



Original

**Consumo de benzodiacepinas en adultos atendidos en el Centro
de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y
Salud.2017**

**Consumption of Benzodiazepines in Adults Treated at the
Center for Research on Longevity, Aging and Health.2017**

Yamila Corp Quijano ¹	https://orcid.org/0000-0002-8581-9335
Raquel Pérez Díaz ¹	https://orcid.org/0000-0002-3831-6049
Juan Rolando Torres Ruíz ¹	https://orcid.org/0000-0002-9480-0943
Virginia Ranero Aparicio ¹	https://orcid.org/0000-0002-9786-9487
Magdalena González Hidalgo ¹	https://orcid.org/0000-0003-1207-0586

¹Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).

RESUMEN

Introducción: El uso de benzodiacepinas es frecuente en los ancianos, aunque su empleo abusivo puede provocar efectos adversos objeto de atención.

Objetivo: Caracterizar el consumo de benzodiacepina en adultos mayores atendidos en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud en el primer cuatrimestre de 2017.

Método: Estudio descriptivo, transversal, en ancianos comunitarios que consumieron benzodiacepinas, atendidos en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud durante el primer cuatrimestre de 2017 y que cumplieron los criterios de inclusión. Se tuvieron en consideración las variables: sexo, edad, escolaridad, antecedentes patológicos personales, tipos de benzodiacepinas, características del consumo, efectos secundarios y dependencia. Se aplicó: entrevista semiestructurada y se revisaron las historias clínicas. Se empleó la estadística descriptiva, prueba de X^2 y estadígrafo de Fisher para $p \geq 0,05$. Se cumplieron los principios éticos exigidos en las convenciones internacionales.

Resultados: La edad promedio osciló entre 70-79 años, predominó el sexo femenino, alto nivel de escolaridad y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Se detectó consumo de benzodiacepinas de vida larga, 1 tableta diaria durante 3 años o más, con y sin prescripción médica. La pérdida del equilibrio fue la reacción adversa más señalada en ambos sexos. Se encontraron diferencias clínicamente significativas para la sedación con predominio de las mujeres, así también en la dependencia y el tiempo de consumo.

Conclusiones: Se pudo caracterizar el consumo de benzodiacepinas. En general, los ancianos que tuvieron 3 años o más de consumo presentaron dependencia al medicamento. Se ofrecen recomendaciones finales.

Palabras clave: benzodiacepina; adulto mayor; anciano.

ABSTRACT

Introduction: The use of benzodiazepines is frequent in the elderly, although their abusive use can lead to adverse effects that are object of attention.

Objective: Characterize the benzodiazepine consumption and, in particular, to identify the sociodemographic characteristics, personal pathological antecedents; describe the type of benzodiazepine, characteristics of consumption dependence; determine the presence of side effects associated with consumption according to the sexes, and identify if the characteristics of consumption are related to dependence.

Method: Descriptive, cross-sectional study in community elders, who consumed benzodiazepines, attended at CITED in 2017, who met the inclusion criteria: 60 years old or more, volunteers. It was taken into consideration: sex, age, education, personal

pathological history, types of benzodiazepines, characteristics of consumption, side effects and dependence. A semi-structured interview was applied and clinical histories were reviewed. Descriptive statistics, X^2 test and Fisher's statistic were used for $p \geq 0.05$. The ethical principles were met.

Results: Predominated: female sex, 70-79 years old, high level of schooling, presence of chronic noncommunicable diseases, long-lived benzodiazepine use, 1 tablet, once a day, for 3 years or more, with and without medical prescription. The loss of balance was the most marked adverse reaction in both sexes. Clinically significant differences were found for sedation with predominance of women, as well as in terms of dependence and time of consumption, in general (the elderly who had 3 years or more of consumption were dependent on the drug).

Conclusions: The benzodiazepine consumption could be characterized. Final recommendations are offered.

Keywords: benzodiazepine; older adult; elderly.

