

Prescripción racional de benzodiazepinas en Atención Primaria: ¿vamos por buen camino?

Carolina Sonia Abarca Castillo¹

Resumen

Se estima que alrededor del 20% de las consultas de atención primaria se relacionan con problemas de salud mental, lo que sumado a la alta demanda asistencial, hacen al médico vulnerable a la prescripción de fármacos como las benzodiazepinas (BDZ). El objetivo del estudio fue contribuir al buen uso de BZD en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) San Alberto Hurtado (SAH), a través de la caracterización de las prescripciones médicas, identificación de los factores que influyen en su indicación y descripción de la mejor evidencia disponible para su prescripción racional, con énfasis en trastorno depresivo, trastorno de pánico e insomnio. A través de un estudio descriptivo, se recopiló datos estadísticos desde las prescripciones médicas. Además se aplicó una encuesta modificada a los médicos sobre los factores que influyen en la prescripción de BZD y eventuales acciones para disminuirla. Dentro de los hallazgos destaca prevalencia de retiro anual de 2%, con edad promedio de 46,7 años. El 20,3% corresponde a retiro por personas mayores de 60 años. El más retirado fue clonazepam (86%). El 24,2% los ha retirado por más de 3 meses. De la encuesta, la mayoría de los médicos reconoce que el factor más influyente para la prescripción fue la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria, lo que da lugar a una “medicalización” de la vida y consideran que la acción más importante para disminuir la prescripción es capacitar a los médicos sobre una correcta indicación, y con ello no “psiquiatrizar” problemas de la vida diaria. Conociendo los efectos adversos de este tipo de medicamentos, no deberían prescribirse por más de 4 semanas en las condiciones estudiadas, e incluso en insomnio son prescindibles. El envío de cartas personalizadas al paciente con consumo prolongado se ve como una estrategia alentadora.

Palabras Clave

Benzodiazepinas, prescripción de medicamentos, dependencia.

Abstract

It is estimated that around 20% of primary care consultations are related to mental health problems, which, together with the high demand for care, make doctors in primary care vulnerable to the prescription of drugs such as benzodiazepines (BDZ). The objective of the study was to contribute to the correct use of BZD in the San Alberto Hurtado CESFAM, through a description of the prescriptions emitted, identification of the factors that influence the indication and description of the best available evidence for the rational prescription, with emphasis on depressive disorders, panic disorders and insomnia. Statistical data was collected from the medical prescriptions emitted. In addition, a modified survey was applied to the doctors about the factors that influence the prescription of BDZ and possible actions to diminish it. Among the findings, there is an annual 2% of all the prescriptions emitted were for BZD, with an average patient age of 46,7 years. 20,3% correspond to prescriptions emitted to people over 60 years. Clonazepam was the BZD most prescribed (86%). 24,2% of the prescriptions were emitted for more than 3 months. From the survey, most doctors recognize that the most influential factor for prescribing BZD was the decrease in the threshold of tolerance of the population to emotional distress caused by the problems of daily life, resulting in a “medicalization” of life and consider that the most important action to reduce the prescription of BZD is to train doctors about good prescribing habits and how not to medicalize problems of daily life. Considering the adverse effects of this type of medication, BZD should not be prescribed for more than 4 weeks for the conditions studied, and should not be prescribed for insomnia. Sending personalized letters to the patient with prolonged consumption is an encouraging strategy.

Key Words

Benzodiazepines, drug prescriptions, dependency.

1. Médico Cirujano de la Universidad de Santiago, Médico Familiar Adultos de la Pontificia Universidad Católica, Diplomada en Neuropsicología y Neuropsiquiatría de la Universidad de Chile-Universidad Católica, Diplomada en Trastornos del Sueño en la Práctica Clínica de la Universidad Católica, se desempeña en el CESFAM San Alberto Hurtado. Ancora UC, red UC Christus en la Comuna de Puente Alto, Santiago de Chile.

