

Consumo de benzodicepinas en pacientes que asisten al Centro ambulatorio geriátrico del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

Benzodiazepine consumption in patients attending the Geriatric Outpatient Center of the Gustavo Aldereguía Lima Hospital in Cienfuegos

Marian Amanda Vázquez Núñez¹  , Ricardo Eloy Santiesteban Alejo¹, Dra. Maira Quirós Enríquez¹, Dra. Alicia del Rosario Ramírez Pérez¹

¹Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Recibido:26/05/2020
Aceptado: 01/06/2020
Publicado:30/06/2020

Palabras clave:
benzodicepinas, adulto mayor, prescripción.

Keywords:
benzodiazepines, elderly, prescription.

Citar como: Vázquez Núñez MA, Santiesteban Alejo RE, Quirós Enríquez M, Ramírez Pérez A del R. Consumo de benzodicepinas en pacientes que asisten al Centro ambulatorio

Introducción: Las benzodicepinas constituyen una problemática en el ámbito de la prescripción médica. Constituyen los fármacos de primer orden para el tratamiento de trastornos de ansiedad, depresión. Los cuales son utilizados en condiciones no controladas y en consecuencia de manera incorrecta.

Objetivo General: Caracterizar el consumo de benzodicepinas en los pacientes que asisten al Centro ambulatorio geriátrico del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos durante el período comprendido de junio- octubre del año 2018.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, en el Centro ambulatorio geriátrico del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos. En el periodo de junio a octubre del 2018. Se realizó un muestreo aleatorio simple, quedando la muestra conformada por 58 pacientes. El instrumento se aplicó de forma individual y el análisis estadístico de la información se realizó en el paquete estadístico SPSS 21.

Resultados: Predominaron los pacientes del sexo femenino (60,3%) y los que sí consumen benzodicepinas (63,8%), al ser el clordiazepóxido el más utilizado (75,7%). El trastorno neuropsiquiátrico más frecuente que justificó la prescripción de psicofármacos fue la ansiedad. El consumo que predominó fue de una tableta cada 24 horas y por un tiempo promedio de seis meses.

Conclusiones: La prescripción de psicofármacos en la población

geriátrico del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. UNIMED [Internet]. 2020 [citado: Fecha de acceso]; 2(2):XX-XX.

anciana constituye una práctica clínica habitual que merece atención. En ellos es frecuente observar una disminución del metabolismo hepático y de la excreción renal de esos fármacos con efectos acumulativos mayor posibilidad de aparición de efectos adversos en los gerontes.

ABSTRACT

Introduction: Benzodiazepines are a problem in the field of medical prescription. They are the first-order drugs for the treatment of anxiety disorders, depression. Which are used in uncontrolled conditions and therefore incorrectly.

General Objective: To characterize the consumption of benzodiazepines in the patients who attend the Geriatric Outpatient Center of the Gustavo Aldereguía Lima Hospital in the province of Cienfuegos during the period from June to October of 2018.

Methods: a descriptive study was carried out at the geriatric outpatient center of the Gustavo Aldereguía Lima Hospital in the province of Cienfuegos. In the period from June to October 2018. A simple random sampling was performed, leaving the sample made up of 58 patients. The instrument was applied individually and the statistical analysis of the information was performed in the SPSS 21 statistical package.

Results: Female patients predominated (60.3%) and those who did consume benzodiazepines (63.8%), as chlordiazepoxide was the most widely used (75.7%). The most frequent neuropsychiatric disorder that justified the prescription of psychotropic drugs was anxiety. The predominant consumption was one tablet every 24 hours and for an average time of six months.

Conclusions: The prescription of psychotropic drugs in the elderly population constitutes a habitual clinical practice that deserves attention. In them, it is frequent to observe a decrease in the hepatic metabolism and in the renal excretion of these drugs with cumulative effects, greater possibility of the appearance of adverse effects in the elderly.

INTRODUCCIÓN

Desde los albores de la humanidad, siempre que el hombre primitivo sintió los sufrimientos de la enfermedad recurrió a un semejante en busca de ayuda y éste trató de ofrecérsela en la medida de sus rudimentarios conocimientos y medios, desde las primeras etapas se hizo evidente que la utilidad de los diferentes medios empleados estaba en razón directa con la calidad de la relación de ayuda lograda.¹

Los medicamentos en la sociedad contemporánea y en especial en los sistemas de atención médica, juegan cuatro funciones. Son considerados herramientas o medios de los que se valen los proveedores de salud para modificar o prevenir el curso natural de una enfermedad o hacer un diagnóstico. Son una forma de medir la conducta médica; evidencia los conocimientos, aptitudes, valores éticos y humanos y hasta la personalidad de los prescriptores.