INTRODUCCIÓN

Los ancianos son un grupo de población en aumento. Cuba muestra un índice de envejecimiento de un 19,8 % (hombres 18,2 % y mujeres 20,5 %) y una esperanza de vida al nacer de 78,45 años (para los hombres 76,5 años y para las mujeres 80,45).⁽¹⁾ En el 2015 habrá más adultos mayores en el país que población infantil, y en el 2025, uno de cuatro cubanos habrá entrado la tercera edad.⁽²⁾

Con el incremento de la edad aumentan las enfermedades crónicas no transmisibles y el consumo de fármacos. Los cambios fisiológicos y metabólicos que se producen en los mayores, junto a la polimedicación, pueden aumentar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y los resultados negativos de la medicación (RNM).⁽³⁾

La prescripción de psicofármacos en la población anciana constituye una práctica clínica habitual, dado que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en este estrato de la población llega a representar entre 10-25 %. El aumento de la esperanza de vida ha supuesto que los adultos con trastornos psiquiátricos lleguen a la tercera edad padeciendo aún su trastorno, o bien que sea en este momento cuando se produce la primera manifestación de alteración mental. De hecho, algunos trastornos psiquiátricos son propios de esta etapa de la vida, como la demencia, y otros son de alta prevalencia, tales como: los cuadros confusionales o *delirium*, la depresión, los trastornos adaptativos, los trastornos de ansiedad, incluso, aunque parezca algo sorprendente, consumo de sustancias como el alcohol o abuso de benzodiacepinas.⁽⁴⁾

Las benzodiacepinas (BDZ) son uno de los grupos de fármacos más prescritos en la práctica médica general. Actualmente se estima que un 10 % de la población general de países desarrollados las consumen. Estos son fármacos muy utilizados en psiquiatría, sobre todo por su efecto ansiolítico e hipnótico. Si bien son fármacos con buen perfil de seguridad, tienen efectos adversos, principalmente en su uso a largo plazo.⁽⁵⁾

Las BDZ surgieron en la década de los sesenta como medicamentos más eficaces y con mejor perfil de seguridad que sus antecesores, los barbitúricos.⁽⁶⁾ Son los mejores fármacos hipnótico-sedantes de que disponemos, su acción es rápida y eficaz, son bien toleradas y su coste es bajo.⁽⁷⁾ Sin embargo, datos a nivel mundial indican un elevado consumo de BDZ y sugieren que no se están utilizando de forma racional. La percepción de seguridad de su uso ha llevado, posiblemente, a un abuso de estos medicamentos, lo que amerita una reflexión a propósito de su lugar en la medicina actual.⁽⁶⁾

Teniendo en cuenta los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos en esta edad del desarrollo y las consecuencias que el empleo inadecuado de BDZ tiene en el adulto mayor, se realizó la presente investigación para favorecer un uso racional de medicamentos sobre la base de un conocimiento científicamente argumentado, que posibilite su prevención e intervención oportunos en un futuro inmediato.

El objetivo general del estudio fue: caracterizar el consumo de benzodiacepina en adultos mayores procedentes de la comunidad atendidos durante el primer cuatrimestre de 2017 en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. El universo estuvo constituido por todos los adultos mayores procedentes de la comunidad que consumieron benzodiacepinas, atendidos durante el primer cuatrimestre de 2017 en el CITED. La muestra quedó constituida por 56 pacientes, adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión: 60 años o más, que consumían benzodiacepinas, asociadas o no a otros medicamentos, y que desearon participar en el estudio. Se excluyeron aquellos que tenían demencia, enfermedades somáticas que le incapacitaban para participar en la investigación, si no disponían de un familiar o cuidador que facilitara la colaboración, y aquellos que habían sido atendidos con anterioridad. A aquellos pacientes que cumplían los criterios de inclusión y estaban dispuestos a participar en el estudio, se les solicitó, por escrito, el consentimiento informado.

