

¿Hacemos un uso adecuado de las benzodiazepinas? Conocimientos prácticos para atención primaria

Losada Cucco L

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

La aparición de las benzodiazepinas (BZD) para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio se consideró uno de los grandes avances en la terapia de las alteraciones psíquicas. En 1959 el clordiazepóxido y en 1963 el diazepam aparecieron como fármacos con buen perfil de seguridad y tolerancia, y superaron en eficacia y seguridad a los barbitúricos (que eran más tóxicos, con más estrecho margen terapéutico y mayor potencial de dependencia).

El consumo de BZD ha ido aumentando de forma importante. En España presentó un crecimiento de 1987 a 1995 de 88% y de 1995 a 2002 de 56%, sobre todo a expensas de unos pocos principios activos: alprazolam, lorazepam y lorazepam; sobrepasó con creces hasta duplicar en algunos casos, la prescripción de calidad¹ (considerada por el Programa de mejora de la prescripción farmacológica en Atención Primaria de 24 DDD por mil habitantes) y con grandes diferencias entre las distintas provincias (de 24 a 67 DDD por mil habitantes). Estas diferencias se explican posiblemente por los distintos criterios de prescripción, diferencias socioculturales y educativas que influyen en la demanda y la diferente prevalencia de la ansiedad o el insomnio. El elevado uso se puede explicar por la medicalización del sufrimiento humano y de los problemas sociales, así como por un escaso conocimiento de los efectos secundarios y de los riesgos de estos fármacos por parte de los médicos² y por el abordaje que se hace de los trastornos de ansiedad con las posibilidades reales en las consultas de atención primaria. Por otro lado, los tratamientos se mantienen mayor tiempo del recomendado en más del 50% de los casos, sobre todo si la prescripción ha sido realizada por la atención especializada³, y algunos

estudios demuestran que existe un deficiente control de los pacientes tratados con psicofármacos⁴.

La Encuesta Nacional de Salud de 2003, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad y Consumo⁵, revela que existe un elevado porcentaje de la población española que en las últimas 2 semanas había consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir. Predomina su uso en las mujeres, aumenta con la edad y se encuentra en altísimo porcentaje en los ancianos, en los que existe mayor riesgo de efectos adversos e interacciones, a pesar de lo cual casi uno de cada cuatro mayores de 75 años refiere consumirlos; los datos se completan con 5,78% de la población entre 16 y 34 años, 13,44% de la población entre 35 y 54 años, 17,05% de la población entre 55 y 74 años (9,79% varones, 22,77% mujeres) y 24,13% entre los mayores de 75 años (15,15% de los varones frente a 30,02% de las mujeres).

Es importante para el médico actualizar sus conocimientos sobre las BZD, ya que se trata de un grupo de fármacos que puede ser de gran utilidad, pero que presenta riesgos significativos de efectos adversos, dependencia y abuso, y tenemos la responsabilidad de conocerlas y usarlas de forma razonada.

CLASIFICACIÓN DE LAS BENZODIAZEPINAS

Existen múltiples tablas de clasificación de las BZD. La presente (*tabla 1*) pretende simplificar a efectos prácticos las más empleadas y se puede reducir aún más a las 5 ó 6 (*tabla 2*) con las que estemos más familiarizados para ser más eficaces a la hora de elegir un tratamiento.



Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE LAS BENZODIACEPINAS

		Inicio de acción	Efecto hipnótico	Metabolismo
Vida media corta (menos de 6 horas)	Bentacepam			Oxidación
	Midazolam	rápida		Oxidación
	Triazolam	rápida	Conciliación	Oxidación
Vida media intermedia (menos de 24 horas)	Alprazolam	rápida		Oxidación
	Bromacepam	lenta		Oxidación
	Flunitracepam	rápida		
	Loracepam	intermedia		Conjugación
	Lormetacepam	rápida	Despertar precoz	Conjugación
	Lorprazolam			Conjugación
	Oxacepam	lenta		Conjugación
	Temacepam			Conjugación
Vida media larga (más de 24 horas)	Diacepam	rápida		Oxidación
	Quetazolam			
	Cloracepato	rápida		Oxidación
	Fluracepam	rápida		

