

El inadecuado uso de las benzodiazepinas

D.M. Campagne^a y J. García-Campayo^b

^aPsicólogo clínico. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid. Clínica Bella Médica. Altea. Alicante.

^bPsiquiatra y Profesor Asociado. Hospital Miguel Servet y Universidad de Zaragoza.

La polémica internacional de los últimos años sobre las benzodiazepinas, ocasionada por la evidencia de múltiples y graves efectos secundarios, no parece haber resultado aún en un cambio generalizado de actitud del mundo médico. A pesar de que en los prospectos de las benzodiazepinas debe figurar que el tratamiento debe ser corto y nunca más de 3 meses, en muchos casos se sigue recetando estos fármacos durante períodos mucho más largos, a veces varios años, sin necesidad objetiva ni subjetiva determinante. Las consecuencias para el paciente pueden ser perjudiciales, y no sólo en casos excepcionales sino en un buen porcentaje de pacientes, sobre todo en los mayores. Conviene que los médicos de asistencia primaria revisen sus creencias acerca de las ventajas y desventajas terapéuticas de las benzodiazepinas y hagan caso a las recomendaciones de agencias oficiales tanto nacionales como internacionales. En EE.UU., Reino Unido, Francia, Suecia y otros países, grupos importantes de afectados por la prescripción inadecuada de benzodiazepinas piden responsabilidades a los médicos y a las instituciones involucradas.

Palabras clave: benzodiazepinas, depresión, ansiedad, retirada, efectos secundarios, mayores, abuso.

Twenty years of ongoing international controversy as to benzodiazepines, provoked by the evidence of diverse and serious adverse effects, does not yet seem to have resulted in a generalized change of attitude in the medical world. Although the data sheets for benzodiazepines now must reflect that treatment should be short and never exceed 3 months, in many cases these drugs are prescribed for much longer periods, sometimes years, without objective or subjective need. The consequences for the patient can be very negative, not only in exceptional cases but in a fair percentage of patients, especially the aged. It is imperative that primary care physicians revise their opinions as to the therapeutical pros and contras of benzodiazepines and heed the recommendations of national and international health agencies. In the U.S., U.K., France, Sweden and other countries, important groups of victims of the inadequate prescription and use of benzodiazepines are presenting claims for damages against physicians and institutions involved.

Key words: benzodiazepines, depression, anxiety, withdrawal, adverse effects, elderly, abuse.

Método

Búsqueda en PubMed (n = 98), Medline (n = 200) y Cochran (n = 1.754), con el término "benzodiazepines adverse effects general practice", seleccionando las referencias (n = 94) que fundamentan el consenso actual que desaconseja el uso prolongado de benzodiazepinas así como las referencias acerca de tratamientos alternativos a las benzodiazepinas. La búsqueda abarcó todas las lenguas. Se completó con la verificación manual de referencias en literatura actual y en bases de datos de organismos e instituciones oficiales.

Correspondencia: D.M. Campagne.
Clínica Bella Médica.
Ctra Nacional N. 332. Via Cap Negret, 17. Edif. Costa Bella.
03590 Altea. Alicante.
Correo electrónico: danplaton@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 la Agencia Española del Medicamento finalmente elaboró una circular dirigida a los laboratorios farmacéuticos para que modifiquen la ficha técnica y el prospecto de las especialidades farmacéuticas comercializadas en España en cuya composición tengan un principio activo de tipo benzodiazepínico o análogo¹. Esta directiva, aunque redactada de forma tajante, se cumple en la actualidad sólo parcialmente, y este incumplimiento refleja el conflicto que existe entre los aparentes beneficios de este grupo de medicamentos con eficacia histórica y las desventajas científicamente y estadísticamente documentadas de su actual uso indiscriminado. La evaluación europea de todo el grupo farmacológico de ansiolíticos e hipnóticos de estructura benzodiazepínica se inició en 1992, con motivo de los abundantes indicios desde los ochenta, de pro-

El uso continuado de benzodiazepinas puede causar o agravar la depresión.

blemas de abuso y de adicción además de otros efectos secundarios. La circular referida establece que el tratamiento de la *ansiedad* con benzodiazepinas o análogos debe ser “lo más corto posible”. Se deberá reevaluar la situación clínica del paciente a intervalos regulares, y siempre teniendo en cuenta *un máximo en la duración total del tratamiento, no superior a las 8-12 semanas, incluido el período de retirada gradual*.

En el caso del tratamiento del *insomnio*, la duración *máxima es de 4 semanas si se incluye la retirada gradual del medicamento*.