La información se recogió a través de una entrevista semiestructurada, confeccionada para estos fines y sometida, previamente, a criterio de expertos, la cual se aplicó al paciente o al cuidador (en el caso de que el paciente no pudiera responder por la presencia de enfermedades somáticas) en la consulta externa de clasificación o en el momento del ingreso en el CITED ([Anexo 1](#)). También se obtuvo el nivel de funcionamiento cognitivo global del

paciente a través de la revisión de la historia clínica, en la cual queda reportada la puntuación del test Minimental, informada por los psicólogos del centro. Así también, de historias clínicas de los pacientes se tomaron datos del estado cognitivo y la valoración funcional.

Los datos obtenidos se procesaron a partir de una base de datos en Microsoft Excel. Se realizaron análisis estadísticos, y en algunos casos se empleó la prueba de Chi Cuadrado o la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS

En torno a las características sociodemográficas de la muestra, predominó el sexo femenino para un 78,6 % y las edades comprendidas en el rango 70-79 años (51,8 %). La media estadística fue de 76 años, con una desviación estándar de 6,5. El nivel de escolaridad que predominó fue el preuniversitario, seguido del universitario y secundario. Observándose que solamente el 16,1 % es de nivel primario. ([Tabla 1](#))

Tabla 1. Distribución de pacientes que consumen benzodiacepina, según características demográficas

Características demográficas	No.	%
Edad		
60-69	8	14,3
70-79	29	51,8
80 y más	19	33,9
Media (DE)	76 (6,5)	
Sexo		
Masculino	12	21,4
Femenino	44	78,6
Nivel de escolaridad		
Primaria	9	16,1
Secundaria	12	21,4
Preuniversitario	16	28,6
Técnico medio	6	10,7
Universitario	13	23,2

En relación a los antecedentes patológicos personales de los pacientes que consumieron benzodiacepinas, predominaron: la hipertensión arterial (83,9 %), seguida de la cardiopatía (44,6 %) y la diabetes mellitus (39,3 %). Los trastornos mentales se presentaron en un 55,4 %, y, dentro de estos, el trastorno depresivo fue el más frecuente (61,3 %).

El 76,8 % de los sujetos estudiados presentó un nivel de funcionamiento cognitivo global normal, mientras que el 23,2 % tuvo un puntaje de 23 o menos, lo que se traduce como deterioro cognitivo. ([Tabla 2](#)).

Tabla 2. Distribución de pacientes que consumen BDZ, según antecedentes patológicos personales

Antecedentes patológicos personales	No.	%
Hipertensión Arterial	47	83,9
Diabetes Mellitus	22	39,3
Cardiopatía	25	44,6
Enfermedad del Tiroides	6	10,7
Trastornos mentales	31	55,4
Otras	31	55,4
Nivel cognitivo global		
Nivel cognitivo global patológico	13	23,2
Nivel cognitivo global normal	43	76,8

Fuente: Historias clínicas

La mayoría de los pacientes consumieron BDZ de vida larga, lo que fue referido por el 76,8 %. ([Tabla 3](#)).

Tabla 3. Distribución de pacientes consumidores, según tipo de BDZ

Tipo de benzodiazepina	No.	%
Benzodiazepina vida media	13	23,2
Benzodiazepina vida larga	43	76,8
Total	56	100

Las BDZ más frecuentes fueron: el clordiazepóxido (69,6 %), seguido del diazepam y el alprazolam, 25 % en ambos casos. ([Tabla 4](#)).

Tabla 4. Distribución de pacientes según benzodiazepina utilizada

Benzodiazepina utilizada	No.	%
Alprazolam	14	25
Clonazepam	5	8,9
Clordiazepóxido	39	69,6
Nitrazepan	10	17,9
Diazepam	14	25

La mitad de los ancianos fueron dependientes a las BDZ. En torno a la relación entre la dependencia de benzodiazepinas y el sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

De manera general, los pacientes mayormente refirieron: un tiempo de consumo de 3 años o más, con frecuencia de una tableta diaria. En cuanto a la prescripción, los valores obtenidos tienen similitud. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los sexos ($p < 0,05$) relacionados con frecuencia y cantidad (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes según el sexo y características del consumo

