

RESOLUCIÓN DE LAS AYUDAS 2018 “ISABEL FERNÁNDEZ” PARA LA REALIZACIÓN DE TESIS DOCTORALES EN MATERIA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Autora: Isabel M^a. Socias Buades

Título Tesis: Eficacia y evaluación de una intervención multifactorial para la reducción del consumo de benzodiazepinas en Atención Primaria

Resumen: Las benzodiazepinas son un conjunto de moléculas que actúan sobre el sistema nervioso central a través del sistema inhibitor del ácido gamma-aminobutírico (GABA) y tienen propiedades hipnóticas, ansiolíticas, miorelajantes y anticonvulsivantes predominando una u otra acción farmacológica según las características farmacocinéticas de cada molécula. Son fármacos de contrastada eficacia a corto plazo pero su utilización a largo plazo no se recomienda por su capacidad de producir tolerancia y dependencia. La dependencia tanto física como psíquica puede ocurrir tras pocas semanas de iniciar el tratamiento, siendo mayor el riesgo cuando las dosis son elevadas y mayor duración del tratamiento. Cuando éste se interrumpe de forma brusca, aun a dosis terapéuticas, puede desencadenar unos síntomas de abstinencia caracterizados por insomnio, irritabilidad, ansiedad e incluso convulsiones. Los análogos a las benzodiazepinas (zolpidem, zopiclona y zaleplon) están indicados en el tratamiento a corto plazo del insomnio y aunque se desarrollaron para mejorar algunos efectos adversos de las benzodiazepinas no existe firme evidencia de que se comporten de manera muy diferente de las benzodiazepinas de semivida corta.

El consumo de benzodiazepinas además se ha relacionado con algunos efectos adversos como son el aumento de riesgo de caídas y fracturas de cadera en el paciente anciano por la disminución de reflejos y sedación que pueden producir, junto con el aumento de accidentes de tráfico, alteraciones cognitivas y demencia. Algunos estudios además, debaten su asociación con un mayor riesgo de aumento de mortalidad global. encontrado en diversos. Por todo ello, en persona mayores de 65 años son consideradas medicación potencialmente inadecuada según los criterios de BEERS de la American Geriatric Society y se recomienda evitar su uso para el tratamiento del insomnio con un grado de recomendación alto.

Las autoridades sanitarias en diversas guías recomiendan el uso de las benzodiazepinas solo durante breves periodos de tiempo. La guía de Prescripción Terapéutica GPT2, (adaptada del British National Formulary) editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, dice textualmente que *“las benzodiazepinas están indicadas para el alivio, durante un período breve (2-4 semanas), de una ansiedad o de un insomnio intenso, invalidante ó que haga sufrir exageradamente al paciente...”*, *“el uso de benzodiazepinas para el tratamiento de la ansiedad “leve y pasajera” es inapropiado e inadecuado”* y por otra parte la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad Atención Primaria y la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con insomnio¹³ recomiendan siempre utilizar la dosis mínima eficaz, en monoterapia y con una duración que no sobrepase las 2-4 semanas, ambas consideran importante restringir su uso a situaciones agudas y destacan la falta de eficacia de las benzodiazepinas en estas indicaciones cuando se utilizan a largo plazo.

A pesar de dichas recomendaciones y en contraste con ellas las benzodicepinas son uno de los grupos farmacológicos más consumidos en España al igual que en la mayoría de los países occidentales. Sin embargo en muchos países europeos, como es el caso de Francia, Dinamarca, Holanda, Suecia... durante los últimos años el consumo se ha ido estabilizando e incluso disminuyendo mientras que en nuestro país, al igual que en Portugal, el consumo sigue en aumento sin que se aprecie ninguna tendencia a la estabilización.

La OMS ha propuesto una unidad técnica internacional de medida de consumo de medicamentos denominada **Dosis Diaria Definida (DDD)**. La DDD es la dosis diaria media cuando se usa un fármaco en su indicación principal el número de DDD consumidas en un área geográfica se expresa por 1.000 habitantes y por día y es la Dosis Habitante Día (DHD). Este parámetro puede proporcionar una estimación del número de pacientes tratados diariamente con un determinado fármaco y es muy útil para realizar estudios comparativos entre prescriptores o áreas pues evita la variabilidad de otras formas de medición del consumo de fármacos como puede ser el número de envases. Por ello hemos decidido utilizar esta unidad para medir la evolución del consumo en el tiempo y comparar entre profesionales y centros de salud.

Según datos del Observatorio del Uso de Medicamentos de la AEMPS¹⁵, en el año 2012 se consumieron en España cerca de 90 DHDs de benzodicepinas a cargo del Sistema Público de Salud. Esto significa que de cada 1000 habitantes, hipotéticamente 90 consumieron una dosis diaria de una benzodicepina todos los días del año. Aunque no de manera exacta, este dato nos aproxima a la prevalencia de su consumo que en este caso estaría alrededor del 9% de la población española. Además, entre el año 2000 y el 2012, el consumo global de ansiolíticos e hipnóticos se incrementó de 56,7 a 89,3 DHD, esto supone un incremento de 57,4% que fue mayor para los hipnóticos (N05C) que para los ansiolíticos (N05B).

Por otra parte, la última Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Sanidad en el año 2012 revela que el 17% de los encuestados ha tomado tranquilizantes o hipnóticos en las dos semanas previas a la entrevista existiendo una importante variabilidad según sexo y edad, observando, al igual que en otros estudios realizados en nuestro país, que la proporción de mujeres que las consumen es el doble que los hombres y se incrementa considerablemente con la edad. En el grupo de mujeres mayores de 65 años este porcentaje asciende al 36,6%.

Cerca de 3 de cada cuatro prescripciones de benzodicepinas son iniciadas por el médico de familia en el ámbito de atención primaria¹⁷ donde además se suele realizar el seguimiento y control del tratamiento. Los médicos de atención primaria se enfrentan diariamente a una gran carga de trabajo con escaso tiempo por consulta y una creciente demanda asistencial por procesos vitales estresantes que generan sufrimiento y malestar emocional a sus pacientes. La necesidad de dar alivio rápido a los síntomas del paciente favorece la medicalización. Es habitual que por cualquiera de estas demandas se indique un tratamiento con una benzodicepina y que, por diversos factores dependientes del paciente, del profesional o de la organización la medicación se mantenga tiempo suficiente para generar dependencia farmacológica. Una vez se ha instaurado la dependencia, la aparición de síntomas de abstinencia al suspender el tratamiento favorece que el tratamiento se prolongue en el tiempo, y en muchas ocasiones ésta es la única razón para mantener el consumo. Los pacientes pueden ser reacios a abandonar el tratamiento debido a la anticipación de los síntomas de



abstinencia y el médico de familia aunque conoce bien los riesgos del consumo prolongado, puede sentir falta de confianza en el manejo de la deshabitación de benzodiazepinas y preocupación por si el paciente experimenta malestar o recaída de su sintomatología al suspender el tratamiento. Estas dudas por ambas partes, pacientes y profesionales favorecen que el tratamiento se perpetúe.