tratamiento y de ser posible debe ser dado al paciente por escrito¹⁴. Diversas pautas sugieren sustitución a una benzodiazepina de mayor vida media en dosis equipotentes y disminución de 10 a 25% de la dosis diaria total cada dos o tres semanas 10,14.

Otro aspecto a destacar de los hábitos de prescripción de benzodiazepinas de psiquiatras e internistas es que 14% refiere prescribir por nombre comercial. La causa más aducida por los especialistas son los problemas de eficacia. La OMS promueve la selección de medicamentos a través de criterios de eficacia, efectividad, seguridad, conveniencia y costo, así como también la prescripción por Denominación Común Internacional (DCI) o nombre genérico. La prescripción por DCI permite reconocer los medicamentos por su grupo terapéutico y por sus acciones farmacológicas, incluidos los efectos adversos e interacciones. Esto repercute en menor confusión y errores de medicación (duplicidades, sobredosis, interacciones, contraindicaciones, hipersensibilidad), permite también utilizar fuentes de información independiente y analizar las publicaciones referentes a ese medicamento, permite sustraerse a los efectos promocionales de las marcas comerciales y utilizar solamente aquello que se conoce y facilita el aprendizaje, al reducir el número de nombres/marcas a recordar, disminuyendo la confusión de la oferta. Los argumentos en contra de la prescripción por DCI tienen escasa justificación, salvo en situaciones especiales que están adecuadamente contempladas en la legislación como es el caso de los medicamentos con estrecho margen terapéutico, los cuales no son intercambiables y se deben prescribir por nombre comercial¹⁵. Es importante fomentar la prescripción de medicamentos por DCI, y en especial de benzodiazepinas ya que son psicofármacos y un error en cualquier etapa de la cadena del medicamento, puede traer consecuencias en la seguridad del paciente.

Los efectos adversos más frecuentemente observados por ambas especialidades son similares y coinciden con los descritos en la literatura, destacándose la sedación y somnolencia como los más frecuentes. Los trastornos cognitivos se ubicaron en el tercer lugar luego de éstos. Múltiples estudios demuestran que el consumo a largo plazo de benzodiazepinas puede causar trastornos cognitivos, incluyendo dificultades con la atención sostenida, aprendizaje verbal, memoria y la habilidad psicomotriz, de coordinación motora y razonamiento espacio temporal. Cuando las benzodiazepinas son interrumpidas luego de un tratamiento a largo plazo, se produce una mejora en las funciones cognitivas durante los primeros 6 meses, aunque el déficit cognitivo puede ser permanente o llevar más tiempo en retornar al estado basal. En los ancianos la terapia a largo plazo con benzodiazepinas es un factor de riesgo por amplificar el

declive cognitivo. Su retiro gradual está asociado con una mejora en el estatus cognitivo. Los elementos clínicos que utilizaron ambos especialistas para evaluar los trastornos cognitivos que producen las benzodiazepinas fueron amnesia y falta de concentración 16-19.

Una de las estrategias posibles para mejorar algunos aspectos del uso irracional de medicamentos es a través de políticas de restricción de la prescripción. El Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) de Uruguay determina los niveles de prescripción de los medicamentos que en él se encuentran: Todas las benzodiazepinas incluídas en él (alprazolam, bromazepam, diazepam y lorazepam) tienen nivel de prescripción “a 1” es decir pueden ser prescritas por medicina general²⁰. Surgieron importantes discrepancias en cuanto a si la prescripción de benzodiazepinas debía ser o no exclusividad del psiquiatra: la mitad de los psiquiatras encuestados creen que la prescripción la debería realizar exclusivamente el psiquiatra, mientras que la mayoría de los internistas considera que debería ser cualquier médico. En la literatura revisada no se encontró evidencia que sustente la restricción de la prescripción de benzodiazepinas a especialistas como estrategia para racionalizar su uso. Los principales lineamientos de la OMS van dirigidos a la educación médica continua y acceso a información independiente y de calidad²¹. Una revisión de varios estudios constató que distintas intervenciones restrictivas como el establecimiento de un copago, la necesidad de una autorización previa o el limitar la cantidad de los medicamentos prescritos han disminuido los costos y el uso de los medicamentos pero en detrimento de la adherencia al tratamiento ²².