Introducción

Las benzodiazepinas (BZD) son medicamentos que actúan en el sistema nervioso central (SNC) teniendo acciones ansiolíticas, hipnóticas, miorrelajantes, sedantes, anticonvulsivantes y amnésicas, ampliamente usados desde la década de los 60s en todo el mundo. Estas ejercen su efecto a través de la modulación del receptor para el ácido gamma-aminobutírico A (GABA), principal neurotransmisor inhibidor del SNC¹ y la diferencia entre sí, radica en su perfil farmacocinético². Las condiciones clínicas en las que habitualmente son utilizadas corresponden a trastornos ansiosos, del sueño, síndrome de agitación psicomotora, síndrome convulsivo, movimientos anormales y espásticos, síndrome de privación de alcohol y drogas.

Si bien las BZD tienen un amplio uso clínico, no están exentas de efectos adversos. Los reportados con mayor frecuencia de forma aguda incluyen debilidad muscular, ataxia y sedación, mientras que el efecto luego de un consumo prolongado involucra alteraciones de la memoria, reacciones de discontinuación y riesgo de dependencia³. Un estudio demuestra que el consumo de alprazolam por un tiempo mayor de 8 semanas genera alteración de las pruebas de memoria que persisten hasta 6 meses de suspendida la medicación⁴. Un estudio prospectivo que siguió a 7.908 pacientes hospitalizados en 58 centros de salud durante 8 meses concluye que las benzodiazepinas de vida media corta son un factor de riesgo independiente para caídas en mayores de 65 años, aumentando hasta 1.7 veces el riesgo de éstas⁵. Por otro lado, es conocida la aparición de tolerancia y dependencia con usos mayores a 4 semanas, a pesar de dosis pequeñas, riesgo que aumenta con fármacos de vida media corta, uso mayor a 6 semanas y consumo de drogas o alcohol asociado⁶.

Según datos del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), en su Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile durante el año 2002, 1 de cada 4 mujeres usó tranquilizantes tipo BZD entre los 45 y 64 años⁷. El año 2009, se estudió la población perteneciente al Programa de Salud Mental de un Centro de Salud en la zona suroriente de Santiago, que incluyó a 1.081 pacientes, de los cuales 111 (10,3%) fueron diagnosticados como dependientes a BZD, equivalente a un tercio de los pacientes que lo retiraban mensualmente y éstos conformando al 1,3% de la población adulta. La edad promedio fue 60,5 años, siendo 76,7% mujeres y 23,4%

hombres. La mayoría de estos pacientes dependientes habían iniciado el consumo por prescripción médica. El 66,6% tenía al menos un diagnóstico asociado en la esfera psiquiátrica. Los trastornos que con mayor frecuencia se asociaron a dependencia fueron de tipo depresivo, ansioso y los trastornos de personalidad⁸. En el año 2010, el CONACE realiza un estudio sobre el uso de drogas en asistentes a servicios de urgencia de hospitales públicos de Santiago, en donde de un total de 575 pacientes, un 20,9% arrojó positivo para BZD⁹.

En nuestro país, las BDZ se extienden bajo receta retenida desde el año 1993¹⁰, y en un 30% la indicación proviene de un médico de APS⁸. Numerosos estudios han demostrado que en muchos países existe una sobreprescripción de BZD y que la tasa de prescripción varía entre los médicos. Particularmente, los médicos de APS han mostrado ambivalencia entorno a la prescripción de BZD, reportando que ésta es compleja, demandante e incómoda, por la enorme presión en la práctica diaria y el escaso tiempo en cada consulta. Factores que influyen en esta prescripción ambivalente serían la diferente percepción de responsabilidad que sienten los médicos frente a la prescripción, las distintas posturas frente a variadas intervenciones, falta de conocimiento de los efectos adversos y alternativas de tratamiento y la percepción del médico sobre las expectativas del paciente¹¹. La práctica centrada en el paciente y sus expectativas compiten con la autonomía, razonamiento y postura del médico respecto a la prescripción de BZD. El deseo de mantener una adecuada relación médico-paciente y el desarrollo de una fuerte empatía por el otro, aumentan la probabilidad de prescripción por parte del médico¹². En otros estudios realizados por medio de encuestas, los médicos familiares reconocen que la prescripción, muchas veces excesiva, es un problema multifactorial con raíces sociales y psicológicas complejas¹³ y que, para un uso racional, a los médicos se les debe entregar herramientas para una correcta comunicación y negociación, así como también más tiempo con los pacientes que las solicitan¹⁴. A la vista de la discrepancia entre un uso específico y limitado en el tiempo, y la realidad de un consumo perjudicial y con escasa eficacia a largo plazo, se realiza este estudio, cuyo objetivo fue la caracterización actualizada de la prescripción de este tipo de fármaco, la identificación de los factores que influyen en su prescripción y la descripción de la mejor evidencia disponible con respecto a su uso en trastorno depresivo, trastorno de pánico e insomnio.

