

## Uso crónico y sobreindicación de Benzodiazepinas en Pacientes del Hospital Mario Mendoza, Honduras 2016

## Chronic Use and Overprescription of Benzodiazepines in Outpatients Attending Mario Mendoza Psychiatric Hospital, Honduras 2016

Alicia Paz<sup>1</sup>,  
Isabela Coello Paz<sup>2</sup>, Nohely  
Aguilar Espinoza<sup>2</sup>, Cinthia  
Martinez Nuñez<sup>2</sup>, Claudia  
Alvarado<sup>2</sup>,  
Heydi Calix Iglesias<sup>2</sup>,  
Yamivel Ramos Arteaga<sup>2</sup>,  
Sandra Almendarez<sup>2</sup> and  
Oscar Fawed Reyes<sup>3</sup>

### Resumen

**Introducción:** El uso de benzodiazepinas ha incrementado en los últimos años. Representan uno de los psicotrópicos más utilizados a nivel mundial, no solo en psiquiatría sino también en todo el campo de la medicina. Aunque son efectivas a corto plazo su uso no se recomienda a largo plazo por los efectos secundarios potenciales que incluyen somnolencia, alteración de la memoria, pueden provocar caídas con fractura de cadera y accidentes vehiculares.

**Metodología:** Estudio Descriptivo Transversal. La población en estudio estuvo conformada por 342 pacientes atendidos en la sala de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. A esta población se le realizó una encuesta respectivamente. Se utilizó el software estadístico EpiInfo versión 7.1.1.14.TM.

**Resultados:** De acuerdo a las variables sociodemográficas, los participantes mayores de 57 años ostentan la mayoría con 29.53% (101) seguido del rango de 47-56 años con un 23.10% (79). Referente al sexo el 77.19% (264) son féminas. El 52.92% (181) pertenecen al casco urbano de la ciudad capital Tegucigalpa. El restante 47.07% (161) corresponde a gran diversidad de departamentos de todo el país. Un 46.20% (158) ostentan un estado civil de soltero. De religión católica en un 54.39% (186). El grado de escolaridad predominante es Primaria Completa con un 28.65% (98). La Benzodiazepina más utilizada es el Clonazepam en un 89.1% (305) seguido del Alprazolam con un 7.89% (27). Con prolongaciones de uso de 1-5 años con un 46.20% (158) seguido de 6-10 años en menor porcentaje de 26.32% (90). Los motivos de indicación residen en su mayoría por Trastornos del sueño (INSOMNIO) con el 56.73% (194). Un 21.41% (73) presentaban al momento del levantamiento de la encuesta Criterios para Diagnostico de Dependencia a las benzodiazepinas y de estos un 26.03% (19) son pacientes mayores a los 57 años. Un 100% de los pacientes entrevistados ha recibido terapia farmacológica con Benzodiazepina.

**Conclusión:** La duración media de las prescripciones contraviene todos los estándares.

**Palabras claves:** Benzodiazepinas; Psiquiatría; Clonazepam; Trastornos del sueño y vigilia; Trastornos relacionados con sustancias

- 1 Médico Psiquiatra, jefe de gestión clínica, Hospital Mario Mendoza, Honduras
- 2 Doctor en Medicina y Cirugía General, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras
- 3 Licenciado en Enfermería en Ejercicio Profesional, Asociación Estudiantil de Enfermería Científica Universitaria, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras

### Correspondencia:

Oscar Fawed Reyes

✉ fawedreyes@gmail.com

## Abstract

**Introduction:** Use of benzodiazepines has been increased in recent years. They represent one of the most used worldwide psychotropic drugs, not just in psychiatry but also in the whole field of medicine. Although they are effective in the short-term, its use is not recommended long-term. Potential side effects include drowsiness, impaired memory, can cause falls and hip fracture, motor vehicle accidents.

**Methodology:** Transversal descriptive study. The study population consisted of 342 patients treated in the outpatient room Mario Mendoza Psychiatric Hospital. In this population was conducted a survey respectively. Statistical software was used EpiInfo version 7.1.1.14.TM.

