

## Prescripción de benzodiazepinas.

Nuria Martín Cardenal

*Lembke A., Papac J., Humphreys K. New England Journal of Medicine 2018;378(8):693*

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29466163>

La FDA aprobó el uso de benzodiazepinas para diferentes situaciones clínicas tales como ansiedad, insomnio, convulsiones y abstinencia alcohólica, pero también se prescribe en depresión o síndrome de piernas inquietas.

Entre 1996 y 2013 se ha incrementado un 67% el número de prescripciones de benzodiazepinas, desde 8.1 a 13.5 millones, aumentando los fallecimientos por sobredosis de 1135 en 1999 a 8791 en 2015, estando los opioides implicados en tres cuartas partes de los casos. A pesar de esta tendencia, los efectos adversos derivados del uso excesivo, uso incorrecto y adicción siguen pasando desapercibidos.

En 2012 se prescribieron 37.6 benzodiazepinas por cada 100 personas en Estados Unidos, estando el alprazolam, clonazepam y lorazepam entre los 10 medicamentos psicotrópicos más comúnmente empleados. A pesar del riesgo de sobredosis de empleo conjunto con opioides, la tasa de prescripción conjunta se incrementó del 9% en 2001 al 17% en 2013.

Está aumentando la aparición de nuevas formas altamente potentes de benzodiazepinas, indistinguibles de éstas y potencialmente mortales, fabricadas en laboratorios clandestinos de Estados Unidos y vendidas en mercados ilícitos. Clonazolam, análogo de clonazepam, es una combinación de alprazolam y clonazepam tan potente que requiere una alta precisión en su dosificación para prevenir sobredosis accidental.

El empleo de benzodiazepinas se ha probado para uso intermitente inferior a 1 mes, disminuyendo sus beneficios y aumentado sus riesgos en empleos prolongados. Muchos prescriptores desconocen su capacidad adictiva capaz de empeorar la ansiedad o contribuir al insomnio permanente, en caso de uso diario, así como otros potenciales efectos como deterioro cognitivo, lesiones accidentales, caídas y aumento de ingresos hospitalarios. Aunque algunos pacientes se benefician de su uso a largo plazo, es mejor evitar la dosificación diaria para mitigar el desarrollo de tolerancia, dependencia y abstinencia.

En agosto de 2016, la FDA emitió una advertencia sobre los peligros de la prescripción conjunta de benzodiazepinas y opioides, implementando cambios en el etiquetado de medicamentos. En septiembre de 2017, la FDA aconsejó la no suspensión de buprenorfina o metadona en pacientes con prescripción simultánea de benzodiazepinas, argumentando que los beneficios de la terapia con opioides agonistas superan los riesgos de combinar estos opioides con benzodiazepinas. En pacientes que están estabilizados empleando agonistas opiáceos, debería aspirarse a disminuir las benzodiazepinas, teniendo en cuenta sus riesgos y beneficios, preferencias del paciente y posibles alternativas.

A pesar de la similitud con la epidemia de opiáceos, existe poca difusión del problema de la prescripción y empleo excesivo de benzodiazepinas, debiendo aumentar los esfuerzos

nacionales que eduquen sobre sus riesgos. Por ejemplo, se podría alentar o exigir a los prescriptores que verifiquen el programa estatal de control de medicamentos con receta, que permite ver los fármacos adictivos recetados a un paciente durante un periodo determinado, de cara a evitar combinaciones peligrosas o verificar la adquisición de medicamentos.

La educación sobre la prescripción segura de opiáceos debe ampliarse también a las benzodiacepinas. Las compañías de seguro médico podrían revisar las coberturas y políticas de pago en relación a su empleo, y debería hacerse el esfuerzo de cerrar farmacias ilegales y otras redes de tráfico de drogas. La creciente infraestructura que aborda el uso de opiáceos debe ampliarse para evitar la peligrosa tendencia del uso excesivo y adicción a benzodiacepinas.