Tabla 2. SELECCIÓN DE BENZODIACEPINAS

Vida media intermedia	Vida media larga
ALPRAZOLAM • Inicio rápido de acción • Vida media: 12-15 horas • Potente	DIACEPAM • Inicio rápido de acción • Vida media: 20-70 horas • Ansiolítico
BROMACEPAM • Inicio lento de acción • Vida media: 12-20 horas • Ansiolítico puro	CLORAZEPATO • Inicio rápido de acción • Vida media: 30-100 horas
LORACEPAM • Inicio intermedio de acción • Vida media: 9-22 horas	

MECANISMO DE ACCIÓN

Las BZD tienen muy buena absorción por vía oral. Por vía intramuscular es menor y más variable. Aumentan la acción del ácido gamma-aminobutírico (GABA), que es el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central. Las BZD se unen al receptor del GABA, despolarizan la neurona e impiden que se vuelva a excitar (inhibición de los impulsos nerviosos). También se unen a un receptor específico de BZD que potencia la acción del GABA.

Se metabolizan en el hígado. Algunas lo hacen por

mecanismo de conjugación (disminuye poco con la edad, no produce metabolitos activos: loracepam, lormetacepam, temacepam, oxacepam) y la mayoría por oxidación (menos eficaz en ancianos, produce metabolitos activos que se pueden acumular: diacepam, bromacepam, fluracepam). La excreción se realiza sobre todo por vía renal.

EFFECTOS ADVERSOS

- Excesiva sedación, somnolencia, falta de concentración, de coordinación, ataxia, descoordinación muscular y pérdida de equilibrio, mareo, desorientación, confusión mental.
- Pueden producir *resaca* diurna tras toma nocturna, más marcada en ancianos, lo que aumenta el riesgo de caídas y fracturas.
- Aumentan el riesgo de accidentes de tráfico y accidentes en manejo de maquinaria. Diferentes estudios confirman un aumento de riesgo de sufrir un accidente en personas que consumen BZD⁶. Se ha relacionado con riesgo aún mayor cuando la BZD es de vida media larga y es utilizada como un ansiolítico, sobre todo si se consume alcohol conjuntamente. También aumentan el riesgo los hipnóticos de vida media corta, como la zopliclona. Se debe aconsejar no conducir mientras dure el

tratamiento y es fundamental insistir en abstenerse de consumir alcohol. Las caídas en ancianos se han relacionado con aumento de fracturas de cadera⁷.

- Deterioro de la memoria reciente, amnesia anterógrada (dificultad para recordar eventos recientes o aprender cosas nuevas). El loracepam es una de las que generan mayor trastorno amnésico, proporcional a la dosis; dicho trastorno es aparentemente mayor con las de vida media larga frente a las de corta⁸.

- Anestesia emotiva, embotamiento de las emociones. Puede dificultar la adaptación al duelo. Puede agravar la depresión reactiva y endógena.

- Raramente pueden tener efecto paradójico estimulante, desinhibitorio (insomnio, más ansiedad, conducta agresiva u hostil, irritación, discusiones, alucinaciones, hiperactividad y empeoramiento de las convulsiones en epilépticos).

INTOXICACIÓN AGUDA

Produce somnolencia, desorientación, relajación muscular y coma superficial sin afectar al funcionamiento cardiopulmonar. En general se considera que ingiriendo sólo BZD es casi imposible que se produzca el fallecimiento, pero en combinación con alcohol u otros depresores del sistema nervioso central (SNC) los efectos son mucho más graves y aumenta el riesgo de mortalidad.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS (TABLA 3)

- Insuficiencia respiratoria grave, EPOC grave: incremento del riesgo de depresión respiratoria; en casos leves-moderados se pueden tolerar dosis bajas.
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño.
- Insuficiencia renal grave: pueden emplearse a dosis muy bajas en insuficiencia leve-moderada, ya que el 60-80% se elimina por vía urinaria, se acumulan y aumentan los efectos adversos.
- Insuficiencia hepática grave: aumenta el riesgo de encefalopatía; pueden emplearse a dosis bajas en insuficiencia leve-moderada.
- Lactancia.

