

ORIGINALES BREVES

Prescripción de benzodiacepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor

R. Escrivá Ferrairó^a, A. Pérez Díez^b, C. Lumbreras García^c, J. Molina París^a, T. Sanz Cuesta^d
y M.A. Corral Sánchez^b

Centro de Salud Palomares. Leganés (Madrid).

Objetivos. Prevalencia de prescripción de benzodiacepinas (BDZ) en 1997 en un centro de salud (CS), cómo es el consumo y características del consumidor.

Diseño. Estudio observacional transversal.

Emplazamiento. Centro urbano de atención primaria.

Pacientes. Entre un total de 7.356 pacientes mayores de 14 años con historia clínica pertenecientes a 4 consultas, se seleccionó una muestra aleatoria estratificada por consultas de 667.

Intervención. Hoja de recogida de datos sociodemográficos, nivel de instrucción, entorno familiar, patologías asociadas, n.º visitas/año, prescripción de BDZ y variables que definen el tipo de consumo.

Resultados principales. Prevalencia de prescripción de BDZ: 7,7% (IC del 95%, 6-10%).

Perfil de consumo: 33% BDZ de vida media larga, 31% de intermedia y 33% de corta. El 44% las consume de forma ocasional o menos de 2 semanas y un 42% lleva más de un año consumiéndolas; en un 56% (IC del 95%, 40-70) el origen de la prescripción es el médico de cabecera y no consta el motivo de la prescripción en el 42% de los casos.

Las variables que definen el perfil del consumidor, incluidas al aplicar la regresión logística, fueron: sexo, n.º de visitas y patologías asociadas, cuyas OR fueron 1,57 (IC del 95%, 1,08-2,03), 1,11 (IC del 95%, 1,06-1,17) y 1,61 (IC del 95%, 1,04-2,05), respectivamente.

Conclusiones. La prevalencia de prescripción de BDZ durante 1997 en la población atendida en nuestras consultas fue muy similar a la encontrada en otros estudios, con medias de consumo superiores al año y sin que conste el motivo de la prescripción en la mitad de los casos, recayendo la misma sobre todo en mujeres, con patología asociada y en función del n.º de visitas.

Palabras claves: Benzodiacepina. Atención primaria. Prevalencia.

PRESCRIPTION OF BENZODIAZEPINES AT A HEALTH CENTRE: PREVALENCE, HOW THEY ARE TAKEN AND CHARACTERISTICS OF THE TAKER

Objectives. To find the prevalence of prescription of benzodiazepines (BDZ) in 1997 at a health centre (HC), and the characteristics of both their consumption and the takers.

Design. Crossover, observational study.

Setting. Primary care urban centre.

Patients. From a total of 7356 patients over 14 with clinical records and belonging to four lists, a random sample stratified by lists was selected.

Intervention. A form was used to gather social and demographic data, educational level, family context, linked pathologies, number of visits to HC per year, BDZ prescription and variables defining the kind of consumption.

Main results. The prevalence of BDZ prescription was 7.7% (CI, 6-10%). Consumption profile: 33% long BDZ, 31% intermediate and 33% short. 44% consumed BDZ occasionally or for less than 2 weeks, and 42% had been taking it for over a year. For 56% (95% CI, 40-70) their G.P. was the origin of the prescription. The reason for the prescription was not specified in 42% of cases. The variables which defined the profile of the consumers, included in the logistic regression, were: sex, number of visits and linked pathologies, whose OR were: 1.57 (CI, 1.08-2.03), 1.11 (CI, 1.06-1.17) and 1.61 (CI, 1.04-2.05).

Conclusions. The prevalence of BDZ prescription during 1997 in the population seen at our clinics was very similar to the figures found in other studies, with higher annual consumption averages and without the reason for taking it being specified in half the cases. The profile of BDZ takers was: mainly women, people with linked pathologies, and as a function of the number of attendances.

Key words: Benzodiazepine. Primary care. Prevalence.

(Aten Primaria 2000; 25: 107-110)

^aMédico de Familia. ^bDue. ^cMédico Generalista. ^dTécnico de Salud del Área IX de Madrid.