También son indicadores para medir los resultados del impacto en la comunidad, como es el caso de las vacunas. Por último, tienen un papel en la relación médico-paciente; esta es la intervención más frecuente que utiliza el médico en su relación con el paciente.²

Estas funciones legitiman la necesidad de atender en los diferentes países la situación que se genera alrededor de los medicamentos como tecnología sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la necesidad de establecer una política nacional de medicamentos y la importancia de una estrategia asociada de investigación que incluya estudios de utilización de medicamentos, con el propósito de *“describir la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos por una sociedad para determinar las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes”*.³

El uso racional de los medicamentos implica obtener mejor efecto con el menor número posible de fármacos, durante el período más corto posible y a un costo razonable. Aunque parece fácil lograrlo, la práctica ha demostrado que rara vez los medicamentos se usan racionalmente. La prescripción de un fármaco no es un acto aislado, forma parte de un acto médico y relaciona al médico prescriptor con otros profesionales, que son los que dispensan y administran el medicamento y de nuevo con el propio paciente que es quien lo

recibe. Los errores que se producen en esa cadena son potencialmente lesivos para el paciente y por lo tanto deben ser prevenidos, evitados y corregidos.^{3,4}

Las investigaciones realizadas en este sentido muestran resultados alarmantes en cuanto al aumento del consumo de medicamentos con fines no médicos a nivel mundial y Cuba no escapa de esta problemática a pesar de todas las medidas con que cuenta el país para el control de medicamentos especialmente los psicofármacos, el uso de medicamentos psicoactivos se acentúa y se convierte a su vez en una preocupación de la comunidad científica en este sector.

Sin embargo, en el uso inadecuado de fármacos que modifican la conducta en forma relevante, se erige actualmente como una de las mayores problemáticas, médicos sociales y éticos humanísticos a nivel mundial, de la que Cuba no está exenta.⁵

Con las benzodiazepinas (BZD) se da la particularidad que dos de sus efectos adversos frecuentes, tolerancia y dependencia, son el sustrato básico para la persistencia de una prescripción inadecuada y un consumo creciente, de causa multifactorial.^{6,7,8}

Su rápida acción (incluso al ser comparada con otras alternativas terapéuticas), su fácil acceso, junto a la errónea percepción de inocuidad con infravaloración de riesgos por parte de prescriptores y pacientes forman parte de las ventajas del grupo por las que son preferidas tanto por unos como por otros.^{9, 10, 11}

Las benzodiazepinas como: alprazolam, clordiazepóxido, clonazepam, clorazepato, diazepam, lorazepam y oxazepam, son eficaces en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de pánico y la ansiedad situacional. Además de sus efectos ansiolíticos, las benzodiazepinas generan acciones sedantes hipnóticas, anestésicas, relajantes, anticonvulsivas y relajantes musculares en dependencia de las dosis utilizadas.^{6,7,12}

Estos fármacos también deterioran el desempeño cognitivo y la memoria, afectan de manera adversa el control motor y potencian los efectos de otros sedantes, incluido el alcohol.¹³

Asimismo, la interrupción prematura de benzodiazepinas, en ausencia de otro tratamiento farmacológico, produce una tasa elevada de recurrencia. La suspensión de benzodiazepinas luego de un tratamiento prolongado, en especial aquellos con periodos de acción cortos, pueden incluir ansiedad aumentada y convulsiones.⁷

Por esta razón, es importante que la interrupción se lleve a cabo de un modo gradual. Las benzodiazepinas causan muchos efectos secundarios, los cuales abarcan sedación, deterioros leves de la memoria, estado de alerta disminuida y tiempo de reacción retrasado lo que puede originar accidentes.

En la persona de edad avanzada, las benzodiazepinas aumentan el riesgo de caídas y deben utilizarse cautelosamente. Estos fármacos son más seguros que los clásicos sedantes hipnóticos cuando la dosis es excesiva y de manera típica son letales sólo si se han combinado con otros depresores del Sistema Nervioso Central.

Para ello los autores se plantearon como objetivo principal, caracterizar el consumo de benzodiazepinas en los pacientes que asisten al Centro ambulatorio geriátrico del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos durante el período comprendido de junio a octubre del año 2018.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, en el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, de la provincia de Cienfuegos, específicamente en el Centro Ambulatorio Geriátrico, en el periodo comprendido de junio a octubre de 2018.

