

ABUSO CRECIENTE DE LAS BENZODIACEPINAS

López Cabrera, Ana (1); Rubio Ramos, Juan Carlos (2); Moreno García, Tamara (3)

INTRODUCCIÓN

El uso inapropiado y la dependencia a fármacos de prescripción conforman un problema de salud creciente en España. Las benzodiacepinas (BZD) constituyen uno de los fármacos más prescritos en la práctica médica debido a su eficacia y rápido inicio de efecto terapéutico.

El síndrome de la dependencia a BZD ha sido descrito generalmente por la presencia de síntomas de tolerancia y abstinencia. Sin embargo, el valorar la experiencia subjetiva como la presencia de la recompensa ante los efectos placenteros durante el uso de BZD, la compulsión hacia el consumo y el temor ante la posibilidad de presentar síntomas de abstinencia permite apreciar otras dimensiones de este fenómeno, que podrían facilitar la detección oportuna de la dependencia y disminuir el subdiagnóstico existente.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la realidad actual sobre la adicción que se está produciendo a estos fármacos en la sociedad y así plantear programas de prevención y ayuda.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de 20 trabajos y referencias bibliográficas de las cuales al menos la mitad son de los últimos 5 años. Las bases de datos utilizadas fueron: Scielo, Dialmet y Pubmed, con los descriptores: “adicción/addiction”, “benzodiacepinas/benzodiacepines”, “psicofármacos/psychotropic drug”, “ansiedad/anxiety” e “insomnio/insomnia”.

DESARROLLO

La farmacodependencia o simplemente dependencia es una forma especial de adicción, derivada del consumo reiterado de fármacos, de cualquier sustancia que sirva para prevenir, curar, aliviar la enfermedad o para reparar sus consecuencias. Es un trastorno conductual en el cual, como resultado de los efectos biológicos de una determinada sustancia, una persona tiene disminuido el control sobre el consumo de esta. Los psicofármacos, usados para tratar los problemas mentales, son los más susceptibles de causar farmacodependencia.

En la base de toda farmacodependencia coinciden siempre tres constantes:

- Existencia de un producto o compuesto psicoactivo, cuyos efectos son considerados merecedores de ser reexperimentados. Una sustancia es psicoactiva si altera alguna función del sistema nervioso central, si provoca cambios perceptuales en el humor, en la cognición o en la conducta.
- Instauración de un condicionamiento de tipo operante en el cual el fármaco actúa como elemento reforzador.
- Presencia de diversos estímulos que se presentan simultáneamente en la administración de las sustancias y pueden quedar asociados a ellas o a sus efectos.

Se cree que la presencia de tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia que producen estos fármacos se debe a su mecanismo de acción. El síndrome de abstinencia es similar al descrito para otras sustancias. Los síntomas más frecuentes son: insomnio, problemas gástricos, temblor, agitación, miedo y espasmos musculares. Menos frecuente se observa irritabilidad, sudoración, despersonalización, depresión, comportamiento suicida, psicosis, convulsiones en incluso síntomas similares al delirium tremens.

El riesgo de dependencia de las benzodiazepinas se asocia a los siguientes factores: consumo

pro-
en gene-
por a 3
dosis
del me-
to y uso
zodiace-
vida me-
con gran

Vida media intermedia a larga (mayor o igual 24 horas) *	Vida media breve a intermedia (menor o igual 24 horas) **	Vida media muy breve (de 2-5 horas) ***
Clordiazepóxido	Bromazepam	Alprazolam
Diazepam	Lorazepam	Trazolam
Medazepam	Tenazepam	Estazolam
Nitrazepam	Oxazepam	
Clonazepam		

por tiem-
longado,
ral, ma-
meses;
elevadas
dicamen-
de ben-
pinas de
dia corta
poder an-

siolítico. Sin embargo, puede aparecer dependencia si el medicamento ha sido usado por largos períodos de tiempo, aunque las dosis hayan sido bajas y la vida media del fármaco sea larga.

El nombre de benzodiazepinas se debe a la presencia, en su estructura química, del anillo benzodiazepínico, compuesto por un anillo de benceno unido a uno de diazepina, de 7 miembros heterocíclicos. Las diversas sustituciones en dicho anillo provocan cambios en el espectro y la potencia farmacológica con que ejercen un efecto determinado, así como en las propiedades farmacocinéticas que influyen de manera decisiva, tanto en la distribución del producto como en la duración de su efecto.

La primera BZD fue el clordiazepóxido. Después de este comenzó a comercializarse el diazepam con el nombre de valium, una versión simplificada del clordiazepóxido, seguido por otras benzodiazepinas.