Entre los aspectos clave para promover estrategias que contribuyan al uso racional de benzodiazepinas entre los prescriptores se destacan: recordatorios y recomendaciones sobre la indicación de benzodiazepinas por períodos breves, no más de 4 a 8 semanas independientemente de su indicación; reevaluación periódica de la necesidad de continuar el tratamiento; necesidad de monitorización de los efectos adversos y de la aparición de tolerancia y dependencia; y recomendaciones sobre planes para realizar un retiro gradual de las benzodiazepinas. Mejorar la comunicación con los usuarios, explicitar los objetivos terapéuticos que se plantean con la indicación de una benzodiazepina, que efectos se deben esperar, conocer cómo monitorizarlos, por cuánto tiempo será utilizada y de qué forma se realizará su discontinuación, también son elementos que pueden contribuir a un uso más seguro y responsable de las mismas.

El Departamento de Farmacología y Terapéutica realizó recomendaciones para promover el uso racional de benzodiazepinas destinadas prescriptores y administradores de salud²³. Es necesario poder consensuar y difundir herramientas a nivel nacional que colaboren con los profesionales de la salud para enfrentar estos problemas. Mejorar estos aspectos que hacen al hábito de prescripción de benzodiazepinas de psiquiatras y médicos internistas de nuestro país requiere de estrategias integradas, llevadas a cabo en conjunto entre prescriptores, la academia, las sociedades científicas y la autoridad sanitaria.

Bibliografía:

1. Demografía Médica en el Uruguay. Disponible en: http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia_esp.php
2. Food and Drugs Administration- FDA. Drugs. Ficha técnica Xanax ® Alprazolam. Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/018276s045lbl.pdf
3. Ficha técnica Klonopin® Clonazepam. Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2013/017533s053_020813s009lbl.pdf
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Ficha técnica Alprazolam. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/en/ft/64875/FT_64875.pdf
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Ficha técnica Rivotril® Clonazepam. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/en/ft/52401/FT_52401.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care 2009. Washington, D.C.: OPS, © 2010 ISBN: 978-92-75-33113-2. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Clinical guideline 113, Inglaterra, Enero 2011. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/1-guidance>
8. The Canadian Journal of Psychiatry. Clinical Practice Guidelines Management of Anxiety Disorders. Can J Psychiatry 2006, 51 (2): 1S-93S. Disponible: https://www1.cpa-apc.org/Publications/CJP/supplements/july2006/anxiety_guidelines_2006.pdf
9. Speranza N, Dominguez V, Pagano E, Artagaveytia P, Olmos I, Toledo M, et al. Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. Rev Med Urug 2015; 31: 112-119
10. Danza A, Cristiani F, Tamosiunas G. "Riesgo asociado al uso de benzodiazepinas". Arch Med interna 2009; XXXI;4:103-107
11. Bustelo M. Estudio de la prevalencia del consumo de tranquilizantes menores. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Uso Racional de los Medicamentos Psicotrópicos en los Países del Cono Sur. Montevideo, 12 al 15 de octubre, 1993. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Documento mimeografiado).
12. García G, Vignolo J, Contera M, Murillo N. "Consumo de psicofármacos en el Centro de Salud Sayago: Montevideo, 1998". Rev Méd Urug 2002; 18(2):154-60.
13. Domínguez Trobo V, Tortorella MN, Speranza N, Amigo C, Laborde A, Goyret A, et al. Perfil epidemiológico de las intoxicaciones por benzodiazepinas recibidas en el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico uruguayo en el período 2010-2011. Rev Méd Urug 2015; 31(1):32-38
14. Azparren A, García I. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. ABR-JUN 2014.2 (2): 1-12. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AB30A9A5-9907-4D68-A17A-C4AB0DC524D5/293282/Bit_v22n2.pdf [Consulta: 15 marzo de 2016]
15. Ordenanza 497/02. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/decreto-del-poder-ejecutivo-n%C2%B0-265006-de-7-de-agosto-de-2006-0> [Consulta: 15 marzo de 2016]
16. Baker M, Greenwood K, Jackson M, Crowe S. Cognitive effects on long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. CNS Drugs 2004;18:37-48.
17. Barker M, Greenwood K, Jackson M, Crowe S. Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. Arch Clin Neuropsychol 2004; 19 (3): 437-54.
18. Paterniti S, Dufouil C, Alperovitch A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. J Clin Psychopharmacol 2002; 22 (3): 285-93.
19. Billioti de Gage S, Bégaud B, Pariente A y col. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. BMJ 2012; 345:1-12.
20. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Formulario Terapéutico de Medicamentos. Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/FTM_noviembre_2012.pdf