**Results:** According to the sociodemographic variables, participants over 57 years hold most with 29.53% (101) followed by the range of 47-56 years with a 23.10% (79). Out of total patients 77.19% (264) are female. A 52.92% (181) belong to the urban area of the capital city Tegucigalpa. The remaining 47.07% (161) corresponds to a wide range of departments across the country. A 46.20% (158) hold a civil state party. Catholic religion in a 54.39% (186). The 28.65% (98) completed primary schooling the most widely used Benzodiazepine is Clonazepam in 89.1% (305) followed by Alprazolam with 7.89% (27). With extensions 1-5 years use of a 46.20% (158) followed by 6-10 years 26.32% lower percentage (90). Indicating the reasons reside mostly for sleep disorders (insomnia) with 56.73% (194). A 21.41% (73) had at the time of the survey DSM-IV Diagnostic Criteria for Dependency Benzodiazepines and of these 26.03% (19) patients age 57 years. 100% of the interviewed patients received drug therapy with benzodiazepine.

**Conclusion:** The average duration of prescriptions violates all standards.

**Keywords:** Benzodiazepines; psychiatry; Clonazepam; Sleep wake disorders; Substance-related disorders

**Fecha de recepción:** Sep 08, 2016; **Fecha de aceptación:** Sep 30, 2016; **Fecha de publicación:** Oct 04, 2016

## Introducción

Las benzodiazepinas (BZD) son fármacos depresores del sistema nervioso central con propiedades ansiolíticas, hipnóticas, relajantes musculares, anti convulsionantes, anestésicas y antipánico. Son fármacos de elección en los trastornos por ansiedad y son útiles en alteraciones del sueño [1]. La era de la psicofarmacología moderna en el manejo de la ansiedad se inicia con el descubrimiento de las benzodiazepinas por Sternbach, en 1955 [2]. Las BZD potencian el efecto del neurotransmisor GABA por lo que la neurona se vuelve menos susceptible a los estímulos activadores (menos excitable) y se produce un estado de inhibición neuronal [3].

Las benzodiazepinas se clasifican desde tres puntos de vista: por su vida media, su estructura química y sus indicaciones clínicas (**Tabla 1**) [2,4].

Las BZD sirven como; ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, anticonvulsivantes, estado epiléptico, relajantes musculares, cuidados intensivos. Medicación pre anestésica e inducción

anestésica, para tratar el alcoholismo, los síntomas agudos de abstinencia, pre eclampsia y eclampsia [4]. Estas también tienen a prescribirse con mayor preferencia en los pacientes con ansiedad [5]. Referente a los "Trastornos del Sueño" las propiedades de los hipnóticos depende de la dosis terapéutica y de la vida media del producto de tal modo que, cuanto más elevada sea la dosis y más larga vida media que posea el producto, mayor será la

**Tabla 1** Clasificación de las BZD según su semivida de eliminación plasmática.

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	-	-

Fuente: Uso y Abuso de las Benzodiazepinas, Vantour L, 2010 [4]

probabilidad de interferencia con el funcionamiento diurno [6]. La mayor parte de las BDZ provocan acciones muy similares sobre el sueño sin variaciones significativas en su eficacia [7].

Las benzodiazepinas se han relacionado con alteraciones en la adquisición de la memoria, por lo cual se relaciona su utilización con amnesia anterógrada que se evidencia en la práctica clínica. Varios estudios han puesto de manifiesto que el uso de BZD e hipnóticos se asocia con un incremento del riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer en población geriátrica [8].

Por lo anterior se genera la necesidad de evidenciar la situación actual del centro médico asistencial psiquiátrico, referente a la sobreindicación de las BZD, se tiene conocimientos acerca del alta conducta adictiva que genera el usuario de salud que hace uso de las BZD, por lo que el objetivo principal se centro directamente en "Determinar la prevalencia del uso crónico y sobre indicación de benzodiazepinas en pacientes que asisten a la consulta externa del Hospital Mario Mendoza". Y con ello generar recomendaciones que ayuden a atenuar la situación actual del derecho habiente.

## Metodología

El área de estudio del presente trabajo de investigación fue el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, ubicado en la ciudad de Tegucigalpa, en el Departamento de Francisco Morazán, Honduras. El presente estudio se cataloga como un estudio descriptivo transversal. En donde la población de estudio estuvo conformada por los pacientes que asisten a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza.