Tabla 3. CONTRAINDICACIONES

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia respiratoria grave (EPOC grave) • Síndrome de apnea del sueño • Insuficiencia renal grave • Insuficiencia hepática grave • Lactancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Miastenia gravis • Glaucoma de ángulo estrecho • Retención urinaria • Alcoholismo o toxicomanía • Gestación • Insuficiencia renal leve-moderada • Insuficiencia hepática leve-moderada • Insuficiencia respiratoria leve-moderada (EPOC leve-moderada)

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Miastenia gravis: por su efecto miorrrelajante empeoran el tono muscular y pueden llegar a desencadenar una crisis; se pueden emplear con control estricto.
- Glaucoma de ángulo estrecho: por su efecto anticolinérgico pueden aumentar la presión intraocular; uso con precaución.
- Retención urinaria: pueden desencadenar una retención aguda de orina; uso con precaución.
- Alcoholismo o toxicomanía: por su alta capacidad de producir dependencia en personalidades adictivas, en intoxicación etílica aguda aumenta la depresión del SNC.
- Gestación (especialmente en el primer trimestre).

TOLERANCIA

Uno de los problemas de las BZD es que si se emplean de forma continuada se necesitan dosis cada vez mayores para lograr el mismo efecto, sobre todo con el efecto hipnótico y anticonvulsivo; ocurre en menor medida con el efecto ansiolítico.

DEPENDENCIA

Otro de los problemas del uso continuado es la aparición de dependencia física (acostumbramiento al



fármaco para evitar los síntomas de abstinencia) y psicológica (acostumbramiento al fármaco para sentirse bien). Existe un mayor riesgo de dependencia cuanto más largo sea el tratamiento, cuanto más altas sean las dosis empleadas, con las BZD de vida media corta (triazolam) o las de alta potencia (alprazolam, loracepam). El paciente con alcoholismo, trastorno de personalidad, antecedentes de abuso de sustancias tóxicas o politoxicómano, tiene un mayor riesgo de dependencia. El riesgo es menor con las BZD de vida media larga y menor potencia (diacepam, clordiacepóxido).

Al suspender el consumo aparece un síndrome de abstinencia con insomnio, irritabilidad, palpitaciones y temblor. Con BZD de vida media corta es un cuadro intenso y breve, que aparece entre 4 y 6 horas y dura de 1 a 5 días. Con BZD de vida media larga es más suave, dura más días, aparece en la primera semana y dura 2-4 semanas.

INTERACCIONES (TABLA 4)

Aumento de la sedación porque se suman los efectos en combinación con:

- Antidepresivos sedativos (amitriptilina, mirtazapina).
- Neurolépticos (trifluoperazina).
- Anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoína, carbamacepina, ácido valproico).
- Antihistamínicos sedantes H1 (dexclorfeniramina, hidroxicina).
- Opiáceos (codeína, heroína, morfina).
- Alcohol.

Aumenta el riesgo de mortalidad por sobredosis si se combinan con estos fármacos.

Inhiben el citocromo P450 3A4 y, por tanto, otros inhibidores del mismo aumentan la biodisponibilidad y concentración de BDZ: cimetidina, digoxina, ISRS (fluoxetina, paroxetina), eritromicina, isoniacida, ketoconazol, dextropropoxifeno.

Se ha visto aumento de la concentración plasmática y, por tanto, sus efectos en combinación con omeprazol o betabloqueantes, propranolol, metoprolol (tener en cuenta la posible absorción sistémica de los

betabloqueantes oftalmológicos). Se pueden elegir BZD de metabolismo por conjugación.

Disminuyen su concentración y efectos antiácidos (si se administran conjuntamente disminuye su absorción; hay que separarlos 2 horas), barbitúricos, cafeína, carbamacepina, levodopa, teofilina y tabaco.

Los anticonceptivos producen aumento de concentración y, por tanto, de sus efectos, sobre todo de las BDZ metabolizadas por oxidación (alprazolam, clordiacepóxido, diacepam, nitracepam y triazolam) y disminuye la concentración y el efecto de las metabolizadas por conjugación (oxacepam, loracepam y temacepam), aunque se desconoce la implicación de esta interacción en la práctica y se recomienda guiarse por la clínica⁹.

Aumentan la concentración de fenitoína y digoxina (riesgo de toxicidad digitalica), levodopa (disminuye los efectos antiparkinsonianos de la levodopa) y litio.

Pueden aumentar el efecto hipotensor de los betabloqueantes, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y calcioantagonistas. Es recomendable vigilar la tensión arterial al inicio del tratamiento.