Material y Métodos

Mediante un estudio descriptivo, se caracterizó a la población usuaria de BZD, identificando a los pacientes que habían retirado alguna vez alprazolam (0.5 mg), clonazepam (0.5-2 mg), diazepam (10 mg) o Lorazepam (2 mg) entre el 01/06/2016 y el 01/07/2017 en la población activa del CESFAM SAH, ubicado en la comuna de Puente Alto, Santiago. Los datos específicos solicitados a la Unidad de Gestión de Información (UGI) fueron: edad, sexo, episodio diagnóstico ligado a la prescripción, tipo de BZD y número de retiro de estos medicamentos en el año descrito. Datos fueron anonimizados. La información se manejó en programa Excel. Para evaluar factores que pudiesen influenciar la prescripción, se realizó una encuesta on-line al personal médico. Esta tomó como base los resultados del estudio publicado por Fernández T, et al (2002), en donde a médicos de atención primaria por medio de la técnica Delphi, se les pide identificar los diez principales factores que influyen en la prescripción de BZD y diez acciones para disminuirla¹⁴. A partir de estos resultados, se realizó la encuesta adaptándola a la realidad y lenguaje nacional (Anexo 1). Para responder a cada pregunta se detallaron distintos ítems, donde se solicitó a los participantes ordenarlos según nivel de importancia, donde al ítem más importante se le asignó el número 1. Además, las mismas preguntas se incluyeron de forma abierta. Las respuestas se analizaron utilizando el mismo programa otorgado gratuitamente por la empresa SurveyMonkey y Excel.

La búsqueda de evidencia sobre el uso de BZD en trastorno de pánico, insomnio y depresión, además de variadas intervenciones como cartas, consejería y consentimiento informado para la prescripción se realizó utilizando la base de datos PubMed, a través de su herramienta MeSH, Epistemonikos y Google Scholar. Las palabras claves utilizadas fueron “Benzodiazepines, drug prescriptions, dependency.”.

Resultados

Población

Un total de 449 pacientes retiraron alguna vez alprazolam, clonazepam, diazepam o lorazepam en el período de estudio, equivalente al 2% de la población total (21.491 personas inscritas). 352 fueron mujeres (78,4%) y 97 hombres (21,6%). El promedio de edad fue de 46,7 años, destacando 91 pacientes (20,3%) sobre los 60 años. La BZD más prescrita fue clonazepam (86%). Un total de 109 pacientes retiraron BZD por más de tres meses, equivalente

al 24,2% de los pacientes que retiraron BZD alguna vez durante el tiempo estudiado (0,48% de la población total). 90 fueron mujeres (82,6%) y 19 hombres (17,4%), con una edad promedio de 52 años, 40 pacientes de 60 o más años (36,7%), siendo el clonazepam la BZD más recetada en estos pacientes (85%).