Se consolidó un grupo de 342 pacientes, los cuales 171 fueron entrevistados personalmente, y 171, sin embargo 15 entrevistas fueron descartados por sesgos potenciales por parte de los pacientes, se obtuvieron de expedientes clínicos a partir de un muestreo por conveniencia, mismo que fue tomado de un universo de 5024 atenciones del mes de Julio.

Los datos fueron recolectados en un periodo de agosto a septiembre de 2016, sin tener en cuenta el género, e incluyendo un rango de edad de 16 años a >57 años, los criterios de inclusión se definieron como: todo paciente que recibe asistencia médica con indicación de Benzodiazepina y que de manera voluntaria acceda a brindar la información.

Como criterio de exclusión se estableció aquellos pacientes menores a 16 años, pacientes internos en las instalaciones hospitalarias, misma que se calculó al 95% de confiabilidad con OpenEpi. En toda la población se procedió a la firma de un consentimiento informado previo para su participación.

Todos los participantes de la investigación están certificados por el CITIProgram de la Universidad de Miami en Ética en la Investigación de las buenas prácticas clínicas, el estudio se clasifica de riesgo mínimo, debido a que no se produjo ningún tipo de daño de la integridad física ni psicológica y se aplicó un consentimiento informado previo a la participación del estudio tanto al participante como a las autoridades correspondientes de dicho centro.

Para tabular y analizar los datos se utilizó el software

estadístico EpiInfo versión 7.1.1.14. En el cual se realizaron pruebas estadísticas de frecuencias, porcentajes y porcentajes acumulados.

## Resultados

Referente a los hallazgos de las variables sociodemográficas comenzando por los rangos de edad predominantes, lo encabeza el de 47-56 años con un 23.10% (79), el sexo de predominio es el femenino con 77.20% (264). La procedencia radica en un 52.88% (176) provenientes del casco urbano de la ciudad capital. De estado civil, el soltero ostentó un 46.20% (158) y finalmente el grados de escolaridad, primaria completa, posee el índice más alto con un 28.65% (98) (Tabla 2).

Ahora bien, la benzodiazepina más utilizada es por mucho el Clonazepam con un 89.1% (305) seguido del alprazolam con apenas un 7.89% (27). Por otro lado el uso de las BZD poseen índices de 46.20% (158) de entre uno y cinco años, seguido por el tiempo de 6-10 años con un 26.32% (90) (Tabla 3).

Los motivos por los cuales se indican las Benzodiazepinas son muy variados sin embargo se indican en su mayoría para Trastornos del sueño (insomnio) en un 56.73% (194). Y en una minoría por Estrés postraumático con apenas el 0.24% (1) (Tabla 4)

Tabla 2 Distribución Sociodemográfica de la población en estudio (N=342).

Grupo edad	Frequency	Percent	Cum. Percent
de 16 a 26	24	7,02%	7,02%
de 27 a 36	64	18,71%	25,73%
de 37 a 46	74	21,64%	47,37%
de 47 a 56	79	23,10%	70,47%
de 57 a mas	101	29,53%	100,00%
Total	342	100,00%	100,00%
<b>Sexo</b>			
No Consignado	1	0,29%	0,29%
Hombre	77	22,51%	22,8%
Mujer	264	77,20%	100,00%
Total	342	100,00%	100,00%
<b>Procedencia</b>			
Tegucigalpa	165	48,2%	48,2%
Comayagüela	16	4,68%	52,88%
Otros	161	47,07%	100,00%
<b>Estadocivil</b>			
Casado(a)	108	31,58%	31,58%
Divorciado(a)	3	0,88%	32,46%
Soltero(a)	158	46,20%	78,65%
Unión Libre	73	21,35%	100,00%
Total	342	100,00%	100,00%
<b>Escolaridad</b>			
Ninguna	31	9,06%	9,06%
Primaria Completa	98	28,65%	37,72%
Primaria Incompleta	84	24,56%	62,28%
Secundaria Completa	53	15,50%	77,78%
Secundaria Incompleta	51	14,91%	92,69%
Universidad Completa	11	3,22%	95,91%
Universidad Incompleta	14	4,09%	100,00%
Total	342	100,00%	100,00%