Variables	Sexo femenino (n = 44)		Sexo masculino (n = 12)		Total (n = 56)	
	No.	%*	No.	%*	No.	%*
Dependencia a las benzodiazepinas						
Sí	23	52,3	5	41,7	28	50,0
No	21	47,7	7	58,3	28	50,0
Valor de p	0,745***					
Tiempo de consumo						
Menos de 6 meses	5	11,4	2	16,7	7	12,5
De 7 meses a 1 año	4	9,1	1	8,3	5	8,9
De 1 a 2 años	8	18,2	1	8,3	9	16,1
3 años y más	27	61,4	8	66,7	35	62,5
Valor de p	0,901**					
Frecuencia de consumo						
1 vez al día	29	65,9	9	75,0	38	67,9
2 veces al día	12	27,3	3	25,0	15	26,8
3 veces o más	3	6,8	0	0	3	5,4
Valor de p	1,000**					
Cantidad de consumo						
1 tableta al día	32	72,7	8	66,7	40	71,4
2 tabletas al día	10	22,7	4	33,3	14	25
3 tabletas o más	2	4,5	0	0	2	3,6
Valor de p	0,684**					
Prescripción médica						
Sí	25	56,8	4	33,3	29	51,8
No	19	43,2	8	66,7	27	48,2
Valor de p	0,264***					

*Porcentaje calculado sobre el n por columna **Prueba exacta de Fisher

***Prueba Chi cuadrado con corrección

Por otra parte, tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas para los sexos ($p < 0,05$) en torno a los efectos adversos asociados al consumo de BDZ. Ambos sexos, en más de un 50 %, refirieron no tener somnolencia, ni cefaleas y sí pérdida del equilibrio (67,9 %) ([Tabla 6](#))

Tabla 6. Distribución de pacientes según el sexo y efectos adversos asociados al consumo de BDZ

Efecto adversos asociados	Sexo femenino (n= 44)		Sexo masculino (n = 12)		Total (n = 56)	
	No.	%*	No.	%*	No.	%*
Sedación						
Sí	25	56,8	5	41,7	30	53,6
No	19	43,2	7	58,3	26	46,4
Valor de p	0,544**					
Somnolencia						
Sí	17	38,6	5	41,7	22	39,3
No	27	61,4	7	58,3	34	60,7
Valor de p	1,000***					
Pérdida de equilibrio						
Sí	29	65,9	9	75,0	38	67,9
No	15	34,1	3	25,0	18	32,1
Valor de p	0,732***					
Cefalea						
Sí	6	13,6	2	16,7	8	14,3
No	38	86,4	10	83,3	48	85,7
Valor de p	1,000***					

*Porcentaje calculado sobre n por columna **Prueba de Chi cuadrado con corrección

***Prueba exacta de Fisher

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en torno a la dependencia y el tiempo de consumo, de manera que aquellos que tuvieron tres años o más consideraron tener alguna dependencia ([Tabla 7](#)).

Tabla 7. Distribución de pacientes según variables relacionadas con las características del consumo y dependencia

Variables	Dependencia a las benzodiacepinas			
	Sí		No	
	No.	%*	No.	%*
Tipo de benzodiacepinas				
Benzodiacepina de vida media (n = 13)	4	30,8	9	69,2
Benzodiacepina de vida larga (n = 43)	24	55,8	19	44,2
Valor de p	0,205**			
Tiempo de consumo				
Menos de 6 meses (n=7)	0	0	7	100
De 7 meses a 11 meses y 29 días (n = 5)	0	0	5	100
De 1 a 2 años (n = 9)	3	33,3	6	66,7
3 años y más (n = 35)	25	71,4	10	28,6
Valor de p	0,000***			
Cantidad de consumo				
1 tableta al día (n = 40)	17	42,5	23	57,5
2 tabletas al día (n = 14)	9	64,3	5	35,7
3 tabletas o más (n = 2)	2	100	0	0
Valor de p	0,168***			

*Porcentaje calculado sobre n por columna; **Prueba Chi cuadrado con corrección por continuidad;