Atendiendo a la farmacocinética de las benzodiazepinas, cabe destacar que se metabolizan intensamente en el hígado y al estar disminuido el efecto de primer paso hepático, se incrementa la biodisponibilidad de estos fármacos de alta extracción hepática, por lo cual aumenta su toxicidad. Se convierten en metabolitos activos, de modo que crece su tiempo de vida media y se altera la vida media biológica real de estas.

Las benzodiazepinas se caracterizan por ejercer un cuádruple efecto farmacológico: ansiolíticos, sedantes o hipnóticos, anticonvulsivos y miorrelejantes. Estos cuatro componentes del efecto aparecen en cada BDZ en una proporción distinta, lo que determina su perfil de acción.

Ansiolítico

A pesar del incrementado enfoque en el uso de antidepresivos y otros agentes en el tratamiento de la ansiedad, las benzodiazepinas permanecen como los principales ansiolíticos en farmacoterapia debido a su eficacia, inicio rápido de acciones terapéuticas y el perfil más favorables de efectos colaterales. Algunas de las usadas como ansiolíticos son: alprazolam, bromazepam, clordiazepóxido, clonazepam, clorazepate, diazepam, lorazepam, medazepam, nordazepam, oxazepam y el prazepam. Entre estas, el clonazepam tiene un perfil muy eficaz en el tratamiento de trastornos de pánico o ansiedad generalizada, además del uso tradicional como anticonvulsivo. El hecho de que sus propiedades hipnóticas, miorrelejantes y amnésicas sean relativamente más débiles que entre las otras benzodiazepinas, le confiere un perfil de efectos secundarios mejor tolerado cuando se utiliza como ansiolítico o anticonvulsivo.

Hipnóticoico

Teniendo en cuenta sus fuertes efectos sedativos, las benzodiazepinas se usan como hipnóticos y, a menudo, algunas se prescriben para el tratamiento del insomnio, debido a que modifican la arquitectura normal del sueño. La mayoría de las BDZ provocan acciones muy similares sobre el sueño, sin variaciones significativas en su eficacia, y causan una sensación de sueño profundo y reparador. En general, cabe destacar que disminuyen la latencia del sueño y el número de despertares, por lo que aumenta el tiempo total de este.

En los pacientes con insomnio de inicio reciente las BDZ de acción corta son los fármacos de elección en estos casos. En el tratamiento del insomnio a corto plazo, un agente hipnótico perfecto sería aquel que inicia su acción con rapidez a la hora de dormir, que tenga una acción sostenida para facilitar el sueño toda la noche y ninguna acción residual a la mañana siguiente. Actualmente, tiende a utilizarse en estos casos una nueva clase de drogas hipnóticas, relacionadas funcionalmente con las benzodiazepinas, que incluyen al zolpidem, la zopiclona y el zaleplón.

Sedante

Se pueden aprovechar los efectos de las BZD antes de los procedimientos quirúrgicos, especialmente en quienes se presenten con ansiedad. Por lo general, se administran 2 horas antes de la cirugía, lo cual alivia la ansiedad y al producirse amnesia ayuda a olvidar la incomodidad previa a la operación.

Anticonvulsivo

Poseen acción anticonvulsivante generalizada, son útiles frente a convulsiones provocadas por agentes tóxicos, convulsiones febriles, síndrome de abstinencia al alcohol y barbitúricos. Algunas como el diazepam son eficaces en determinados tipos de epilepsia, específicamente en las crisis de ausencias y para revertir el estado epiléptico.

Relajante muscular

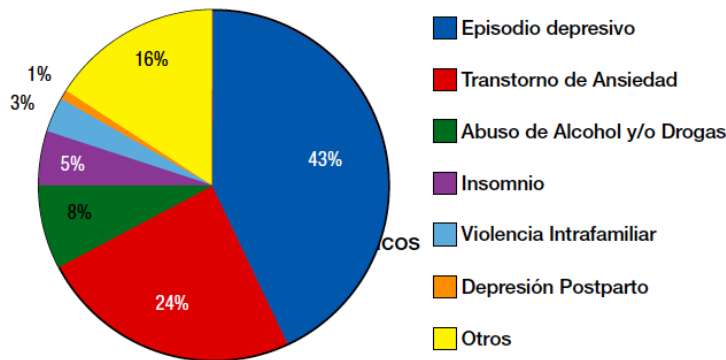
Poseen propiedades relajantes sobre los músculos, por lo que son útiles en el control de espasmos musculares como en el caso del tétanos u otros trastornos espásticos.

Los efectos indeseables que pueden aparecer con el uso o administración de benzodiazepinas incluyen: 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, reacciones paradójicas, tolerancia cruzada (alcohol). En ocasiones pueden producir conducta agresiva y hostil, o un estado inicial de nerviosismo antes de que se establezca el efecto ansiolítico o sedante. Pueden producirse reacciones de hipersensibilidad, y por vía endovenosa rápida, hipotensión y depresión respiratoria.