**Tabla 3** Distribución de la Benzodiacepina más utilizadas y el tiempo promedio de uso (N=342).

BZD más utilizada	Frequency	Percent	Cum. Percent
No consignado	3	0,87%	0,87%
Alprazolam	27	7,89%	9,06%
Clonazepam	305	89,1%	97,37%
Diazepam	1	0,29%	98,25%
Lorazepam	6	1,75%	100,00%
Total	342	100,00%	100,00%

**Tabla 4** Distribución del motivo de indicación de la Benzodiacepina (N=342).

Tiempo de uso	Frequency	Percent	Cum. Percent
<1 año	42	12,28%	12,28%
>10 años	52	15,20%	27,49%
1-5 años	158	46,20%	73,68%
6-10 años	90	26,32%	100,00%
Total	342	100,00%	100,00%
Motivo de indicación			
Ansiedad asociada a neurosis fóbica	2	0,58%	0,58%
Crisis convulsivas	7	2,05%	2,63%
Estrés postraumático	1	0,29%	2,92%
Ninguna de las anteriores	4	1,17%	4,09%
Síndrome ansioso-depresivo	98	28,65%	32,75%
Síndrome de abstinencia durante el tratamiento de adicciones	2	0,58%	33,33%
<b>Trastornos del sueño(insomnio)</b>	<b>194</b>	<b>56,73%</b>	<b>90,06%</b>
Trastornos generales de la ansiedad	34	9,94%	100,00%
Total	342	100,00%	100,00%

Se ha realizado un cruce de variable en donde se puede observar la relación entre el motivo de la indicación y la edad, en donde el trastorno del sueño se lleva el primer puesto en los pacientes mayores a 57 años en un 65.35% Col% (66/342) (Tabla 5).

En cuanto a la cantidad de tomas de acuerdo al motivo por el cual han sido indicadas las BZD, es fácil identificar que el Trastorno del sueño ostenta el primer puesto con un índice acumulado de 56.73% (194), con una frecuencia de tomas de 1 al día con un 65.42% (193), seguido del Síndrome ansioso depresivo, con un índice acumulado de 28.65% (98), con el mayor índice en tomas de dos veces por día en un 75.76% (23) (Tabla 6).

En cuanto a los diagnósticos de base más frecuentes que suman un tercio aproximadamente del total muestral tomado para el estudio, los diagnósticos son muy variados tomados del CIE-10 por lo que se ha disminuido la dispersión de los datos, entre los que se pueden mencionar el Episodio depresivo moderado F32.1, que se lleva el primer puesto con 15.2% (52), seguido de entre la Distimia F34.1 con un 6.43% (22), por otra parte el Trastorno de Ansiedad Generalizada F41.1, el Trastorno depresivo recurrente-episodio actual leve F 33.0 y Trastorno depresivo recurrente-episodio actual moderado F 33.1, comparten porcentajes de 4.68% (CumPercent 14.04) (Frec. 16). Los diagnósticos de menor frecuencia se encuentran el F41.2 (7), F33.2 (9), y el G40 (10), por mencionar algunos (Tabla 7).

## Discusión

El presente estudio constituye la primera investigación en el campo psicofarmacológico realizado en Honduras, específicamente en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Las benzodiacepinas son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en España y en la mayoría de países occidentales [9] Se utilizan de forma amplia en problemas de salud con una alta prevalencia, en especial en los trastornos de ansiedad [1].

El abuso y dependencia a BZD constituye un problema de primer orden entre los pacientes que hacen uso de ellos, especialmente en aquellos que están en tratamiento psicofarmacológico regular. La magnitud de este fenómeno no se ve reflejada en las estadísticas que se entregan periódicamente al nivel central.