***Prueba exacta de Fisher

DISCUSIÓN

La presencia de un predominio del sexo femenino y de una esperanza mayor en este, ha sido reportada en las estadísticas demográficas en Cuba. En las edades más avanzadas el aumento de la esperanza de vida se hace más significativo; asimismo, existe también en ese periodo una mayor utilización de los servicios de salud por las mujeres que por los hombres. A su vez, en varias investigaciones se ha descrito que las féminas hacen mayor empleo de benzodiacepinas, con frecuencias que oscilan desde 61,3 % hasta 92,3 %.^(8,9,10,11)

Alvarenga y otros, atendiendo a las variables edad, estado civil, nivel de escolaridad e ingresos monetarios, concluyeron que el género femenino era la única variante que se asociaba en forma independiente al consumo de benzodiacepinas.⁽⁹⁾

En la provincia de Holguín, Cuba, algunos estudios arrojaron que, con respecto a la edad, se observaba un predominio de personas entre 60-74 años, representando casi el 77 % del total de la muestra estudiada.^(12,13) En este estudio se observó la prevalencia de un alto nivel de escolaridad, lo cual está en correspondencia con el nivel alcanzado por la población cubana.

Si se tiene en consideración que durante el envejecimiento aumentan las enfermedades crónicas o pueden aparecer las primeras manifestaciones de trastornos mentales, la presencia de enfermedades crónicas es, entonces, un resultado esperado.

En Cuba se eleva el reporte de la prevalencia por la dispensarización para la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.⁽¹⁾ Estos resultados obtenidos se han encontrado también en otros países. Así, en un estudio realizado en Perú se reportó la presencia de predominio de enfermedades cardiovasculares, de ellas, la hipertensión y la cardiopatía isquémica fueron las más frecuentes. Los hipertensos representaron un 51 % de la población, con una mayor prevalencia en los hombres (70 %).⁽¹⁴⁾

A pesar de que está bien documentado que el consumo de BZD en adultos mayores, existe aún poca literatura referente a la disfunción y deterioro cognitivo y aumento del riesgo de demencia durante el envejecimiento.

La mayoría de los pacientes consumen benzodiazepinas de vida larga, lo que puede estar relacionado con la distribución y comercialización de este tipo de fármaco en nuestro país. Ningún paciente consumió benzodiazepinas de vida corta. No se encontraron diferencias significativas para los sexos, lo que coincide con el estudio realizado en la comunidad de Valencia, en España, que mostró que entre 14 y 25% de los ancianos en tratamiento consumían benzodiazepina de vida media larga.⁽¹⁵⁾

Los pacientes hacen más uso del clordiazepóxido que del resto de las benzodiazepinas, aspecto que pudiera estar relacionado con una mayor disponibilidad en la red farmacéutica, en Cuba, de este psicofármaco y, por tanto, uno de mayor consumo en la población.

En torno a características del consumo y el género, se detectó que en relación con el tiempo de consumo ambos sexos refirieron haber ingerido benzodiazepinas de 3 años o más. Sin embargo, clínicamente se aprecia cierta tendencia diferente según el género, pues un número de mujeres refirió además de 3 años o más de consumo, tomar medicamentos de 1 a 2 años, en tanto un conjunto de hombres refirieron menos de 6 meses junto a 3 años o más. Por lo que se puede entender que las mujeres de la muestra llevaban un tiempo ligeramente mayor consumiendo medicamentos.

Igual situación se encuentra para el consumo o no de los medicamentos según presencia o no de prescripción médica, donde no se encuentran diferencias estadísticamente significativas pero sí clínicas. De este modo, un 56,8 % de las mujeres consumen benzodiazepinas bajo prescripción médica, frente a un 66,7 % de los hombres que refirieron consumirlas sin prescripción del facultativo. El hecho de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas pudiera deberse al tamaño de la muestra. Estos resultados pudieran estar relacionados con la falta de un seguimiento adecuado, que provoca en la mayoría de los casos

que los tratamientos con benzodiazepinas se prolonguen más allá del tiempo prudencial y que la medicación no tenga el resultado esperado.