Factores que influyen en la prescripción de BZD en CESFAM SAH

La encuesta aplicada (Anexo 1) fue contestada por el total de médicos (n=12) a quienes se les envió. De éstos, 2 eran especialistas (Medicina Familiar), 7 están en proceso de formación (residente) y 3 médicos generales. Del total de participantes, el 50% ha trabajado entre 1 a 5 años en el sistema de salud. Se identificó como el factor más influyente para la prescripción de BZD *la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria, lo que da lugar a una “medicalización” de la sociedad y de la vida* (33,3% de los participantes le asignó el número 1 a este ítem). El segundo factor considerado como más influyente al momento de la prescripción fue *el aumento de la prevalencia de patologías que justifican el tratamiento con BZD*. La *deficiente formación y conocimiento de los médicos en temas como uso, indicaciones correctas, manejo y efectos adversos de estos fármacos*, fue el tercer factor más influyente para los médicos participantes. Respecto a las acciones para disminuir la prescripción de BZD, los participantes consideraron que la acción más importante es *capacitar a los médicos sobre una correcta prescripción, afinar las indicaciones de estos fármacos según la evidencia disponible y con esto no “psiquiatrizar” problemas de la vida diaria*. La segunda acción más relevante para disminuir la prescripción de BZD según los datos recogidos es *fomentar por parte de los médicos la prescripción de tratamientos alternativos eficaces, farmacológicos (melatonina, medicamentos “Z”) y no farmacológicos (higiene del sueño) a los problemas que comúnmente motivan la prescripción de BZD*. El ítem *de educar a la población (talleres, folletos al momento de la prescripción) sobre riesgo de consumo prolongado de estos fármacos y sus efectos adversos*, fue considerado como la tercera acción en orden de importancia.

Descripción de la evidencia

Trastorno depresivo

La combinación de antidepresivos con BZD es

comúnmente usada para tratar a personas con depresión. En el 2009, se publicó una revisión Cochrane que incluyó 10 ensayos (731 pacientes) sobre antidepresivos más BZD para depresión mayor, con el objetivo de evaluar el efecto de agregar BZD al tratamiento farmacológico. De acuerdo al análisis reportado, hasta la cuarta semana de tratamiento combinado hay una mayor respuesta a depresión comparado con el antidepresivo solo (RR de 1.31 con 95% IC 1.07 a 1.59). Además, se reportó que es menos probable que los pacientes con terapia combinada abandonen el tratamiento debido a los efectos adversos comparado con los pacientes que utilizan antidepresivos solo. De la sexta a octava semana de tratamiento, el RR para respuesta no fue significativo y la posibilidad que la terapia combinada pierda o no influya en la tasa de respuesta no puede ser descartada¹⁵. Otro meta-análisis destaca que combinar psicoterapia, al tratamiento antidepresivo, es superior a los antidepresivos solos¹⁶.

En conclusión, se necesita tratar a 8 pacientes con trastorno depresivo con antidepresivos más BZD para que 1 paciente logre una reducción del 50% o más en la severidad de la depresión, efecto que se observa solo las primeras 4 semanas de tratamiento. Sin embargo, no existen estudios disponibles respecto a cómo la comorbilidad ansiosa o el tipo de BZD afecta este hallazgo. Los beneficios de la terapia combinada con BDZ debe ser balanceada con los posibles efectos adversos. Además, la monoterapia con fármacos no es lo óptimo en depresión.

Trastorno de pánico

Existen dos tipos de tratamientos que han demostrado ser efectivos para el manejo del trastorno de pánico; uno es la farmacoterapia (que considera el uso de antidepresivos y BZD), y el otro es la psicoterapia (la terapia cognitivo-conductual particularmente). La revisión Cochrane del año 2009¹⁷ consideró tres ensayos, dos de éstos compararon psicoterapia más BZD versus psicoterapia sola para el tratamiento de trastorno de pánico (n=166), el otro ensayo comparó la psicoterapia más BZD versus BZD solas (n=77). La intervención psicoterapéutica fue de 12 a 16 semanas, y el seguimiento hasta 12 meses. En términos de OR, la respuesta a psicoterapia más BZD sobre psicoterapia sola fue de 1.40 (95% IC 0.69 a 2.82; P = 0.35) durante la intervención, de 0.72 (95% IC 0.34 a 1.51; P=0.38) después de la intervención, y de un 0.52 (95% IC 0.25 a 1.08; P = 0.08) en el seguimiento a largo plazo. En términos de OR, la psicoterapia más