Tabla 4. INTERACCIONES

Aumenta la sedación	Antidepresivos sedativos, neurolépticos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, opiáceos, alcohol
Aumentan la concentración y efectos adversos	Cimetidina, digoxina, ISRS, eritromicina, isoniacida, ketoconazol, dextropropoxifeno, omeprazol, betabloqueantes y anticonceptivos*
Disminuyen la concentración y efectos terapéuticos	Antiácidos, barbitúricos, carbamazepina, levodopa†, cafeína y el tabaco
Aumentan la concentración de otros fármacos	Fenitoína, dioxina y litio
Potencian efecto hipotensor	Betabloqueantes, IECA y calcioantagonistas

* disminuye su concentración y el efecto de las BZD metabolizadas por conjugación
 † además disminuyen el efecto antiparkinsoniano de la levodopa
 ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
 IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

A efectos prácticos, existe una serie de pacientes que por sus características nos deben hacer detenernos a revisar los fármacos que están tomando antes de prescribir una BZD.

PACIENTES TIPO (TABLA 5)

INDICACIONES

Todas las BZD tienen cinco efectos:

- Ansiolítico: reducen la ansiedad y alivian la tensión subjetiva y los síntomas físicos (temblor, taquicardia o sudoración).
- Hipnótico: todas en mayor o menor medida, aunque algunas más que otras. Las de absorción lenta no son útiles. La vida media es la que debe orientar su uso clínico.
- Miorrelajante.
- Anticonvulsivo y amnésico (deterioro de la memoria en plazo breve, útil en preparación para cirugía).

Su indicación principal en atención primaria es el alivio de la ansiedad y el tratamiento del insomnio. Pueden aportar una importante mejora sintomática en los trastornos en los que aparece ansiedad, aunque no modifican el curso ni el pronóstico de la enfermedad de base¹⁰.

ALIVIO DE LA ANSIEDAD DE CORTA DURACIÓN

- Crisis de angustia (crisis de pánico, crisis de ansiedad).
- Reacción a estrés agudo.
- Trastorno adaptativo.

En el tratamiento de la ansiedad intensa y de corta duración es donde podemos afirmar que tienen su indicación más clara. El alprazolam, loracepam y clonacepam tienen un inicio más rápido de acción y alta potencia (también mayor riesgo de dependencia) y se pueden administrar por vía oral o sublingual (alprazolam y loracepam) sin que esté clara la ventaja de la vía sublingual sobre la oral.

TRASTORNOS CON ANSIEDAD DE LARGA DURACIÓN

- En fobias (agorafobia, fobia social, fobia específica), trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de

Tabla 5. PACIENTES TIPO

Tipo de paciente	Fármaco que puede interaccionar con BZD
<ul style="list-style-type: none"> • Mujer joven • Depresivos • Hipertensos • Fibrilación auricular • Epilépticos • Ulcerosos • Tuberculosos • Alérgicos a penicilina • Alcohólico • Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos orales • Amitriptilina, mirtazapina • Betabloqueantes • Digoxina • Fenitoína • Antiácidos • Isoniacida • Eritromicina • Alcohol • Levodopa

estrés postraumático no están indicadas las BZD, aunque se pueden usar en momentos concretos para mejorar el insomnio y los síntomas de ansiedad relacionados, siempre durante un corto periodo de tiempo y en combinación con la psicoterapia, que es el tratamiento de primera elección. La disminución de los síntomas de ansiedad por el uso de BZD puede producir la falsa creencia de mejoría y la recaída al retirarlas.

• En los trastorno de ansiedad generalizada (TAG) los fármacos de elección son los antidepresivos, aunque pueden tener su indicación las BZD en las primeras 4-6 semanas hasta que se establezca el efecto antidepresivo. Alprazolam, loracepam, bromacepam y diacepam han demostrado ser eficaces en aliviar de forma rápida los síntomas de ansiedad. Se recomiendan durante no más de 4 semanas cuando sea necesario el control rápido de los síntomas. En el trastorno de angustia o de pánico el abordaje de elección es la terapia cognitivo-conductual, y en caso de usar fármacos, los antidepresivos; pero puede estar indicada una BZD en momentos concretos, ya que reducen los ataques de pánico, la agorafobia y la ansiedad anticipatoria, con las mismas recomendaciones que para el TAG¹¹. Sin embargo, aunque se pueda controlar la sintomatología con fármacos, tengamos presente la posibilidad de abordar el problema en un espacio y tiempo adecuados: la psicoterapia sigue siendo el tratamiento más recomendado.



RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

- Realizar un diagnóstico adecuado, si bien en una crisis de ansiedad existe consenso para el uso de una BZD, en TAG o trastorno de pánico existe consenso para no usarla.
- Usar la menor dosis eficaz; en ancianos, la mitad.
- Usar la de vida media larga por menor riesgo de dependencia.
- Periodo corto, mínimo tiempo posible, no más de 4 semanas en insomnio ni 12 en ansiedad.
- No suspender bruscamente un tratamiento largo, planificar la retirada. Cuando se ha recibido un tratamiento superior a 2 semanas se debe ir retirando 25% semanal durante 4 semanas.
- Evaluar periódicamente a los pacientes que consumen de forma crónica las BZD, el riesgo de abuso, la posibilidad de retirarlas progresivamente y otras posibilidades terapéuticas.
- Realizar un registro claro de las prescripciones y las dosis y evitar el empleo “a demanda”.
- Son mejores las pautas intermitentes para evitar tolerancia y dependencia.
- Informar desde el principio de las características del tratamiento (beneficios esperables, efectos secundarios, riesgo de tolerancia y dependencia, duración prevista).
- Abordar el problema de fondo, generador de la ansiedad.
- Antes de iniciar un tratamiento es recomendable contestarse algunas preguntas (*tabla 6*).

RETIRADA DE UNA BZD

Muchos tratamientos con BZD se mantienen por inercia terapéutica. Cuando revisamos la medicación de nuestros pacientes debemos preguntarnos para qué toma una BZD y si la sigue necesitando; a veces se consumen únicamente para evitar los síntomas de abstinencia¹². Es poco frecuente que el paciente demande ayuda para abandonar el consumo de BZD, como sí ocurre por ejemplo con la dependencia del tabaco.

Tabla 6. PREGUNTAS ANTES DE INICIAR UN TRATAMIENTO CON UNA BZD

¿Existen contraindicaciones?	Evitar
¿Pueden producirse interacciones?	Vigilar
¿Conducción o manejo de maquinaria?	Advertir
¿Tiene un riesgo añadido de dependencia?	Planificar

Si consideramos que debemos retirarlas, lo primero es explorar qué piensa el paciente y explicarle para qué se usan las BZD y los riesgos del consumo a largo plazo. La comprensión y aprobación por parte del paciente de la idoneidad de retirar el fármaco es imprescindible y necesaria antes de iniciar la retirada. Debe estar motivado y conocer las posibles dificultades que se va a encontrar. Es necesario que le apoyemos y reforcemos su conducta y le ofrezcamos ideas para disminuir los síntomas que aparezcan, como lo hacemos en la deshabituación tabáquica. La tila, la valeriana, las técnicas de relajación, hacer ejercicio, buscar el apoyo familiar, pueden serle de ayuda.

Para retirar una BZD tras consumo crónico, es recomendable primero transferir a dosis equivalentes a diacepam de 5 mg (*tabla 7*) y luego reducir cada 2 semanas 2 mg-2,5 mg (o más lentamente si fuera necesario). Si aparecen síntomas de abstinencia, hay que mantener esta dosis hasta que desaparezcan (se pueden necesitar 4 semanas a 1 año).

Antes de prescribir una BZD es importante plantearse el impacto a largo plazo que va a tener en la vida del paciente. La retirada puede ser más fácil si desde el primer momento se informa de los riesgos de tolerancia y dependencia y de la necesidad de un tratamiento limitado en el tiempo.

Tabla 7. DOSIS EQUIVALENTES A 5MG DE DIACEPAM

Loprazolam: 0,5–1 mg	Clordiazepóxido: 10-15 mg
Loracepam: 0,5–1 mg	Lormetacepam: 0,5–1 mg
Alprazolam: 0,5 mg	Oxacepam: 15 mg
Bromacepam: 2 mg	Clonacepam: 0,25-0,5 mg