Varias investigaciones foráneas revelan una mayor frecuencia del consumo de las benzodiazepinas en el sexo femenino.^(13,16,17) Estudios realizados en Cuba también coinciden con el presente trabajo, pues destacan el sexo femenino predominante entre los consumidores de benzodiazepina de vida larga en esta etapa de la vida.⁽¹²⁾

En relación a la dependencia a las benzodiazepinas la mitad de los ancianos fueron dependientes y la otra mitad no. Consideramos que estos resultados pudieran deberse a que la mitad de estos pacientes se han mantenido consumiendo benzodiazepina de vida larga por más de dos años y pudieran haber desarrollado una tolerancia al fármaco, por lo que se les dificulta dejar de consumirlo, al mantener el tratamiento prolongado más allá del tiempo prudencial provocan que no sea efectiva la medicación.

En cuanto a los efectos adversos asociados al consumo de benzodiazepinas los resultados fueron esperados, teniendo en cuenta las características de los pacientes estudiados, que producto de los cambios fisiológicos que se producen con el envejecimiento, muestran alteraciones, tanto en la farmacodinamia como en la farmacocinética de estos medicamentos, lo que está relacionado con el consumo de benzodiazepinas de vida larga.

Aunque la sedación no tuvo diferencias estadísticamente significativas para los sexos, clínicamente se aprecia un reporte algo mayor de este efecto adverso en mujeres en relación con los hombres. Se pudo observar que de la mayoría de los pacientes que tuvieron pérdida del equilibrio, casi el 60 % sufrieron caídas ([Anexo 2](#)). Existió una relación estadísticamente significativa entre la pérdida del equilibrio y el tipo de benzodiazepina, así como con las características del consumo ([Anexo 3](#)). De manera que las personas con pérdida del equilibrio tenían un consumo mayor de benzodiazepina de vida larga, un mayor tiempo de consumo de tres años o más y de uno a dos años, de una a dos veces al día. En la medida que aumenta el tiempo de consumo y la frecuencia, es mayor la posibilidad de perder el equilibrio y de sufrir riesgos de caídas.

Los resultados obtenidos revelaron que todas las personas mayores que consumieron benzodiazepinas por menos de un año no tenían dependencia, de 1 a 3 años el 66,7 % no tampoco, en tanto, el 71,4 % de quienes consumieron BDZ de 3 años o más tuvieron dependencia. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al resto de las variables, clínicamente sí se obtiene alguna relevancia, pues de los sujetos de la muestra que consumieron benzodiazepina de vida larga, un 55,8 % tuvieron dependencia al medicamento.

La bibliografía revisada refiere que la dependencia a benzodiazepina se debe a la adaptación fisiológica del organismo, que aparece tras su uso prolongado, de manera que, al interrumpir

su administración, puede producir un malestar significativo, que induce al individuo a mantener el consumo. Esta adaptación es la base biológica para que se produzca tolerancia y aparezcan síntomas de abstinencia o de retirada al cesar su consumo.⁽¹⁸⁾