El universo de estudio fueron todos los pacientes que asistieron durante el periodo señalado al Centro ambulatorio geriátrico del Hospital Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos y quedó conformado por un total de 90 pacientes. Se realizó un muestreo aleatorio simple y se conformó una muestra de 58 pacientes.

Se incluyeron a pacientes sin alteraciones de conciencia, ni de la esfera cognoscitiva para garantizar una adecuada recolección de los datos y aquellos que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Las variables estudiadas fueron: sexo, consumo de benzodiazepinas, tipo de benzodiazepina prescrita, diagnóstico, especialidad médica que prescribe, nivel de atención, dosis administrada, tiempo de tratamiento, intervalo de administración y prescripción de otros fármacos.

Materiales e instrumento en la recogida de la información.

- Planilla recopiladora de datos. Se utilizó con el objetivo de obtener una serie de información sobre el consumo de benzodiazepina en los pacientes de estudio.
- Revisión de Historias Clínicas. Tuvo como objetivo obtener información sobre Antecedentes patológico personales, consumo de fármacos para determinar las posibles interacciones medicamentosas.

Procedimientos Generales

Se llevó a cabo un encuentro individual con los pacientes, donde se les explicó las características del estudio para conocer su disposición a participar en el mismo, se acordó la fecha y horario en que se llevarían a cabo la aplicación de la planilla, atendiendo a la disponibilidad de cada uno de los pacientes de la muestra. En este momento, teniendo en cuenta los aspectos éticos de la investigación, se solicitó el consentimiento informado para participar en el estudio. Además, se revisaron las historias clínicas de los pacientes

Se aplicó el instrumento en condiciones adecuadas, la aplicación del mismo se realizó en una sesión de trabajo, de forma individual a cada paciente.

Una vez concluida la aplicación de la técnica se llevó a cabo un análisis de la planilla recopiladora de datos y los que se obtuvieron en las historias clínicas para su posterior procesamiento estadístico.

Para los resultados se confeccionó una base de datos empleando el software estadístico SPSS versión 15.0 que además permitió aplicar los procedimientos de la Estadística Descriptiva para explicar y mostrar los resultados en tablas de frecuencia y de relación de variables expresados en número y por ciento

Consideraciones éticas.

Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información, partiendo del principio de justicia social, el respeto a las diferencias y el trato a todos por igual. Se utilizó el consentimiento informado de los pacientes para la realización de la investigación y para la consiguiente aplicación de los instrumentos seleccionados para estos fines.

RESULTADOS

Tabla 1: Caracterización general de los pacientes de estudio según el consumo de benzodiacepina prescrita y el sexo.

Variables		Frecuencia	%
Consumo de benzodiacepina	Consumen	37	63,8%
	No consumen	21	33,2%
	Total	58	100%
Sexo	Masculino	23	39,6%
	Femenino	35	60,3%
	Total	58	100%
Tipo de benzodiacepina	Clordiazepoxido	28	75,7%
	Alprazolam	14	37,8%

prescrita			
	Diazepam	9	24,3%
	Medazolam	5	13,5%
	Nitrazepam	9	24,3%
	Otras	2	5,4%
	Total	67	100%

Fuente: planilla recopiladora de datos (n: 58)

La tabla 1 muestra la caracterización de los pacientes según el consumo de benzodiazepinas, se observa que predominan los pacientes que la consumen representado en un (63,8%) y prevaleció el sexo femenino representado en un 60,3%. La descripción de los benzodiazepinas en los pacientes de estudio muestra que se consumen un total de 67 benzodiazepinas por los pacientes, predominando el clordiazepóxido representado por un (75,7%), seguido del alprazolam representado en un (37,8%) y el diazepam representado por un (24,3%).

Tabla 2: Principales diagnósticos por lo que se prescriben las benzodiazepinas en los pacientes de estudio

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico	Ansiedad	22	59,2%
	Depresión	8	21,6%
	Insomnio	7	18,9%
	Total	37	100,0

Fuente: planilla recopiladora de datos (n: 37)

La tabla 2 muestra los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes presentados por los adultos mayores, que justifican la prescripción de psicofármacos, observándose el predominio de la ansiedad como principal diagnóstico representado en un (59,2%), seguido de su utilización para la depresión (21,6%).