BZD EN PACIENTES CON CARACTERÍSTICAS ESPECIALES

En ancianos aumenta el riesgo de efectos adversos por alteraciones farmacodinámicas del receptor y farmacocinéticas en la eliminación. Pueden producir confusión, ataxia y deterioro cognitivo. El riesgo es mayor con las de vida media larga, aunque se ha relacionado más estrechamente con la dosis que con la vida media. Estos pacientes tienen disminuido su metabolismo, los efectos duran más y se acumulan metabolitos activos; los efectos son más intensos que en adulto. Se aconseja iniciar con la mitad de dosis que en el adulto y por corto plazo de tiempo y emplear las que no tienen metabolitos activos y se metabolizan por conjugación hepática (oxacepam, loracepam, temacepam). Su consumo se ha relacionado con traumatismos y caídas en mayores de 65 años por la excesiva somnolencia: en un estudio realizado en Finlandia¹³ la mitad de los pacientes ingresados por fractura de cadera tomaba BZD. Si se presentan otros riesgos, merece la pena valorar la introducción de BZD: mayores de 80 años, antecedentes de caídas, problemas visuales, deterioro cognitivo, toma de otros psicofármacos e incontinencia urinaria. No se deben prescribir a demanda del paciente o familiares y hay que tener claro que no existe causa orgánica para la sintomatología.

En pacientes demenciados o cuadros confusionales es más recomendable el uso de neurolépticos, como haloperidol o risperidona.

Riesgo de encefalopatía en caso de insuficiencia hepática. Están contraindicadas en hepatopatía grave; en hepatopatía leve o moderada, se deben utilizar dosis bajas y las que se metabolizan por conjugación (loracepam).

Están contraindicadas en insuficiencia renal grave por la disminución de excreción y el riesgo de mayor depresión central; en leve o moderada, hay que empezar con dosis bajas e ir incrementando con gran precaución. Parece que loracepam y oxacepam pueden ser las más indicadas.

La disnea es una sensación muy subjetiva y las limitaciones del paciente con EPOC se han visto asociadas a alteraciones del ánimo; en algunos casos conviene valorar tratamiento con ISRS, pero si sólo se necesita ansiolítico, es recomendable la bupiriona (con la limitación del

inicio de acción a las 4 semanas). El bromacepam es ampliamente utilizado por su acción predominantemente ansiolítica y mínima sedación y, por tanto, menor riesgo de depresión respiratoria; otra opción son las BZD de vida media corta, como alprazolam, y es importante evitar las que tienen mayor potencial depresor, como triazolam o midazolam.

Atraviesan la barrera placentaria. En el final del embarazo pueden producir hipotonía, sedación, depresión respiratoria e incapacidad para succión, y tras 2 semanas, síntomas de abstinencia con irritabilidad y llanto estridente.

El potencial teratogénico es bajo, pero existe riesgo de aparición de malformaciones. Su consumo se ha relacionado con hendidura o fisura palatina, labio leporino, defectos cardíacos, hernia inguinal, estenosis pilórica y malformaciones urogenitales, aunque diferentes estudios han aportado diferentes grados de asociación. Pueden causar retraso del crecimiento y del desarrollo cerebral y favorecer propensión a déficit de atención. Clasificado por FDA como D: riesgo fetal demostrado en humanos. En ciertos casos el beneficio puede justificar su uso. Loracepam parece el más seguro, junto con diacepam, que es con el que se tiene mayor experiencia y presenta menor síndrome de abstinencia. Hay que utilizar dosis bajas y/o fraccionadas.

Se excretan por la leche materna. Pueden producir somnolencia en el lactante y pérdida de peso. Se recomienda evitar su uso o suspender la lactancia.

También se recomienda evitar su uso en niños. En algunos trastornos de ansiedad clorazepato o diacepam a dosis pediátricas pueden estar indicados, junto con psicoterapia y seguimiento por psiquiatra infantil.

Los posibles efectos anticolinérgicos pueden aumentar la presión intraocular y agravar el glaucoma de ángulo estrecho, sobre todo en pacientes no diagnosticados ni tratados. Son pacientes de riesgo los que presentan antecedentes familiares directos, miopía (el glaucoma más frecuente es el de ángulo abierto, en el de ángulo estrecho hay predisposición anatómica: ojo pequeño hipermetrope), diabetes y son mayores de 45 años. Las BZD pueden precipitar el ataque de glaucoma en pacientes predispuestos. En general el glaucoma se considera una contraindicación, pero puede ser relativa si son usadas con precaución.



¿CUÁNDO ESTÁ INDICADO EL TRATAMIENTO PROLONGADO CON BZD?