Se concluye que los adultos mayores que consumieron benzodiacepinas fueron en su mayoría mujeres, entre 70-79 años, con nivel de escolaridad medio superior y con presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente, la hipertensión arterial. La mayoría de los sujetos consumieron benzodiacepinas de vida larga, 1 tableta diaria durante 3 años o más, con y sin prescripción médica. La pérdida del equilibrio fue el efecto adverso más señalado en ambos sexos. Se encontraron diferencias clínicamente significativas para la sedación, la que fue referida e mayor número por mujeres. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la dependencia y el tiempo de consumo, de manera que, quienes consumieron BDZ durante 3 años o más, tuvieron dependencia al medicamento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud; 2016. Acceso: 22/03/2017. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
- 2- Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba. Envejecimiento de la población y sus territorios; 2015. Acceso: 21/03/2017. Disponible en: <http://www.one.cu/envejecimiento2015.htm>
- 3- Velert Vila J, Velert Vila MM, Salar Ibáñez L, Avellana Zaragoza JA, Moreno Royo L. Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. Aten Primaria. 2012;44(7):402-10. Acceso: 22/03/2017. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711004331>
- 4- Sánchez Ricardo LI; Hernández Gárciga FF. Consumo de benzodiazepinas en pacientes geriátricos del Consultorio # 12, Policlínico "Campo Florido". Revista Cubana de Farmacia. 2010;44(3):346-53. Acceso: 22/03/2017. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol_44_3_10/far08310.htm
- 5-Mato M, Toledo M, Olmos I, Frontini MA, Nan ML, Parpal F, Montero L. Estudio de consumo de benzodiacepinas en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital Vilardebó. Rev Psiquiatría Uruguay. 2012;76(1):25-34. Acceso: 22/03/2017. Disponible en: http://www.spu.org.uy/revista/oct2012/03_TO%202.pdf

6-Danza Á, Gustavo Tamosiunas FC. Riesgos asociados al uso de Benzodiacepinas. Arch Med Into (Montevideo). 2009;31(4). Acceso: 22/03/2017. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Archivosdemedicinainterna/2009/vol31/no4/4.pdf>

7- Granados Menéndez ML, Salinero Fort MA, Ancillo MP, Aliaga Gutiérrez L, García Escalonillay C, Ortega Orcos R. Adecuación del uso de las benzodiacepinas zolpidem y zopiclona en problemas atendidos en atención primaria. Aten Primaria. 2006;38(3):159-64. Acceso: 21/03/2017. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706704656>

8-Brunoni AR, Nunes MA, Figueiredo R, Barreto SM, da Fonseca MJ, Lotufo PA, et al. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. The Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). J Affect Disord. 2013;151(1):71-7. Acceso: 21/03/2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23769607>

9- Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JO, Lima-Costa MF, Uchoa E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(1):7-11. Acceso: 22/03/2017. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000100002

10- Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JO, Lima-Costa MF, Uchoa E. A population based study on health conditions associated with the use of benzodiazepines among older adults (The Bambui Health and Aging Study). Cad Saude Publica. 2009;25(3):605-12. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300015

11- Gorzoni ML, Fabbri RMA, Pires SL. Medicamentos potencialmente inapropiados para idosos. Rev Assoc Med Bras. 2012;58(4):442-446. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a14.pdf>

12- Calero L.M, Oropesa D, González M, Roca Socarras A.C, Blanco K. La prescripción de benzodiacepinas en el adulto mayor, un problema médico social actual. Correo Científico Médico de Holguín. 2009;13(2). Acceso: 22/03/2017. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132rev4.htm>

13- Oropeza Pupo DI, Calero González LM, Torres Suárez R. Caracterización de la prescripción de benzodiacepinas en adultos mayores en un consultorio de la atención primaria de salud. Universidad Ciencias Médicas de Holguín. Correo Científico Médico CCM. 2012;16(2). Acceso: 22/03/2017. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm122d.pdf>

14- Regueiro M, Mendy N, Cañas M, Farina HO, Nagel P. Uso de medicamentos en adultos mayores no institucionalizados. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2011; 28(4):643-47. Acceso: 22/03/2017. Disponible

en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36322411012>.

15- Rosas-Gutiérrez I, Simón-Arceo K, Mercado F. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiacepinas. Salud Ment (México). 2013;36(4). Acceso: 22/03/2017.

Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400007

16- Marzi M, Diruscio V, Núñez M, Pires M, Quaglia N. Análisis de la prescripción de medicamentos en una comunidad geriátrica Argentina. Rev Med Chile. 2013;141:194-201.

Acceso: 22/03/2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200008>

17- Boyd A, Van de Velde S, Pivette M, Ten Have M, Florescu S, O'Neill S, et al. Gender differences in psychotropic use across Europe: Results from a large cross-sectional, population-based study. Eur Psychiatry. 2015;30(6):778-88. Acceso: 22/03/2017.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26052073>

18- Domínguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamosiunas G. Uso racional de benzodiacepinas: hacia una mejor prescripción. Rev. Urug. Med. Interna. 2016;(3):14-24.