BZD sobre BZD sola fue de 2.00 (95% IC 0.76 a 5.21; P = 0.16) durante la intervención, de 4.30 (95% IC 1.09 a 16.91; P = 0.04) al final de la intervención, y de 2.75 (95% IC 0.78 a 9.70; P=0.12) en el seguimiento a largo plazo. La psicoterapia y el uso de BDZ son modalidades de tratamiento frecuentemente combinadas en la práctica clínica. Sin embargo, es limitada la evidencia disponible del beneficio adicional de ambas terapias combinadas, comparada con el tratamiento único. Lo mismo ocurre cuando se revisa el efecto de antidepresivos comparado con BZD para el trastorno de pánico. La revisión Cochrane del año 2016¹⁸ comparó la efectividad de antidepresivos y/o BZD para el trastorno de pánico (n=6.785), concluye que existe evidencia de baja calidad que sugiere no haber diferencia entre BZD y antidepresivos en términos de respuesta a tratamiento (síntomas, frecuencia de crisis, síntomas agorafóbicos). Dentro de los antidepresivos, los IRSS serían los mejor tolerados. Nuevamente, el uso de BDZ por largos períodos de tiempo parece cuestionable, a igual efectividad que los IRSS.

Insomnio

En cuanto al insomnio, estudios muestran escasa efectividad y una alta probabilidad de efectos adversos. Un meta-análisis publicado¹⁹ que incluyó 2.672 pacientes y comparó los beneficios y los riesgos respecto al tratamiento del insomnio con el uso de BZD versus el uso de otro agente o placebo concluye que son escasos los beneficios con el uso de estos medicamentos. Se demostró disminución de la latencia en 14.3 minutos (IC 95% [-0.7 - 9.2]) y aumentó la duración total del sueño en 61.8 minutos (IC 95% [37.4 - 86.2]). Respecto a los efectos adversos, se reporta somnolencia diurna y mareos (OR 1.8, 95% IC 1.4 - 2.4), y un aumento de efectos negativos en la memoria, tiempo de reacción y velocidad de procesamiento. En otro meta-análisis²⁰, se comparan los beneficios potenciales reportados por pacientes (subjetivos) y riesgos del uso a corto plazo con hipnóticos sedantes (BZD y agonistas del receptor de BZD (medicamentos "Z")) en un total de 2.417 pacientes. Aquí, se concluye un aumento de 25.2 minutos en el tiempo total de sueño y disminución en el número de despertares nocturnos (0.63) comparado con placebo. Se reportan efectos adversos de tipo cognitivo (OR 2.25, IC 95% 0.93 - 5.41), los de tipo psicomotor fueron 2.61 veces más frecuentes (IC 95% 1.12 - 6.09) y se reporta un aumento en la somnolencia diurna y fatiga (OR 3.82, IC 95% 1.88 - 7.80). Este meta-análisis reporta que se necesita

tratar a trece pacientes para que uno mejore la calidad del sueño y a seis pacientes para que uno sufra algún efecto adverso. En conclusión, la magnitud del beneficio parece marginal, comparado con los daños.

Intervenciones mínimas para reducir el consumo de BZD

A pesar de existir varios ejemplos y ser una intervención utilizada en algunos centros de salud, la firma de un consentimiento informado al momento de la prescripción inicial de BDZ (carta donde se indican los beneficios, potenciales daños, tiempo de uso y donde se solicita aceptar o rechazar la indicación), no cuenta con estudios que evalúen su impacto. Existe evidencia sobre el envío de cartas educativas personalizadas a los pacientes detallando los problemas asociados al uso prolongado de BZD, alentándolos a disminuir gradualmente su consumo y, si es posible detenerlo, lo que ha demostrado ser una intervención exitosa. Según una revisión sistemática que evaluó intervenciones para disminuir el consumo crónico de BZD en la atención primaria, mostró que se requiere el envío de doce cartas personalizadas para que una persona deje el consumo de BZD en seis meses²¹. El servicio de salud de Dorset²² (Inglaterra), dirigido por médicos familiares, recomienda que se envíen cartas educativas a todos los pacientes usuarios de BZD y que, la repetición anual de esta intervención podría mejorar la tasa de éxito (Anexo 2).