Sin duda, muchos responderemos que nunca más de 12 semanas, pero sabiendo que una proporción importante de nuestros pacientes con trastornos de ansiedad llevan meses o años consumiéndolas y seguramente no nos planteamos retirárselas.

¿Debería el buen médico ajustarse a las recomendaciones de tratamientos cortos y evitar a toda costa su uso en ancianos por ser considerados fármacos de alto riesgo? Lo real es que muchos trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, de pánico) tienden a ser crónicos y estos pacientes tienen mayor riesgo de depresión, de abuso de sustancias tóxicas y de suicidio (el porcentaje de suicidios en pacientes con trastorno de pánico no tratado se asemeja al de la depresión no tratada, en torno al 15%). Son pacientes que recurren frecuentemente al sistema sanitario y a los servicios de urgencias, y con las BZD podemos lograr un mejor

funcionamiento y mayor calidad de vida.

Asumiendo que en la práctica tenemos muchos tratamientos prolongados, debemos realizar un seguimiento periódico. Es aconsejable justificar el uso de una BZD y registrarlo en la historia, advertir al paciente de los posibles efectos adversos y revisar interacciones, abuso, tolerancia y síndrome de retirada. Una mala planificación de la retirada, con aparición de síntomas intensos, puede favorecer la dependencia.

En ocasiones sabemos que algunos pacientes pueden tener mayor riesgo de dependencia crónica. Personas pertenecientes a grupos vulnerables, con alto nivel de conflictos y baja capacidad de resolución, con pobre apoyo familiar o pobre red social, baja tolerancia a la frustración, rasgos obsesivos, distimia, somatización; son personas que, posiblemente, emplean las BZD para evitar afrontar el problema generador de ansiedad. En estos casos el inicio de un tratamiento con BZD debe ser evaluado con precaución y debemos cuestionarnos su idoneidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. García del Pozo J, de Abajo F, Carvajal A. Utilización de hipnóticos y ansiolíticos en España (1995-2002). *Rev Española de Salud Pública* 2004;78:379-87.
2. De las Cuevas C, Sanz EJ. Controversial issues associated with the prescription of benzodiazepines by general practitioners and psychiatrists. *Med Sci Monit* 2004;10:CR288-93.
3. Vedia C, Bonet S, Forcada C, Parellada N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten primaria* 2005;36: 236-47.
4. López-Peig C, Serrano-Fuentes RM, Valverde-Trillo A, Casabella-Abril B, Mundet-Tudurí X. ¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicotrópicos en atención primaria? *Aten Primaria* 2006;37.
5. Encuesta Nacional de Salud. 2003. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www2.ine.es/jaxi/tabla.do>
6. Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, MacDonald TM. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998;352:1331-6.
7. Herings RMC, Stricker BHC, de Boer A, et al: Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures: Dosage more important than elimination half-life. *Arch Intern Med* 1995;155:1801-7.
8. Iruarrizaga I, Ferrer, A, Pellejero M, Pérez M.A y Camuñas, N. Psicobiología, neuropsicología y desórdenes emocionales.

- Problemas de memoria en la vida cotidiana en pacientes en tratamiento con benzodiazepinas. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 58-CI-A: [27 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatría.com/congreso/mesas/mesa58/conferencias/58_ci_a.htm
9. Villas-Pérez E, Mabry S, Calvo D, Gracia P, BelM, Barrera A, Marco JC. Anticonceptivos en psiquiatría. *Interpsiquis -1*; (2008)
 10. González S, Peleteiro L, Carrasco JL. Uso clínico de los fármacos ansiolíticos e hipnóticos. En: Vázquez-Barquero JL (ed). *Psiquiatría en Atención Primaria*. 2ª ed. Madrid: Aula Médica, 2007;651-68.
 11. Vicens C, Fiol F. Utilización y deshabitación de benzodiazepinas. *Revista El Médico*, sección "formación acreditada", mayo 2006/07.
 12. García FJ, Díaz del Campo P, Casquero R, Suárez V, García A, Pozo MC et al. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias. Agencia Laín Entralgo, Diciembre 2007.
 13. Nurmi-Lüthje I, Kaukonen JP, Lüthje P, Naboulsi H, Tanninen S, Kataja M, et al. Use of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs among 223 patients with an acute hip fracture in Finland: Comparison of benzodiazepine findings in medical records and laboratory assays. *Drugs Aging* 2006;23:27-37.