Tabla 3: Descripción de la especialidad médica que prescribe la benzodiacepina y el nivel de atención de salud a la que pertenece.

Variable		frecuencia	%
Especialidad médica que prescribe	Medicina	5	13,5%
	Interna		
	Geriatría	3	8,1%
	Medicina General	13	35,3%
	Integral		
	Psiquiatría	11	29,7%
	Ninguna	5	13,5%
Nivel de atención de salud.	Primaria	13	35,3%
	Secundaria	19	51,2%
	Ningún	5	13,5%

Fuente: planilla recopiladora de datos (n: 37)

La tabla 3 muestra la descripción de la especialidad médica que prescribe los benzodiacepinas y el nivel de atención de salud a la que pertenece, observándose el predominio de la especialidad de Medicina General Integral (MGI) representado en un (35,3%), seguido de Psiquiatría representado en un (29,7%) y un por ciento representativo aquellos que la consumen sin prescripción médica representado en un (13,5%).

Tabla 4: Características del consumo de benzodiazepinas en cuanto en dosis, el intervalo de administración y el tiempo de tratamiento en los pacientes que la consumen.

Variable		frecuencia	%
Dosis administrada	Media tableta	7	18,9%
	Una tableta	26	70,2%
	Más de una tableta	4	10,8%
Intervalo de administración	Cada 8 horas	1	2,7%
	Cada 12 horas	3	8,1%
	Cada 24 horas	33	89,1%
Tiempo de tratamiento	Menos de 6 meses	22	59,4%
	De 6 meses a 1 año	7	18,9%
	Más de 1 año	8	21,6%

Fuente: planilla recopiladora de datos (n: 37)

La tabla 4 muestra las características del consumo de benzodiazepinas en cuanto en dosis, el intervalo de administración y el tiempo de tratamiento que llevan. En cuanto a la dosis administrada predomina el consumo de una tableta representado en un (70,2%). El intervalo de administración que predomina es cada 24h representado en un (89,1%). Y el tiempo de tratamiento que predomina es menos de 6 meses representado en un (59,4%).

Tabla 5: Características de la combinación de los benzodiazepinas con la prescripción de otros fármacos

Variable	Clordiazepó		alprazol		diazepa		medazol		nitrazep	
	No.	%	No	%	N	%	No.	%	No	%
Anticonvulsivantes	6	16,2	6	16,2	3	8,1	1	2,7	2	5,4
Antidepresivos	14	37,8	3	8,1	4	10,8	2	5,4	6	16,2
Antiparkinsoniano	1	2,7	4	10,8	2	5,4	0	0	2	5,4
Digoxina	2	5,4	2	5,4	1	2,7	1	2,7	0	0
Beta bloqueadores	3	8,1	1	2,7	1	2,7	1	2,7	1	2,7
IECAS	10	27,0	5	13,5	3	8,1	1	2,7	4	10,8
Anticálcicos	3	8,1	1	2,1	1	2,7	0	0	1	2,7
Hipoglucemiantes	4	10,8	2	5,4	1	2,7	2	5,4	2	5,4

Fuente: planilla recopiladora de datos (n: 37)

La tabla 5 muestra la correspondencia entre las benzodiazepinas y otros fármacos que consumen los pacientes del estudio, para el tratamiento de enfermedades crónicas que estos padecen como Epilepsias, Depresión, Parkinson e Hipertensión Arterial; observándose el predominio de la combinación del clordiazepóxido, el diazepam y el nitrazepam con los antidepresivos representado en un (37,8%), del alprazolam con los anticonvulsivantes representado en un (16,2%).

DISCUSIÓN

Al analizar el consumo de benzodiazepina en el estudio se obtuvo como resultado que el 63,8% de los pacientes las consumen. Desde este punto de vista es importante destacar la relación edad y estos fármacos; ya que los ancianos constituyen una población de riesgo con el uso de benzodiazepinas por numerosas razones: como presentar patologías

asociadas, polifarmacia, pero sobre todo por presentar una alteración en el metabolismo hepático debido a los cambios fisiológicos que afectan a la farmacocinética, llevando a la acumulación de fármacos en el organismo y por tanto potenciándose el efecto y las reacciones adversas¹⁴

Las benzodiazepinas son un grupo farmacológico ampliamente utilizado por los ancianos, la mayoría presentan un metabolismo oxidativo, y con la edad la vía metabólica de la oxidación se deteriora y se acumulan y pueden ocasionar serias reacciones adversas.¹⁵

Un dato relevante lo constituye la cantidad de benzodiazepinas que se consumen por los pacientes de estudio debido al elevado consumo que presentaron los pacientes ya que entre los 37 que tienen tratamiento, se consumen 67 tabletas de benzodiazepinas diarias, y prácticamente todos los pacientes consumen de dos a tres benzodiazepinas de manera conjunta. La benzodiazepina que más se consume es el clordiazepóxido, datos estos que no coinciden con los artículos científicos revisados.