Discusión

La mayoría de los estudios en la literatura analiza el tema de las BDZ desde el consumo, pero son escasos los que lo analizan desde el punto de vista de la prescripción médica. Uno de ellos, muestra una prevalencia anual de prescripción de 7%²³, superior al 2% del presente estudio. Es importante entender que la prescripción de BZD es un acto multifactorial. Cabe destacar que tanto los participantes del estudio español como los participantes de la encuesta local, consideran que el factor que más influye en la prescripción de BZD es la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria. Sin embargo, los médicos españoles no consideran la capacitación en indicaciones y correcto uso como una acción importante para disminuir su prescripción, mientras que para los médicos chilenos corresponde a una de las principales intervenciones. Esto vislumbra un área con alta capacidad

de intervención, información antes ausente en la literatura nacional. Si bien la encuesta utilizada no está validada en población chilena, si es el resultado de un estudio de habla hispana, que junto a la experiencia actual, da pie a futura investigación en su validación y uso.

La evidencia revisada se podría resumir en:

Trastorno depresivo mayor: eventualmente BDZ por un máximo de cuatro semanas, sobre todo cuando se asocia a síntomas ansiosos o insomnio agregado. Se establece que más allá de cuatro semanas no sólo no hay efectividad, sino que aumentan sus efectos adversos, por lo que se debe evaluar de manera individualizada la prescripción de BZD para trastorno depresivo mayor con comorbilidad ansiosa, considerando su utilidad y sus efectos adversos. La psicoterapia combinada a tratamiento antidepressivo sería el manejo óptimo.

Trastorno de Pánico: Se evidencia que el tratamiento de primera línea para este tipo de patología corresponde a psicoterapia, sobre todo de tipo cognitivo conductual. Sin embargo, es sabido que éste podría ser recurso escaso en atención primaria. Por lo que se recomienda el tratamiento del trastorno de pánico con IRSS y es posible agregar BZD como coadyuvante, pero serían similares en cuanto a respuesta a tratamiento, no así en efectos adversos. Si se decide usar BZD, estas podrían mantenerse por un máximo de cuatro semanas.

Insomnio: las BZD no son un tratamiento adecuado para este tipo de patología. Sus beneficios son muy limitados y los efectos adversos son un síntoma frecuente con su uso. Es interesante destacar, además, la utilidad demostrada del envío de una carta personalizada como intervención mínima para lograr la disminución y eventual cese de consumo de BZD en pacientes usuarios de éstos. Es una herramienta costo efectiva, de fácil implementación y bajo costo. Es así como toma relevancia la educación a los pacientes que usarán BZD.

La sociedad actual parece acostumbrada a vivir en un clima de tensión y aceleración. Esto trae consecuencias a nivel individual y familiar, en donde el médico se vuelve vulnerable a malos hábitos de prescripción, y con ello a dar origen a tratamientos inefectivos e inseguros como el expuesto. De allí que se hace necesario idear estrategias de prevención en sobreprescripción y dependencia.

Agradecimientos

A Dra. Philippa Moore, por su ayuda técnica y revisión del artículo.