En otros centros de salud, este diagnóstico ni siquiera es registrado sistemáticamente [10]. Ahora bien, las indicaciones terapéuticas farmacológicas en el centro de atención del presente estudio reflejan generalmente una problemática agravada, comenzando por la diversidad sociodemográfica a la que el centro dispensa Benzodiacepinas (BZD), en rangos de 16 años en adelante, abarcando grupos etarios considerados de riesgo como lo son adolescentes y adultos mayores, en donde un 29.53% (101/342) representan a participantes mayores de 57 años. En un estudio realizado en Chile el 73,4% tenía 65 o más años de edad [11], muy relativo tomando en cuenta la categoría que encabeza las tablas de edad. En el mismo estudio se enmarca que el 70,9% eran mujeres y el 73,0% estaba adscrito a un área urbana. En este caso en específico el 77.20% (264/342) corresponden a las féminas, cuestión que converge con otros estudios como el que se realizó en España en donde mencionan posibles causas del porcentaje de mujeres con consumo crónico de benzodiacepinas. Las posibles causas de esta importante diferencia entre mujeres y varones podrían ser la mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas en las mujeres y que éstas frecuentan más los centros de salud [12].

Existe diversidad terapéutica entre las benzodiacepinas, en algunos estudios que enmarcan las teorías, por orden de frecuencia, las benzodiacepinas o análogos más consumidos fueron: lorazepam (28,3%), lormetazepam (18,0%), alprazolam (15,7%), diazepam (13,2%), zolpidem (6,1%), bromazepam (5,6%) y clorazepatodipotásico (5,1%) [12]. Los datos sustraídos del centro hospitalario arrojan que un 89.1%(305) consumen Clonazepam, mismo que encabeza la tabla, seguido en menor porcentaje de 7.89% 27 que consumen Alprazolam.

Es importante reconocer que la situación actual no es nada buena, mucho menos prometedora a la hora de querer solucionar o proponer recomendaciones que disminuyan de manera drástica la estadística actual, un dato que puede aportar para un análisis es el de las prolongaciones de uso en un 46.20% (158) pertenecen al rango de 1-5 años, seguido de 6-10 años 26.32% (90), prolongaciones que no son recomendada por las guías internacionales de indicaciones de benzodiacepinas.

La literatura señala que las benzodiacepinas son eficaces en el tratamiento a corto plazo de los trastornos de ansiedad y el insomnio, aunque su consumo prolongado se considera, por lo

**Tabla 5** Distribución entre el motivo de la indicación en relación con la edad de los participantes.

Motivo de la indicación	Edad					Total
	16-26	27-36	37-46	47-56	57>	
Ansiedad asociada a neurosis fóbica	0	1	0	0	1	2
Col%	0,00%	1,56%	0,00%	0,00%	0,99%	0,58%
Crisis convulsivas	0	1	1	4	1	7
Col%	0,00%	1,56%	1,35%	5,06%	0,99%	2,05%
Estrés postraumático	0	0	0	1	0	1
Col%	0,00%	0,00%	0,00%	1,27%	0,00%	0,29%
Ninguna de las anteriores	0	0	1	1	2	4
Col%	0,00%	0,00%	1,35%	1,27%	1,98%	1,17%
Síndrome ansioso-depresivo	8	21	22	23	24	98
Col%	33,33%	32,81%	29,73%	29,11%	23,76%	28,65%
Síndrome de abstinencia durante el tratamiento de adicciones	0	1	1	0	0	2
Col%	0,00%	1,56%	1,35%	0,00%	0,00%	0,58%
Trastornos del sueño	12	30	46	40	66	194
Col%	50,00%	46,88%	62,16%	50,63%	65,35%	56,73%
Trastornos generales de la ansiedad	4	10	3	10	7	34
Col%	16,67%	15,63%	4,05%	12,66%	6,93%	9,94%
TOTAL	24	64	74	79	101	342
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