Un estudio llevado a cabo por la Sociedad Española de Farmacéuticos comunitarios realizado en los ancianos constató que el 39% de los pacientes consumían el loracepam, sin embargo, un estudio realizado en América Latina demostró que la droga más frecuentemente utilizada fue el Diazepam, dato de relevancia, ya que, si bien pueden poseer un potencial adictivo menor, poseen evidentes riesgos en el adulto mayor debido a su mayor capacidad de producir efectos secundarios.^{16,17}

En los ancianos conviene evitar las benzodiazepinas de semivida larga porque producen más sedación y aumentan el riesgo de caídas, así como las que se metabolizan por el citocromo P450, vía oxidación, porque este se vuelve menos efectivo con la edad. Son preferibles las que se metabolizan por conjugación, lorazepam, lormetazepam, loprazolam, al no sufrir esta vía alteraciones importantes con los años.^{15,18}

Al analizar el sexo se observó que el consumo de psicofármacos tuvo un comportamiento superior en las mujeres frente a los hombres, estos resultados coinciden con el estudio de

Angell Valdés¹⁹ donde el consumo de psicofármacos es significativamente superior en las mujeres en comparación con los hombres, al igual que las benzodiazepinas son las más consumidas en el grupo de los psicofármacos, resultados muy similares encontrados en otros trabajos publicados en España por los autores, Martínez²⁰ y Ortíz de Apodaca²¹ y en Venezuela por colaboradores cubanos en ese país.²³

Este comportamiento puede deberse a factores socioculturales, a la tendencia a clasificar por defecto a los hombres ansiosos y a la existencia de factores hormonales que en la etapa posmenopáusica afectan a las mujeres.

Al analizar los diagnósticos por el cual se prescriben más las benzodiazepinas en la investigación, el que más prevaleció fue la ansiedad (37,8%) datos que no coincide con la literatura científica, la cual refiere que el diagnóstico por el que más se consume es el insomnio; sin embargo, no constituyen en ninguna de las guías de tratamiento del insomnio una primera opción terapéutica^{13,14,22}

Las benzodiazepinas prescritas principalmente en el manejo de síntomas ansiosos e insomnio. Con respecto a los trastornos de ansiedad, las BZD son eficaces en el tratamiento de este desorden, reduciendo en forma rápida los síntomas somáticos y emocionales. Sólo se encuentran prescritas para el tratamiento de un trastorno intenso (15), que limite la actividad del paciente que lo padece, no debiendo superar el mismo las 8 a 12 semanas incluyendo la retirada. Esta condición y los potenciales riesgos, limitan su uso crónico en esta entidad, manteniendo su utilidad en dos escenarios clínicos: en agudo, como tratamiento sintomático, o bien al inicio del tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

En los pacientes con trastorno depresivo su uso puede ser adyuvante al tratamiento con ISRS (16); en pacientes con un componente emocional o somático de ansiedad, al inicio del tratamiento y con un descenso programado por los plazos de 4 a 6 semanas.¹¹

Los síntomas de ansiedad e insomnio son difíciles de controlar en los ancianos. Se ha descrito que las BZD de acción ultra corta pueden causar ansiedad de rebote, especialmente

en la población geriátrica. De ahí que las BZD de vida media larga se puedan usar durante cortos periodos de tiempo para mejorar el control de los síntomas tras el fallo de otros métodos no farmacológicos.¹¹

Sin embargo, se debe evitar el uso de estas BZD por el riesgo de acumulación y su relación con los efectos adversos. Incluso, cuando se utilizan durante periodos cortos de tiempo, las BZD de acción larga pueden ocasionar efectos residuales al día siguiente tales como sedación, la cual puede incrementar el riesgo de caídas. Es importante realizar un seguimiento de los ancianos usuarios de BZD de vida media larga, especialmente de las mujeres, que son más propensas a las caídas que los hombres.^{15,17,21}

Prácticamente todas las benzodiazepinas presentan la misma eficacia, para el tratamiento de la ansiedad, pero el modo de utilizarlas varía en función de la duración del efecto y de la relación o posibilidad de separación del efecto sedante.