Bibliografía

1. Smith TA. Type A gamma-aminobutyric acid (GABA) receptor subunits and benzodiazepine binding: significance to clinical syndromes and their treatment. *Br J Biomed Sci.* 2001; 58(2):111-21.
2. Charney D, Mihic S, Harris R. Hipnóticos y sedantes. Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12 ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2007. p. 823-44.
3. Longo LP, Jhonson B. Addiction: Part I. Benzodiazepines: side effects, abuse risk and alternatives. *Am Fam Physician.* 2000; Apr 1;61(7):2121-8.
4. Kilic C, Curran H, Noshirvani H, et al. Long-term effects of alprazolam on memory: a 3-5 year follow-up of agoraphobia/panic patients. *Psychol Med.* 1999; 29; 225-31.
5. Passaro, A., Volpato, S., Romagnoni, F., Manzoli, N., Zuliani, G. and Fellin, R. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: The GIFA study. *Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano. J Clin Epidemiol.* 2000 Dec;53(12):1222-9.
6. Hurlé M A, Monti J, Florez J. Fármacos ansiolíticos y sedantes. *Farmacología de los trastornos del sueño. Farmacología Humana.* 5ª Ed. Barcelona, Elsevier 2008: 543-66.
7. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior. 1998-2017. Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile; 2003 [cited 2017 Sept 09]. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/media/estudios/PG/ESTUDIO%20POBLACION%20GENERAL%202002.pdf>
8. Olivera M. Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2009; 47(2): 132-137.
9. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [Internet]. Chile: Ministerio del Interior. c1998-2017. Estudio sobre de drogas en consultantes de salas de urgencias. 2010 [cited 2017 Sept 09]. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/media/estudios/otrosSENDA/Estudio%20Drogas%20en%20Consultantes%20Salas%20Urgencia%202010.pdf>
10. Instituto de Salud pública de Chile [Internet]. Chile: Ministerio de Salud. Estupefacientes y psicotrópicos. [cited 2017 Sept 09]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/estupefacientes-psicotropicos>
11. Sirdifield C, Anthierens S, Creupeland H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract.* 2013; 14(1):191-215.
12. Hamilton IJ, Reay LM, Sullivan FM. A survey of general practitioners' attitudes to benzodiazepine overprescribing. *Health Bull (Edinb).* 1990;48(6):299-303.
13. Bendtsen P, Hensing G, McKenzie L, Stridsman AK. Prescribing benzodiazepinas -- a critical incident study of a physician dilemma. *Soc Sci Med* 1999; 49(4): 459-67.
14. Fernández Álvarez T, Gómez Castrob MJ, Baidés Morentec C, Martínez Fernández 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(5): 297-303.
15. Furukawa TA, Streiner D, Young LT, Kinoshita Y. Antidepressants plus benzodiazepines for major depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Volumen (3). Art. No.: CD001026. DOI: 10.1002/14651858.CD001026.
16. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry.* 2014;13(1):56-67. doi:10.1002/wps.20089.
17. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005335. DOI: 10.1002/14651858.CD005335.pub2.
18. Bighelli I, Trespidi C, Castellazzi M, Cipriani A, Furukawa TA, Girlanda F, Guaiana G, Koesters M, Barbui C. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 1, Art. No.: DOI: 10.1002/14651858.CD011567.pub2
19. Holbrook A, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. *CMAJ.* 2000; 162 (2) 225-233.
20. Glass, J. Sedative hypnotics in older people with

insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005 Nov 19;331(7526):1169.

21. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2011; 61(590): e573-e578.

22. Dorset Clinical Commissioning Groups [Internet].

England: National Health Service. C2013-2017. Benzodiazepine prescribing support pack. 2016 [cited 2017 Sept 09]. Available from: <http://bit.ly/2t5k9vP>

23. Escribá R. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten primaria*. Volume 25, Issue 2, 2000, Pages 107-110.

Anexo 1. Encuesta para médicos sobre su percepción en la prescripción de BZD

1. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas (BDZ) en CESFAM SAH.

Ordene del 1 al 10 los siguientes factores que podrían influir en la prescripción de BZD, siendo 1 el factor más importante y 10 el menos importante. Los factores no pueden tener un mismo número asignado.

	Disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria, lo que da lugar a una “medicalización” de la sociedad y de la vida.
	Aumento de la prevalencia de patologías que justifican el tratamiento con BZD.
	Falta de tiempo en la consulta para establecer una adecuada relación médico-paciente e intentar otras estrategias terapéuticas.
	Condicionantes socioeconómicos (inestabilidad laboral, cesantía, bajo nivel educacional) que condicionan el acceso a otros medicamentos más seguros.
	Propiedades de las BZD (rapidez de acción, eficacia, buena tolerancia, precio).
	Dependencia y tolerancia que el consumo crónico de BZD causa.
	Popularidad y familiaridad de la población general a estos fármacos.
	Insuficiente y tardío apoyo de redes de atención especializadas (psiquiatría, CEIF, COSAM).
	Circunstancias personales del médico: falta de interés, ánimo, disposición a la hora de abordar el problema de fondo, grado de empatía y asertividad, estrés profesional.
	Deficiente formación y conocimiento de los médicos en temas como uso, indicaciones correctas, manejo y efectos adversos de estos fármacos.