[Consulta: 15 marzo de 2016]

21. Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf> [Consulta: 1 marzo de 2016]
22. Happe L, Clarck D, Holliday E, Young T. A systematic literature review assessing the directional impact of managed care formulary restrictions on medication adherence, clinical outcomes, economic outcomes, and health care resource utilization. J Manag Care Spec Pharm. 2014 Jul;20(7):677-84.
23. Recomendaciones prácticas para la prescripción de benzodiazepinas Documento de consenso del Departamento de Farmacología y Terapéutica, Clínica Psiquiátrica, Departamento de Toxicología y Clínica Médica A de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Hospital Vilardebó y Programa de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Julio 2016. Disponible en: http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/Recomendaciones_uso_benzodiazepinas.pdf

Tabla 1. Variables analizadas en el estudio.

1- Frecuencia de uso de benzodiazepinas entre los psicofármacos,
2- Benzodiazepina más utilizada.
3- Indicación más frecuente, tiempo de uso y dosis de la benzodiazepina más utilizada
4- Situación clínica que motivó uso de benzodiazepinas por más de 4 meses.
5-Consideración del médico a la dependencia como problema clínico.
6- Intento y éxito en retiro de benzodiazepinas.
7- Prescripción de benzodiazepinas por nombre comercial.
8- Efectos adversos causados por benzodiazepinas.
9- Elementos clínicos para detectar alteraciones cognitivas.
10- Nivel de prescripción de benzodiazepinas.

Tabla 2. Benzodiazepina más prescrita.

Benzodiazepina	Psiquiatría (n)	Medicina interna (n)	Total (n)
Alprazolam	7	51	58
Clonazepam	37	15	52
Diazepam	1	17	18
Lorazepam	4	8	12
Bromazepam	0	4	4
Oxazepam	0	1	1
Zolpidem	0	1	1
Flunitrazepam	1	0	1
No contesta	0	1	1

Tabla 3. Indicaciones más frecuentes de benzodiazepinas.

Indicación	Psiquiatría (n)	Medicina interna (n)	Total (n)
Ansiedad	41	70	111
Insomnio	7	19	26
Angustia	11	2	13
Abstinencia alcohólica	2	1	3
Trastornos depresivos	3	0	3
Crisis de pánico	1	1	2
Psicosis	2	0	2
Trastorno del humor	1	0	1
Hipertensión arterial	0	1	1
Relajante muscular	0	1	1
Sedación	0	1	1
Epilepsia	0	1	1
No contesta	0	1	1

Tabla 4. Situaciones clínicas de uso de benzodiazepinas por más de 4 meses.

Situación clínica	Psiquiatría (n)	Medicina interna (n)	Total (n)
Trastorno de ansiedad generalizada	18	45	63
Síntomas por ansiedad	18	45	63
Insomnio de mantenimiento	11	10	21
Insomnio de conciliación	7	11	18
Otras	13	3	16
En ninguna situación	7	12	19