**Tabla 6** Motivo de la indicación en relación a la Frecuencia del uso del fármaco (N=342).

Motivo de la indicación	Frecuencia del uso del fármaco				Total
	1. Una vez al día	2. Dos veces por día	3. Tres veces por día	5. Ninguna de las anteriores	
Ansiedad asociada a neurosis fóbica	2	0	0	0	2
Col%	0,68%	0,00%	0,00%	0,00%	0,58%
Crisis convulsivas	6	1	0	0	7
Col%	2,03%	3,03%	0,00%	0,00%	2,05%
Estrés postraumático	1	0	0	0	1
Col%	0,34%	0,00%	0,00%	0,00%	0,29%
Ninguna de las anteriores	4	0	0	0	4
Col%	1,36%	0,00%	0,00%	0,00%	1,17%
Síndrome ansioso depresivo	65	25	8	0	98
Col%	22,03%	75,76%	66,67%	0,00%	28,65%
Síndrome de abstinencia durante el tratamiento de adicciones	2	0	0	0	2
Col%	0,68%	0,00%	0,00%	0,00%	0,58%
Trastornos del sueño	193	1	0	0	194
Col%	65,42%	3,03%	0,00%	0,00%	56,73%
Trastornos generales de la ansiedad	22	6	4	2	34
Col%	7,46%	18,18%	33,33%	100,00%	9,94%
TOTAL	295	33	12	2	342
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

**Tabla 7** Distribución del diagnóstico de base (N=342).

Especifique diagnóstico psiquiátrico de base	Frequency	Percent	Cum. Percent
Trastorno de Ansiedad Generalizada F41.1	16	4,68%	4,68%
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve F 33.0	16	4,68%	9,36%
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado F 33.1	16	4,68%	14,04%
Episodio depresivo moderado F32.1	52	15,2%	29,24%
Distimia F34.1	22	6,43%	35,67%
Otros diagnósticos	220	64,32%	100,00%
Total	342	100,00%	100,00%

general, inapropiado pues no está exento de riesgos. Pueden producir dependencia y se relacionan con el aumento de riesgo de accidentes de tráfico, caídas, fracturas de cadera y deterioro de la memoria. Se estima que entre un 2 y un 3% de la población las consume de forma regular. El riesgo de dependencia aumenta cuanto mayor es la duración del tratamiento (>3 meses), si las dosis consumidas han sido elevadas o si se han utilizado benzodicepinas de vida media corta (alprazolam, lorazepam, midazolam) y elevada potencia ansiolítica (alprazolam, lorazepam, etc.) [13]. Sollanelas en su estudio "Consumo crónico de benzodicepinas ancianos" señala que, la mitad de los pacientes con consumo crónico de benzodicepinas tienen una depresión probable o establecida que, en general, no ha sido tratada, también que la gran mayoría de los pacientes con insomnio. Se debe considerar poco adecuada la prescripción de benzodicepinas como tratamiento a largo plazo y, especialmente, a grupos de edad en riesgo. Hay que considerar los inhibidores de la recaptación de serotonina, sobre todo los sedativos, como la primera alternativa en los pacientes con estos problemas [14].

Tal y como anteriormente se menciona, los motivos de indicación que conlleven un consumo crónico tienen una depresión probable o establecida que en general no ha sido tratada, en la estadística de esta investigación menciona los motivos de indicación de las BZD, en primer lugar se encuentran los Trastorno del sueño (insomnio) ostenta el primer puesto con un índice acumulado de 56.73% (194), con una frecuencia de tomas de 1 al día con un 65.42% (193), seguido del Síndrome ansioso depresivo, con un índice acumulado de 28.65% (98), con el mayor índice en tomas de dos veces por día en un 75.76% (23). Lo que reafirma las investigaciones internacionales. En cuanto a las consecuencias medidas en el incremento del requerimiento de dosis con mayor tiempo de utilización, el Clonazepam aún con vida media prolongada resulta aquí claramente desventajoso con respecto al Diazepam, y al ser un fármaco de alta potencia se evidencia menos conveniente que el Lorazepam [15,16].

Es necesario promover el uso racional de los fármacos para contribuir a un sistema sanitario equitativo y eficaz, en el que la implementación farmacológica se adecue a las necesidades reales e individuales, y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas sean para toda la población [17]. La estadística local menciona que la frecuencia de uso de estos fármacos es mayor en "Una toma al día" en un 65.42% (193/342) en pacientes con trastornos del sueño.