¿Qué otros factores que no hayan sido mencionados influyen en la prescripción de benzodiazepinas?

2. Acciones para disminuir prescripción de BDZ

Ordene del 1 al 9 las siguientes acciones que podrían disminuir la prescripción de BZD, siendo 1 la acción más importante y 9 la menos importante. Las acciones no pueden tener un mismo número asignado.

	Educar a la población (talleres, folletos al momento de la prescripción) sobre riesgo de consumo prolongado de estos fármacos y sus efectos adversos.
	Conseguir apoyo precoz especializado en pacientes de alto riesgo de dependencia (psiquiatría, CEIF, COSAM).
	Disminuir la carga asistencial.
	Fomentar por parte de los médicos la prescripción de tratamientos alternativos eficaces, farmacológicos (melatonina, uso de medicamentos “Z”) y no farmacológicos (higiene del sueño) a los problemas que comúnmente motivan la prescripción de BZD.
	Capacitar a los médicos sobre una correcta prescripción. Afinar en las indicaciones de estos fármacos según la evidencia disponible. No “psiquiatrizar” problemas de la vida diaria.
	Adquisición de conocimientos técnicos por parte del médico respecto a tratamientos alternativos como: abordajes familiares, técnicas de relajación y psicoeducación, medicinas alternativas.
	Prevención de patología ansiosa a distintos niveles. Actividades en comunidad como: programas especiales para adolescente, club de ancianos, ferias saludables, etc.
	Mayor coordinación entre los profesionales del centro de salud con respecto al manejo de la patología del paciente (reuniones clínicas interdisciplinarias).
	Programas o capacitaciones basadas en la evidencia sobre deshabituación de BZD.

¿Qué otras acciones que no hayan sido mencionadas sugerirían?

Fuente: extraída y modificada desde “Fernández Álvarez T, Gómez Castrob MJ, Baides Morentec C, Martínez Fernández 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(5): 297-303”.

Anexo 2.

Carta personalizada para incentivar la disminución o detención en el consumo de BDZ Estimado (paciente):

Le escribo porque he notado en los registros que ud. ha estado tomando (fármaco) por algún tiempo. Los médicos familiares estamos preocupados por este tipo de tranquilizante cuando su consumo es por períodos prolongados.

La preocupación es que el cuerpo pueda usar estos medicamentos, pero estos no funcionarán apropiadamente por mucho tiempo. Si tu paras el consumo de estos medicamentos abruptamente, pueden aparecer efectos adversos no deseados que experimentes. El trabajo de investigación hecho en este campo muestra que el uso repetido de estos medicamentos no está recomendado por mucho tiempo. Más importante aún, estos medicamentos pueden causar ansiedad, falta de sueño y pueden ser adictivos.

Le escribo para que ud. evalúe disminuir la dosis de estos medicamentos y tal vez detener su consumo en el futuro. La mejor forma para hacer esto es tomar los medicamentos cuando sientas que son absolutamente necesarios. Intente tomarlos sólo cuando crea que tendrá que hacer algo que le es difícil. De esta manera, creará una prescripción temporal.

Una vez que haya empezado a disminuirla, será capaz de pensar sobre discontinuarlas. Lo que sería mejor, es disminuirlas gradualmente, y será menos probable que tenga síntomas de abstinencia.

Si quisiera hablar sobre esto, estaremos encantados de verte en el Centro de Salud, en un tiempo a convenir.
Sinceramente,

Fuente: Traducida de Dorset Clinical Commissioning Groups, England. De dominio Público. Disponible en: Dorset Clinical Commissioning Groups [Internet]. England: National Health Service. C2013-2017. Benzodiazepine prescribing support pack. 2016 [cited 2017 Sept 09]. Available from: <http://bit.ly/2t5k9vP>. De dominio público.