Correspondencia: R. Escrivá Ferrairó.
C/ Palomares, 6. 28911 Leganés (Madrid).
Correo electrónico: ROSANAE@teleline.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 20-IX-1999.

Introducción

A pesar de la amplia aceptación de las benzodiacepinas (BDZ) y del incremento de su consumo al inicio de su introducción en el mercado, en la actualidad en algunos países como Estados Unidos, Reino Unido y Suecia la situación se ha estabilizado e incluso ha disminuido su prescripción¹⁻³.

En España, el consumo de BDZ con relación al total de envases de especialidades farmacéuticas consumidas se ha incrementado, lo cual no ha supuesto un aumento en importe sobre el total del consumo de especialidades farmacéuticas⁴.

En los Boletines de Información Farmacéutica del Área IX de Madrid del año 1997, los tranquilizantes ocupaban el tercer lugar entre los subgrupos terapéuticos más prescritos ordenados por número de envases, pero se desconocía el porcentaje de población afectado por dicha prescripción. Las BDZ son fármacos cuya eficacia ha sido demostrada en ensayos clínicos para diferentes indicaciones, son eficientes cuando su uso es necesario y se realiza en condiciones adecuadas. Conocer el perfil de consumo y del consumidor puede poner en tela de juicio si hacemos un uso adecuado de ellas. En diversos estudios^{3,5,6}, se ha demostrado que los responsables de las prescripciones de BDZ, en un 45-76%, son los médicos de atención primaria.

Los objetivos en nuestro estudio son: conocer la prevalencia de prescripción de BDZ durante 1997 (definida como número de pacientes con alguna prescripción de BDZ en 1997/población de estudio), cómo es su consumo y características del consumidor, para poder mejorar en un futuro la prescripción de las mismas.

Material y método

Se trata de un estudio transversal, cuyo período abarca desde el 1-I-1997 al 31-XII-1997, llevado a cabo en el Centro de Salud (CS) Palomares en Leganés, ubicado en el centro de dicha ciudad, situada al sur del cinturón industrial de Madrid. La población diana fueron los usuarios de las consultas históriadas, lo que supone el 85% de la población con médico asignado. La población de estudio la constituyeron los usuarios de ambos sexos, mayores de 14 años, de 4 de las consultas de medicina general (7.346 sujetos) de las 8 del centro.

El tamaño de la muestra se calculó para proporciones en poblaciones finitas, asumiendo una proporción del 50%, precisión del 4% y un error I del 0,05, siendo de 555 e incrementándose en un 20% por posibles pérdidas; así mismo se realizó un muestreo aleatorio estratificado por consulta proporcional a su tamaño.

En cada una de las historias clínicas de los usuarios seleccionados se dejó una hoja de recogida de datos, siendo la información recogida: edad (a 31-XII-1997), sexo, natural (provincia), tipo de población (rural < 10.000 habitantes; urbana > 10.000), años viviendo en Leganés (a 31-XII-1997), estado civil, n.º de personas que conviven en un mismo domicilio, estudios, situación laboral⁷ (a 31-XII-1997), patologías asociadas activas recogidas en la hoja de problemas individuales de las historias clínicas (HC), n.º de visitas a la consulta (aquellas con registro en HC durante el período de estudio), uso de BDZ de alguno de los convivientes del paciente (sí/no), constancia en HC de prescripción de BDZ en alguna ocasión durante 1997 (sí/no). En caso afirmativo, se procedía a cumplimentar la parte del cuestionario que recogía el «perfil de consumo»: tipo de BDZ (clasificada en función de su farmacodinámica)⁸, forma de consumo (ocasional/diariamente durante < 2 semanas, diariamente durante 2 semanas diariamente < 3 meses, diariamente durante 3 meses; < un año, diariamente durante ≥ un año)⁹ en los casos que los que hubo cambio de BDZ durante el período de estudio se registraba la última prescrita y su pauta, años de consumo (tiempo transcurrido en años desde el inicio de cualquiera de las formas de consumo definidas en el punto anterior hasta el 31-XII-1997), origen de la prescripción y motivo de la prescripción (no consta en la HC/sí, en cuyo caso se anotaba).