Al analizar la especialidad médica que prescribe la benzodiazepina se obtuvo como la mayor prescripción la especialidad de Medicina General Integral, pero al analizar el nivel de atención de salud que más prevalecía el resultado fue el nivel secundario. Resultado este que se debe porque al nivel de atención secundaria tributan más especialidades que prescribieron benzodiazepinas como el geriatra, el internista y el psiquiatra que, aunque por separado no superaban al MGI, juntas hacen que exista una mayor prevalencia en este nivel de atención.

Aunque la mayoría de las personas del estudio toman medicamentos bajo supervisión médica no deja de preocupar el fenómeno de la automedicación que al igual que en otras investigaciones se produce y que puede obedecer a gran variedad de situaciones.

Este resultado de la investigación coincide con Sánchez et al., el cual constató que 54,4% de los adultos mayores usuarios de BZD lo hacía de manera automedicada, (23-26), mientras que Telles et al., objetivaron una tasa de automedicación entre los AM usuarios de BZD de 11,1%²⁵

Los médicos suelen ser los que inician la prescripción de benzodiazepinas y luego el paciente continúa con patrones de uso y automedicación, olvidando que estos medicamentos poseen el riesgo de crear dependencia, tolerancia y posibilidad de inducir síntomas de abstinencia.^{27,28}

Resulta llamativo la dosis, el intervalo y el tiempo que llevan con el tratamiento ya que los pacientes consumen altas dosis de estos fármacos, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría consumen más de un tipo de benzodiazepina diaria, lo que podría traducir que los pacientes se toman de dos a tres BZD diarias esto lo llevan haciendo la mayoría por menos de seis meses de manera continua.

Por la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, los ancianos son tributarios de recibir terapias de larga duración con el riesgo de que surjan más problemas relacionados con medicamentos.²⁷ La cronicidad del tratamiento y la falta de un seguimiento adecuado en el consumo de estos medicamentos provoca en la mayoría de los casos que los tratamientos con psicofármacos se prolonguen más allá del tiempo prudencial y provocan que no sea efectiva la medicación.²⁸

Se debe tener precaución ya que su uso y abuso pueden desencadenar efectos secundarios importantes como deterioro cognitivo, alteraciones motoras, ataxia, caídas y fallo respiratorio, entre otras. Es por esto que la mayoría de la literatura revisada insiste en que se deben usar la menor dosis posible y seleccionando los compuestos de vida media corta.

Estudios realizados en España revelan que las Benzodiazepinas las usan más del 40% de los ancianos que acuden por caídas a un servicio de urgencias hospitalarias. Se hallan diferencias de género en la prescripción de estos medicamentos en ancianos, con ratios más altos de prescripción en las mujeres y con fármacos de vida media larga. Igualmente, se utilizan dosis más elevadas de las recomendadas en muchos de los pacientes, sobre todo en los varones.^{11,21,22}

Estas prácticas inadecuadas deben reducirse evitando las dosis altas de Benzodiazepinas y el uso prolongado en el tiempo de medicamentos de vida media larga, debido a las características de los ancianos sobre todo en su perfil farmacocinético.

Es importante resaltar los efectos perjudiciales que pudiera tener la combinación de benzodiazepinas con otros fármacos. El uso de anticonvulsivantes, junto a las benzodiazepinas es de extrema importancia si tenemos en cuenta que mucho de estos fármacos como el fenobarbital puede intensificar los efectos depresores sobre el Sistema Nervioso Central.²⁷

Las interacciones de carácter farmacodinámico son frecuentes cuando se asocia benzodiazepinas a otros psicofármacos y son objeto de abuso. Los fenómenos de desinhibición con sensación de euforia, así como los de depresión pueden ser potenciados por el alcohol, los barbitúricos, los opioides, los antihistamínicos sedantes, etc. La fenitoína y el fenobarbital inducen el metabolismo del diazepam. De la misma forma los antidepresivos pueden potenciar la aparición de efectos adversos en los pacientes de la tercera edad.²⁸