RESULTADOS

Se observó un mayor número de pacientes con consumo de BZD con algún trastornos depresivo (43%) o trastorno de ansiedad (24%). Otros diagnósticos fueron el trastorno abuso de alcohol y/o drogas (8%), o violencia intrafamiliar (3%).

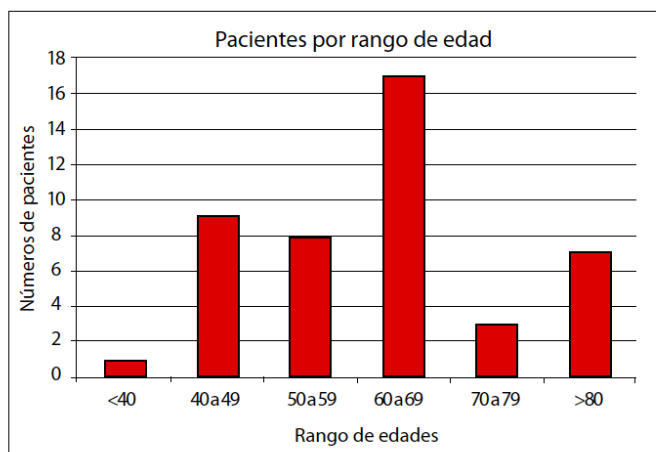
El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de frecuente, seguido del trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia específica.



ansiedad generalizada es el trastorno de frecuente, seguido del trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia específica.

Entre el 10 y el 20% de la población de los países occidentales reconoce haber consumido benzodiazepinas durante el último año, y entre el 1 y el 3% las ha consumido diariamente durante más de un año. Es común observar que las mujeres son más proclives a comunicar y a buscar atención debido a la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva que los hombres y que reciban tratamiento con BZD. De forma general, se ha descrito que la dependencia a sustancias es más frecuente en los hombres, pero que al hablar de dependencia a BZD ésta puede presentarse de forma similar en ambos sexos.

Los resultados de diferentes estudios mostraron que existe una prevalencia anual de consumo de 31,4%, una prevalencia de vida de 42.9%. La relación hombre - mujer es de 2:1. El consumo aumenta con la edad, el agente prescriptor era un médico en el 71% de los casos, un 15,2% por último un familiar. Un 66% obtenía el medicamento sin receta médica y en un 60% de los casos la indicación era indefinida.



DISCUSIÓN

Están descritas diferentes estrategias para reducir y suspender el uso prolongado de benzodiazepinas, pero no existe un consenso respecto a cual de éstas es la mejor. Se han descrito distintas terapias, desde intervenciones mínimas (como terapias grupales) donde la tasa de éxito fluctúa entre el 18 y 22% y tratamientos sistemáticos de discontinuación, definidos como, programas que consisten en terapias “paso a paso” acompañados o no de psicoterapia, liderados siempre por un médico o psicólogo. Éstas alcanzan una tasa de abandono del 24 al 62%. El uso de Terapia Cognitiva Conductual (TCC) como coadyuvante también ha sido estudiado, y se ha visto que también añadiría un efecto beneficioso al tratamiento médico, especialmente en aquellos pacientes con insomnio hasta de un 77% de efectividad.

Dentro de los métodos farmacológicos sustitutivos encontramos:

- *Cambio a benzodiazepinas de vida media larga:* Los resultados de esta revisión no avalan el cambio de una benzodiazepina de vida media corta a una de vida media larga

antes de iniciar el proceso de reducción gradual (conducta muy recomendada por muchos expertos).

- *Uso coadyuvante de carbamazepina:* La carbamazepina tiene un valor potencial como intervención efectiva para la reducción gradual de una benzodiazepina hasta la interrupción de su uso. Si bien la carbamazepina ha demostrado beneficios moderados para disminuir la gravedad de los síntomas de abstinencia.

- *Propranolol, dotiepina y buspirona:* La función del propranolol en la abstinencia a las benzodiazepinas fue incierta; mientras que el agregado de un antidepresivo tricíclico (dotiepina) disminuyó la intensidad de los síntomas de abstinencia pero no aumentó la tasa de abstinencia de benzodiazepina. La buspirona no logró suprimir los síntomas de abstinencia de la benzodiazepina.

En resumen, debido a la cercanía hacia el entorno del paciente (familia y comunidad) que tiene el médico y la psicóloga de atención primaria, es que el tratamiento de la deshabituación del consumo prolongado de benzodiazepinas debe realizarse de forma ambulatoria.

Lo ideal es evitar que estos fármacos se usen de forma prolongada, para así disminuir el riesgo de adicción, tolerancia y finalmente de dependencia. Para lograr esto, lo primordial es su uso racional: evitar la prescripción indiscriminada de las benzodiazepinas, especialmente en los médicos de atención primaria.