Durante los tres primeros meses del estudio, si el paciente acudía a la consulta del médico o enfermería, se aprovechaba para llenar la hoja de recogida de datos, y si faltaba alguna información necesaria en la HC se interrogaba al paciente, a excepción de: n.º de visitas, patología asociada, prescripción de BDZ o motivo de ella. Transcurrido dicho período, se intentó contactar telefónicamente con los que no acudieron a la consulta. Aquellos casos en que no fue posible se clasificaron como perdida.

TABLA 1. Prevalencia de la prescripción de benzodiacepinas por edad y sexo

Edad	Sexo								
	Mujer			Varón			Total		
Años	n/N*	%	IC del 95%	n/N	%	IC del 95%	n/N	%	IC del 95%
≤ 25	2/75	3	0,7-20	1/81	1	0,02-38	3/156	2	0,4-5
25-44	6/80	8	3-16	3/81	4	0,7-10	9/161	6	3-10
45-64	15/95	16	9-25	6/98	6	2-13	21/193	11	7-16
≥ 65	10/42	24	12-39	2/33	6	0,7-20	12/75	16	8-26
Total	33/292	11	8-15	12/293	4	2-7	45/585	8	6-10

*Pacientes con prescripción de benzodiacepinas/población de estudio.

TABLA 2. Perfil de consumo de benzodiacepinas (n = 45)

Tipo de benzodiacepinas	Porcentajes	IC del 95%
V _m larga	33,3	20-49
V _m intermedia	31,1	18-46
V _m corta	33,3	20-49
V _m ultracorta	2,2	0,05-12
Forma de consumo diario		
Ocasional/< 2 semanas	44,4	30-60
2 semanas/< 3 meses	11,1	3,7-24
3 meses/< 1 año	2,2	0,06-11,7
≥ 1 año	42,2	28-58
Años de consumo	Media ± DE 2,51 ± 3,31	IC del 95% 1,54-3,50
Origen de la prescripción	Porcentajes	IC del 95%
Médico de cabecera	56	40-70
Psiquiatra	24	12-39
Otros	20	10-34
Motivo de prescripción		
No consta	42	28-58
Crisis de ansiedad	27	15-42
Psicosis maniacodepresiva	11	4-24
Otros motivos psiquiátricos	9	2-21
Otros motivos	11	4-24

V_m: Vida media.

En el análisis estadístico se calculó la prevalencia de prescripción de BDZ y su distribución por edad y sexo; se describieron las variables que definen el perfil de consumo mediante proporciones o medias según fueran variables cualitativas o cuantitativas; para el perfil del consumidor se realizó un análisis descriptivo de las posibles variables que lo definen, seguido del estudio bivariado de la asociación de cada una de ellas con el consumo, utilizando como pruebas estadísticas: ji-cuadrado o prueba de Fisher exacta cuando el tamaño de la muestra fue < 30 (para comparar proporciones) y la t de Student o la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney cuando la distribución de los datos no se ajustó a la normalidad (para comparar medias). Finalmente se realizó un análisis multivariado utilizando la regresión logística, siendo la variable dependiente la

prescripción de BZD, codificada como sí = 1/no = 0, y como las independientes las variables que en el análisis bivariado resultaron asociadas con el consumo.

Resultados

Del total de 667 pacientes, no fue posible cumplimentar el cuestionario a 82 (12%), cuyos motivos fueron: 32 (39%), cambio de domicilio; 3 (4%), fallecimiento, y 47 (57%), ilocalizables. No se detectaron diferencias significativas entre los pacientes perdidos y los evaluados en cuanto a la edad o el sexo. Se evaluaron 293 (50%) varones y 292 (50%) mujeres, cuya media de edad fue de 42 años (IC del 95%, 41-