En un estudio de la OMS (1995), la mitad de los casos de pacientes con trastornos mentales comunes (TMC) estaba tomando psicofármacos, 26% BZD y 15% antidepresivos. En el análisis bruto, la prevalencia global del consumo prolongado de benzodicepinas o análogos fue del 6,9% (IC del 95%, 6,7-7). Globalmente para los distintos grupos de edad (a mayor grupo de edad, mayor prevalencia [el 2,3 frente al 24,1 frente al siempre, excepto para el grupo de edad más joven, en el medio urbano que en el rural, contrariamente a lo que sucedía con el análisis bruto de los resultados [18,19].

Sus indicaciones principales son, el tratamiento a corto plazo de la ansiedad y el insomnio aunque, tal como recomienda la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, solo cuando

el trastorno es intenso, limita la actividad del paciente o le somete a un estrés importante [20]. La dosis que se ha de utilizar debe ser la mínima eficaz, y la duración del tratamiento lo más breve posible, sin sobrepasar las 2-4 semanas en el insomnio y las 8-12 semanas para el trastorno de ansiedad [20]. En caso de necesidad de prolongar el tratamiento es preciso evaluar periódicamente al paciente. En la misma línea, el British National Formulary, considera que el uso de BZD para el tratamiento de la ansiedad leve y pasajera es inapropiada. Las guías de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad [21], la del manejo de pacientes con insomnio [18] y la de la depresión [19] en el adulto, editadas por el Ministerio de Sanidad aconsejan, en relación con el uso de BZD: trastorno de ansiedad generalizada, las BZD producen un alivio rápido inicial de los síntomas de ansiedad, pero la evidencia sugiere que sus efectos no difieren de manera significativa de los obtenidos con placebo después de 4 a 6 semanas de tratamiento. Así pues, se recomienda su utilización a corto plazo sin sobrepasar las cuatro semanas de tratamiento cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera la respuesta del tratamiento con terapia cognitivo-conductual o fármacos antidepresivos [21]. Trastorno de angustia, si se utiliza una BZD, se recomienda también a corto plazo, cuando sea crucial por agitación o ansiedad aguda o grave, con la dosis más baja posible, teniendo que ser disminuida esta gradualmente. También se recomienda no utilizar más de 4 semanas [21]. Insomnio, se puede elegir tanto una BZD como un análogo. También limita la duración a 2 semanas con un máximo de 4 con la dosis más baja posible, y reevaluar al paciente si se requiere un uso más prolongado [21].

En la depresión, las BZD no deben utilizarse como tratamiento único. Se puede considerar utilizarlas en caso de presencia de ansiedad, insomnio y/o agitación, aunque su uso no debería prolongarse más de 2-3 semanas [22].

Las benzodicepinas (BZD) se encuentran entre los fármacos de uso más habitual en la población [23]. Su uso indiscriminado es objeto de continuas revisiones. Un 100% de los pacientes entrevistados está siendo terapéuticamente tratado con Benzodicepinas.

Para este estudio se encontraron limitantes como la confiabilidad de algunos datos, los que colocaron en riesgo la confiabilidad del estudio, sin embargo el valor muestral aun se considero representativo. Es complicado realmente saber la magnitud del problema con tan solo una muestra de un área hospitalaria, existen otros hospitales psiquiátricos en el país Honduras en donde posiblemente este suscitándose la misma problemática. Es inherente entonces colocar estos datos en medios de socialización correspondientes para que las autoridades ejecuten opciones que mengüen la situación.

## Conclusiones

Queda en evidencia que existe una alta prevalencia en el uso de la familia de las Benzodicepinas así como una sobre indicación, los usos prolongados de este tipo farmacológico indicados en su mayoría para los trastornos del sueño (insomnio) con patología de base de Episodios depresivos Moderados, en poblaciones incluso de riesgo, vale la pena generar recomendaciones que atañen

“Determinar la prevalencia del uso crónico y sobre indicación de benzodiazepinas en pacientes que asisten a la consulta externa del Hospital Mario Mendoza”. La duración media de las prescripciones contraviene todos los estándares.

## Agradecimientos

A la Directora America Chirinos y al Subdirector Mario Aguilar, Médicos Psiquiatras, mismos que pertenecen al personal

directivo del Hospital Mario Mendoza por abrir sus puertas para la obtención de la información requerida.