Es en ellos, en que la gran demanda asistencial no les permite realizar una evaluación adecuada del paciente, por lo tanto, indican prescripciones erróneas sin fundamentos avalados por la literatura. En segundo lugar, en el caso en que la indicación de benzodiazepinas sea necesaria, se debe educar al paciente respecto a la duración del tratamiento, la efectividad sólo en usos por corto tiempo y a los riesgos que conlleva el uso prolongado. Y en tercero, debe existir una fiscalización en su venta, al igual que se realiza para otra drogas ilegales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casas, M., & Roncero, C. (2016). Prevalencia administrativa del insomnio en pacientes adictos durante el consumo activo de las sustancias y características clínicas asociadas. *Actas Esp Psiquiatr*, 44(2), 64-71.
2. Rivas, M. D. P. B., Gómez, O. A., & Cardona, V. E. (2015). Estudio sobre el riesgo de abuso de benzodiazepinas en mujeres cuidadoras de pacientes incapacitados. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 15(2), 42-46.
3. Pelayo, H. L., Ribera, M. F., Cases, A. B., Ocaña, J. M. G., Oliveró, M. M. B., & Solé, A. G. (2014). Percepción de riesgo asociada a la prescripción continuada de benzodiazepinas en salud mental y atención primaria. *Adicciones*, 26(2), 184-186.
4. Vizcayno, M. J. P., & Veas, P. (2014). Uso prolongado de benzodiazepinas y estrategias para su deshabitación. *Cuadernos médico sociales*, (54), 8-18.
5. Sevillano, L. G., & Blanco, C. S. (2013). Dispensación de benzodiazepinas y análogos en farmacias comunitarias de Valladolid. *Pharmaceutical Care España*, 15(6), 255.
6. Caprara, M. P., Brogger, M. N., Argaña, D. C., Esandi, G., Caballero, M. L., & Alet, M. J. (2012). benzodiazepinas: Perspectivas sociales y responsabilidad médica.
7. Herrero, O., & Arjona, B. (2012). Mediación entre iguales y prevención del abuso de benzodiazepinas en un centro penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8(1).
8. Liaño, V. M. B., & Laso, A. F. G. (2011). Estudio sobre automedicación con benzodiazepinas en equipos de Enfermería Hospitalaria. *Nuberos Científica*, 1(4).
9. Herrera Hernández, J. M. (2011). Perfil de los usuarios de la Unidad de Atención al Drogodependiente (UAD) consumidor de benzodiazepinas. *Trabajo Social y Salud*, (69), 331-349.
10. Fresán, A., Minaya, O., Cortés-López, J. L., & Ugalde, O. (2011). Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos. *Salud mental*, 34(2), 103-109.
11. López Vantour, A., Aroche Arzuaga, A., Bestard Romero, J., & Ocaña Fontela, N. (2010). Uso y abuso de las benzodiazepinas. *Medisan*, 14(4).
12. Sobrino, A. M. F., Rodríguez, V. F., & Castro, J. L. (2009). Consumo de benzodiazepinas en una muestra de pacientes en Programa de Tratamiento con Derivados Opiáceos (PTDO). *Adicciones*, 21(2), 143-146.

13. Danza, Á., Cristiani, F., & Tamosiunas, G. (2009). Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas: Benzodiazepine-related risks. *Archivos de Medicina Interna*, 31(4), 103-108.
14. Santos, F. R. (2012). EOPs: Estrategias farmacológicas para la discontinuación del uso de benzodiazepinas.
15. Romero, F. B., Moreso, J. L. P., Gilabert, N. M., Luque, P. C., López, N. B., & Gallisa, J. B. (2008). Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Atención primaria*, 40(12), 617-621.
16. Alabau, A. C. (2007). Consumo y adicción a benzodiazepinas en usuarios de programas de metadona.
17. Sánchez Hervás, E. (2007). Estrategias psicológicas para el tratamiento del abuso y la adicción a benzodiazepinas. In *Anales de psiquiatría* (Vol. 23, No. 7, pp. 347-355). Aran Ediciones.
18. Martínez-Piquerasa, M. S. M., & Casadob, C. M. (2003). Tratamiento de la dependencia a las benzodiazepinas. *JANO*, 65(1.488), 760.
19. Ogara, C. R., Arrebola, P. S., & Coronado, J. M. (1994). Sobre el consumo de benzodiazepinas (recomendaciones para evitar los problemas de las adicciones). *Folia neuropsiquiátrica: Revista de psicología, psiquiatría y ciencias afines*, 29(1), 9-18.
20. Eva Condemarín, P., & Poser, W. (1990). Dependencia a benzodiazepinas. *Rev. psiquiatr. clín.*(Santiago de Chile), 27(1), 49-55.