Acceso: 21/03/2017. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v1n3/v1n3a02.pdf>

Anexo 1.

Entrevista semiestructurada

1- Datos generales:

a) Edad (en años)

___ 60-69 años ___ 70-79 años ___ 80 años y más

b) Sexo:

___ Masculino ___ Femenino

c) Nivel de escolaridad:

___ Primaria ___ Secundaria ___ Preuniversitario ___ Técnico medio ___ Universitario

d) APP: HTA___ Diabetes Mellitus___ Cardiopatía isquémica___ Enfermedad del Tiroides___

e) Trastorno nervioso diagnosticado: Sí___ No___ Si la respuesta es positiva especifique._____

f) Mini mental:_____

2-Especifique el tipo de benzodiacepina que ha consumido.

Benzodiacepina de vida corta___ (midazolam, triazolam, brotizolam)

Benzodiacepina de vida media___ (Alprazolam, lorazepam, bromazepam, lormetazepam, flunitrazepam)

Benzodiacepina de vida larga___ (Clonazepam, nitrazepam, clordiazepóxido, diazepam, medazepam, flurazepam, clobazam)

3-¿Qué tiempo lleva consumiéndola?

Menos de 6 meses___

7 meses a 1 año___

De 1 a 2 años___

3 años o más___

4-Motivos por los que haya consumido benzodiacepina.

5-¿Con qué frecuencia la consume al día?

1 vez al día___

2 veces al día___

3 veces o más___

6-¿Qué cantidad de benzodiacepina consume al día?

1 tableta al día___

2 tabletas al día___

3 tabletas o más___

7- ¿Fue indicada por algún médico? Sí___ No___

8-¿Ha presentado alteraciones de la memoria, caídas o dependencia (según criterios DSMV) en el último año?

9-Señale si ha presentado alguno de los siguientes síntomas:

Sedación___ Somnolencia___ Pérdida del equilibrio___ Cefalea___

10-¿Consumen usted otros medicamentos? Sí___ No___ Si la respuesta es positiva menciónelos.

Anexo 2. Distribución de pacientes con pérdida del equilibrio y presencia de caídas

Pérdida de equilibrio	Caídas				Total	
	Sí		No.			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	22	57,9	16	42,1	38	100
No	1	5,6	17	94,4	18	100
Total	23	41,1	33	58,9	56	100

Nota: χ^2 con corrección = 11,747 p= 0,001. Casi el 60 % de los pacientes que presentaron pérdida del equilibrio sufrieron caídas

Anexo 3. Distribución de pacientes según características del consumo y pérdida del equilibrio

Variables	Pérdida de equilibrio			
	Sí		No	
	No.	%*	No.	%*
Tipo de benzodiazepinas				
Benzodiazepina de vida media (n = 13)	5	38,5	8	61,5*
Benzodiazepina de vida larqa (n = 43)	33	76,7	10	23,3
Valor de p	0,017***			
Tiempo de consumo				
Menos de 6 meses (n = 7)	2	28,6	5	71,4*
De 7 meses a 11 meses y 29 días (n = 5)	1	20,0	4	80,0*
De 1 a 2 años (n = 9)	6	66,7	3	33,3
3 años y más (n = 35)	29	82,9	6	17,1
Valor de p	0,002***			
Frecuencia				
1 vez al día (n = 38)	25	65,8	13	34,2
2 veces al día (n = 15)	13	86,7	2	13,3
Valor de p	0,011***			
Cantidad de consumo				
1 tableta al día (n = 40)	27	67,5	13	32,5
2 tabletas al día (n = 14)	10	71,4	4	28,6
Valor de p	0,887***			

*Porcentaje calculado sobre n por columna;

Prueba Chi cuadrado con corrección por continuidad; *Prueba exacta de Fisher

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Consumo de benzodiazepinas en adultos mayores atendidos en el CITED. 2017