Está bien documentado que el tratamiento con benzodiazepinas puede provocar el desarrollo de dependencia física y psíquica, incluso con dosis mínimas y con tratamientos muy cortos², con lo cual nunca debe considerarse inocuo. En general, el riesgo de dependencia se incrementa con la dosis, con la duración del tratamiento, y en personas con antecedentes de consumo de drogas de abuso o que combinen el medicamento con el consumo de alcohol incluso en cantidades moderadas.

Ya en 1992, se verificó el uso inadecuado de estos medicamentos en un estudio español con 5.324 pacientes entrevistados en farmacias comunitarias, al recibir una prescripción de hipnóticos para el insomnio: el 72% de los pacientes llevaban tomando diariamente un hipnótico durante más de 3 meses, sin interrupción. De este grupo, existía un subgrupo de pacientes que llevaban utilizando un hipnótico durante más de 12 meses (un año). Este subgrupo representaba el 51% del total de pacientes entrevistados³.

Lo que nos debe preocupar es el hecho de que este uso inadecuado sigue teniendo respaldo médico. Se supone que las benzodiazepinas necesitan receta médica y por tanto, que haya un médico responsable de su adecuada prescripción y de la información precisa al paciente sobre el uso correcto. El médico no debe ceder ante la presión por parte del paciente habituado a las benzodiazepinas sino iniciar cuanto antes formas alternativas de tratar la patología subyacente.

LOS RIESGOS ASOCIADOS A LAS BENZODIAZEPINAS

Los tranquilizantes e hipnóticos de la familia de las benzodiazepinas se introdujeron en 1960 después de unos ensayos clínicos breves en la Universidad de Texas en 1959. En aquel entonces no se exigían ensayos controlados para la evaluación terapéutica y se demostró la “eficacia” del producto con evidencia anecdótica y testimonial. Si se presentasen para autorización oficial en el día de hoy, las benzodiazepinas probablemente sólo se admitirían para determinados usos limitados⁴.

Al principio se consideraron estos fármacos depresores del sistema nervioso central “fármacos milagro” y su uso se extendió rápidamente por todo el mundo. Sin embargo, empezaron a aparecer informes de efectos secundarios que llegaron a ser tan numerosos que, a principios de los ochenta, uno podía encontrar publicaciones con datos clínicos inquietantes en las revistas médicas más prestigiosas del mundo. En 1984 las benzodiazepinas se incluyeron en la lista de los fármacos peligrosos de las Naciones Unidas.

Curiosamente, la fuerte crítica a las benzodiazepinas no logró frenar su uso en expansión. A pesar de la evidencia, el mundo médico no supo o no quiso cambiar la práctica diaria donde las “benzos” habían conquistado un lugar destacado. Una razón importante para esta reticencia radicaba en la alegada ausencia de alternativas. A pesar de todos los problemas, las benzodiazepinas “solucionaron” muchos cuadros que sin ellas hubieran tenido malos pronósticos.

En 2001, el Ministerio de Salud de Francia a través de la Agencia de Seguridad Sanitaria de los Productos de Salud (Afssaps) reafirmó su lucha de 15 años contra el uso inadecuado de las benzodiazepinas con la obligación de reducir aún más el período permitido de prescripción. Desde 1991 estaba limitada la prescripción de hipnóticos a 4 semanas y de ansiolíticos a 12 semanas. A partir de febrero de 2001, las especialidades a base de flunitrazepam sólo estaban permitidas hasta 14 días, y sólo con autorización expresa. Insiste el Afssaps que las benzodiazepinas *no son el tratamiento de fondo de problemas de ansiedad, ni de depresión*² (tablas 1 y 2 y fig. 1).

Tabla 1. Efectos colaterales agudos asociados a benzodiazepinas (temazepam, diazepam, nitrazepam)

Riesgos independientemente de la frecuencia de uso			
Físicos		Psiquiátricos Psicológicos	Sociales
Mortalidad	Morbosidad		
Sobredosis	Por inyección	Reducción de actividad mental y alerta	Comportamientos de alto riesgo
Sueño prolongado, coma, respiración impedida, muerte		Soñolencia	Comportamientos agresivos y violentos
Especialmente en combinación con alcohol o heroína		Letargo	Actividades criminales
		Pérdida de memoria	
		Desinhibición	
		Actitud paranoica caótica	
		Agresividad, actitud violenta	

Dos aspectos diferentes del abuso de benzodiazepinas: la sobreprescripción o la prescripción no apropiada de benzodiazepinas ha resultado en gran número de pacientes con dependencia a las mismas y el abuso en la calle de benzodiazepinas consiste en la administración intravenosa de fórmulas diseñadas para la toma oral. Fuente: *National Addiction Center*, Londres⁵.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9305177>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9305177>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)