El uso de manera conjunta de benzodiazepinas con los betabloqueadores, y la digoxina provoca el aumento la concentración de BZD, lo que aumenta su biodisponibilidad y por tanto la aparición de efectos adversos como somnolencia, sedación, ataxia, disartria, disminución de las habilidades psicomotoras, confusión, astenia muscular, amnesia anterógrada, vértigo, malestar estomacal, visión borrosa y otros cambios en esta, dolor de cabeza, confusión, depresión, trastornos de la coordinación y del ritmo cardíaco, temblor, debilidad, efecto resaca (tambaleos) sueños inusuales o pesadillas, dolor de pecho, ictericia. Los antiácidos, carbamazepina, levodopa, la cafeína y el tabaco disminuyen las concentraciones de BZD disminuyendo sus efectos terapéuticos.²⁷

Conclusiones

Se debe llamar la atención especialmente sobre el uso de benzodiazepinas por parte de pacientes ancianos con insomnio o ansiedad u otros trastornos que requieran de estos fármacos. En ellos es frecuente observar una disminución del metabolismo hepático y de la excreción renal de esos fármacos con efectos acumulativos mayor posibilidad de aparición de efectos adversos en los gerontes. Además, los ancianos a menudo tienen diversas afecciones y toman numerosos medicamentos. Ello lleva a que se incremente el número de interacciones farmacológicas potencialmente peligrosas y de efectos adversos incluyendo la sedación y la hipotonía muscular con el riesgo de caídas y fracturas. El paciente geriátrico se le prescribirá dosis bajas de benzodiazepinas y el incremento de esta se hará lentamente. La prescripción de psicofármacos en la población anciana constituye una práctica clínica habitual que merece atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Menéndez R. Terapéutica Psiquiátrica Integral Segunda edición. Ed. Científico Técnica, La Habana. 2005
2. Cisneros Nápoles Y, Milián Vázquez P, Quirós Enríquez M. Los estudios de utilización de medicamentos como contenido superación profesional de los médicos. Medisur [revista en Internet].2014. [citado 10 de junio 2018]: 12(1): [aprox.6p.]. disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2629>
3. Cruz Barrios MA. Elementos para la prescripción racional de los medicamentos. En: Morón F, ed. Farmacología General. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.p.165-78.
4. Sandoval Paredes J, Sandoval Paz C. Uso de fármacos durante el embarazo. Horiz Med. [Internet]. 2018 [citado 2020 May 7]; 18(2): 71-79. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000200011&lng=es .

5. Simó Miñana J. Utilización de medicamentos en España y en Europa. Atención Primaria. [Internet]. 2012; [citado 2020 Abr 25]; 44(6):335-47. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711004082>
6. O'Donnell JM, Bies RR, Shelton RC. Tratamiento Farmacológico de la depresión y de los trastornos por ansiedad. En: Laurence L. Brunton, Bruce A. Chabner, Björn C. Knollmann. Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica [Internet]. 13ma ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA ; 2018 [citado 2020 May 7] Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2457§ionid=202559766>
7. Mihic SJ, Harris RA. Hipnóticos y sedantes . En: Laurence L. Brunton, Bruce A. Chabner, Björn C. Knollmann. Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica [Internet]. 13ma ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA ; 2018 [citado 2020 May 7] . Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/c>
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública . Cuadro Básico de Medicamentos [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 2020 Abr 7]. Disponible en: http://www.cimbbc.sld.cu/Articulos/cuadro_basico_completo.pdf
9. Artagaveytia P, Goyret, A. Tamosiunas G. Desafío Terapéutico: Prescripción de Benzodiazepinas. Boletín Farmacológico [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 7]; 9(1): [aprox.2p.]. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18378/1/desafio_terapeutico.pdf
10. Saul Gómez A, Tomas L, Maximiliano M, Mariana A, Sergio R. Benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. Rev Med Chile [Internet] 2017 [citado 2020 Abr 7]; 145(3): 351-9. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000300009&script=sci_arttext&tlng=p
11. Montes Gómez E , Plasencia Núñez M, Amela Peris R. Uso adecuado de benzodiazepinas en insomnio y ansiedad.