## Conflictos de interés

En la realización de este estudio el autor principal conforma parte de la institución en la que se realizó el mismo, sin embargo el resto del equipo es ajeno al anterior mencionado.

## Referencias

- 1 Ministerio De Salud de Chile, Servicio de Salud Metropolitano del Norte (2013) Protocolo De Uso Racional De Benzodiazepinas en la Red de Salud Mental de S.S.M. Norte. Instituto Psiquiatrico Dr. JoseHorwitz Barak, pp: 1-13.
- 2 López-Vantour A, Aroche-Arzuaga A, Bestard-Romero J, Ocaña-Fontela N (2010) Uso y abuso de las benzodiazepinas. MEDISAN 14: 555.
- 3 Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, Lizasoain I, Leza JC, Moro Ma, et al. (2005) Farmacología básica y clínica. (17ª edn), Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- 4 Vantour L, Arzuaga A, Romero J, Fontela O (2010) Uso y abuso de las benzodiazepinas.
- 5 Hernández Sánchez M, de la Parte H, Francisco J, Navarro Cremades F. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria.
- 6 Bousoño García M, Bobes García J. Terapéutica farmacológica (II). Hipnóticos y tranquilizantes. Tratado de Psiquiatría.
- 7 Fernandez García A, Gonzalez Viña A, de los Angeles Peña M (2003) Bases científicas para el uso de las benzodiazepinas. Rev Cubana Med Gen Integr 19.
- 8 Soler E, Faus MT, Burguera R, Fernández JA, Mula P (2002) Anestesiología. Farmacia Hospitalaria-Tomo II. 3era. Edición. España: Fundacion Española de Farmacia Hospitalaria, pp: 777-803.
- 9 Norman TR, Ellen SR, Burrows GD (1997) Benzodiazepines in anxietydisorders: managing therapeutics and dependence. Med J Aust 167: 490-495.
- 10 Olivera Mauricio V (2009) Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. Rev Chil Neuro Psiquiat 47: 132-137.
- 11 Romero F, Moreso J, Gilabert N, Claver P, Lopez B, et al. (2008) Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. Aten Primaria 40: 617-621.
- 12 Vedia Urgell C, Bonet Monne S, Forcada Vega C, Parellada Esquius N (2005) Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. Aten Primaria 36: 239-247.
- 13 Caldentey V, Gelabert F (2008) La deshabitacion de las benzodiazepinas, salud familiar y comunitaria. FMC 15: 40-42.
- 14 Gonzalez Solanellas M, Cabrero Sobrino P, Lancho Lancho S, Torres Sanchez A (2004) Consumo cronico de benzodiazepinas ancianos. Atencion Primaria 33: 344-350.
- 15 García del Pozo J, de Abajo Iglesias FJ, García-Pando CA, Montero Corominas D, Madurga Sanz M, et al. (2004) The use of anxiolytic and hypnoticdrugs in Spain (1995-2002). Rev Esp Salud Publica 78: 379-387.
- 16 Bejarano Romero F, Piñol Moreso JL, Mora Gilabert N, ClaverLuque P, BrullLópez N, et al. (2008) Increased benzodiazepine use in elderly women attending urban primary health care centers. Aten Primaria 40: 617-621.
- 17 Carta al editor. Consumo de Benzodiazepinas en una comuna de la regionmetropolitan de Rosario, proviancia de Santa Fe, Argentina. Aten Primaria 41: 520-527.
- 18 González Solanillas M, Cabrero Sobrino P, Lancho Lancho S, Torres Sánchez A (2004) Consumo crónico de benzodiazepinas en ancianos. Aten Primaria 33: 349.
- 19 Granados Menéndez MI, Salinero Fort MA, Palomo Ancillo M, Aliaga Gutiérrez L, García Escalonilla C, et al. Adecuación del uso de benzodiazepinas, zolpidem y zopiclona en problemas atendidos en atención primaria. Aten Primaria 38: 159-164.
- 20 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2015) Centro de información online de medicamentos de la AEMPS (CIMA).
- 21 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.o 2006/10. 6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2007 5-1.
- 22 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013 06.
- 23 Sanz-Álvarez E, Cuevas-Castresana C (2011) Uso de benzodiazepinas en Espana (1992-2006).