- Boletín Canario de uso racional de medicamentos del SCS[Internet]. 2014[citado 2020 Abr 7]; 6(1):1-8. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/26065e47546c11e48ab3a978c4456e39/BOLCAN>
12. Gray SL, Dublin S, Yu O, Walker R, Anderson M, Hubbard RA, et al. Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. BMJ[Internet]. 2016[citado 2020 Abr 7]; 352:1-9. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i90.full.pdf+html>
13. Biétry FA, Pfeil AM, Reich O, Schwenkglens M. Benzodiazepine Use and Risk of Developing Alzheimer's Disease: A Case-Control Study Based on Swiss Claims Data CNS Drugs[Internet]. 2017[citado 2020 Abr 7]; 31: 245-51. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40263-016-0404-x>
14. Corp Quijano Y, Pérez Díaz R, Torres Ruiz JR, Ranero Aparicio V, Gonzalez Hidalgo M. Consumo de benzodiacepinas en adultos mayores atendidos en el CITED. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2017[citado 2020 Abr 7]; 14(3): [aprox.14p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2017/hph173b.pdf>
15. Vargas Rosa L. Anticonvulsivantes y antiepilépticos [Tesis]. Lima: Universidad INCA Garcilaso de la Vega ;2017. [citado 2020 Abr 13] . Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1410/TRAB.SUFIC.PROF%20L%c3%93PEZ%20VARGAS%20ROSA.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
16. Molinoff PB. Neurotransmisión y el SNC. En Goodman and Gilman.Las bases farmacológicas de la terapéutica. En: Laurence L. Brunton, Bruce A. Chabner, Björn C. Knollmann. Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica[Internet].13ma ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA ; 2018[citado 2020 May 7] . Disponible en: ed. Cap14. 2012. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1882§ionid=138608869#138608943>
17. Angell Valdés S; Armas Castro J. Caracterización del consumo de psicofármacos en la población de adultos

mayores de un área de salud del municipio Cerro. En: 11 Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/931/1/17cof143316.pdf>

18. Martínez Cengotitabengoa M, Díaz Gutiérrez MJ, Besga A, Bermúdez Ampudia C. Prescripción de benzodiazepinas y caídas en mujeres y hombres ancianos. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 2018[citado 2020 Abr 13] ;11(1): 12-8 . Disponible en : <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-prescripcion-benzodiazepinas-caidas-mujeres-hombres-S1888989117300241>

19. Mora Ortiz de Apodaca P, Maciá Gómez C, Espinosa Orts J, Mora Ortiz de Apodaca JJ. Detección de efecto adverso a benzodiazepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp [Internet]. 2017[citado 2020 Abr 13] ;19(4): 218-227. Disponible en : <http://www.pharmacareesp.com/index.ph>

<p/PharmaCARE/article/download/390/308>

20. Albear Caró F, Albear Caró Z, Hernández Creagh D. Consumo de psicofármacos en pacientes geriátricos de un consultorio en Venezuela. Rev Inf Cient [Internet]. 2015 [citado 2020 Abr 23];94(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/153>

21. Rojas-Jara C, Calquin F, González J, Santander E, Vásquez M. Efectos negativos del uso de benzodiazepinas en adultos mayores: una breve revisión. Salud soc [Internet]. 2019 [citado 2020 May 10];10(1):40-5. Disponible en: <https://revistaderecho.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/3611>

22. Cabrera VO, Roy GI, Toriz SA. Factores de riesgo para síndrome de caídas en adultos mayores con polifarmacia. Aten Fam[Internet]. 2020 [citado 2020 Abr 23];27(1):27-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93235>

23. Sánchez Ricardo LI, Hernández Gárciga FF. Consumo de benzodiazepinas en pacientes geriátricos del Consultorio #

- 12, Policlínico "Campo Florido". Rev Cubana Farm [Internet]. 2010 Sep [citado 2020 Abr 23] ; 44(3): 346-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152010000300008&lng=es
24. Telles Filho PCP, Chagas AR, Pinheiro MLP, Lima AMJ, Durão MAS. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. Esc Anna Ner [Internet]. 2011[citado 2020 Abr 23]; 15 (3): 581-6.). Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300020&lng=pt&nrm=iso
25. Domínguez Viviana, Collares Martín, Ormaechea Gabriela, Tamosiunas Gustavo. Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. Rev. Urug. Med. Int. [Internet]. 2016 Dic [citado 2020 Abr 23] ; 1(3): 14-24. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972016000300002&lng=es.
26. Bielli A, Bacci P, Bruno G, Calisto N, Navarro S. Ansiedad y vida cotidiana como blancos farmacológicos en Uruguay 2013-2015. Psicología & Sociedade [Internet]. 2019[citado 2020 Abr 23] ; 31: e176766. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31176766>
27. Abarca Castillo CS. Prescripción racional de benzodiazepinas en Atención Primaria: ¿vamos por buen camino? Rev Chil Med Fam [Internet]. 2019[citado 2020 Abr 23] ; XIII(1): 4-13. Disponible en: <http://tricahuescholar.com/tricahue/index.php/sochimef/article/view/319>