TABLA 3. Análisis bivariante en función del consumo de BDZ

	Prescripción de BDZ (n = 45)	No prescripción de BDZ (n = 540)	Significación estadística
Edad (años): X ± DE	54 ± 16	42 ± 19	< 0,01
Sexo			< 0,01
Varón	27%	52%	
Mujer	73%	48%	
Natural			> 0,05
Comunidad de Madrid	36%	50%	
Tipo de población			> 0,05
Rural	40%	33%	
Urbana	60%	67%	
Estado civil			< 0,01
Soltero	11%	39%	
Casado/pareja de hecho	71%	54%	
Divorciado/separado	2%	2%	
Viudo	16%	5%	
N.º de convivientes en el mismo domicilio (X ± DE)	2 ± 1	3 ± 1	> 0,05
Nivel de estudios			< 0,05
Analfabeto	4%	3%	
Sin estudios	40%	18%	
Primarios	38%	49%	
Medios	13%	20%	
Universitarios	4%	11%	
Situación laboral			< 0,05
Parado	11%	9%	
Trabaja	36%	53%	
Estudiante	0%	9%	
Sus labores	29%	16%	
Jubilado	24%	12%	
Patologías asociadas			< 0,001
No	18%	47%	
Sí	82%	53%	
Consumo de BDZ convivientes	20%	20%	> 0,05
N.º de visitas/año (X ± DE)	13 ± 12	4 ± 5	< 0,001

BDZ: benzodiazepinas; X: media, y DE: desviación estándar.

43). Un 51% no era natural de la Comunidad de Madrid, pero la media de años viviendo en Leganés era de 24 (IC del 95%, 23-25). Estaban casados o eran pareja de hecho el 56%. La media del número de personas conviviendo en el mismo domicilio era de 4. Respecto al nivel de estudios, un 48% tenía estudios primarios, medios y sin estudios el 19% respectivamente y el 10% universitarios. Trabajaba un 52%, se dedicaba a sus labores el 17%, jubilados el 13%, parados el 10%, y estudiantes un 8%. El 50% tenía alguna patología asociada (IC del 95%, 46-54). La media de visitas ± DE durante 1997 fue 5 ± 7, siendo la mediana de 2. El 20% te-

nía algún conviviente que consumía BDZ.

Durante 1997 la prevalencia de prescripción de BDZ fue de 7,7% (45/585) (IC del 95%, 6-10%); en la tabla 1 se puede observar la distribución por edad y sexo.

El perfil de consumo de BDZ queda descrito en la tabla 2. El perfil del consumidor de BDZ se puede observar en la segunda columna de la tabla 3.

El análisis bivariante en función de la prescripción de BDZ se describe en la tabla 3.

Las variables asociadas a la prescripción de BDZ determinadas al aplicar la regresión logística (coefi-

cientes de correlación, *odds ratios* e IC del 95%) fueron: sexo (R = 0,1074; OR = 1,57; IC del 95%, 1,08-2,03), n.º de visitas (R = 0,2492; OR = 1,11; IC del 95%, 1,06-1,17) y patología asociada (R = 0,0912; OR = 1,61; IC del 95%, 1,04-2,05). No entraron en la ecuación las variables edad, situación laboral, nivel de estudios y estado civil, siendo la función logística: p (probabilidad de prescripción BDZ) = $1/(1 + \exp(-(3,54 + 0,45 \times \text{sexo} (\text{mujer} = 1; \text{varón} = 0) + 0,11 \times \text{n.º de visitas} + 0,47 \times \text{patología asociada} (\text{sí} = 1; \text{no} = 0)))$.

Discusión

Las pérdidas en nuestro estudio fueron de un 12%, no detectándose diferencias significativas respecto a edad y sexo entre los pacientes perdidos y evaluados, lo que nos lleva a considerar que las mismas han podido interferir muy poco en nuestros resultados.

El hecho de haber recurrido a las HC como fuente de información podría habernos hecho incurrir en un infraregistro, sólo en la información de prescripción de BDZ, motivo, n.º de visitas o patología asociada, ya que en cuanto al resto de información que se recogía, si no constaba en la HC o había habido algún cambio, se interrogaba al paciente, pero tal como comentamos a continuación es posible que en la cuestión de prescripción haya podido influir poco.

A pesar de que los tranquilizantes ocupan el tercer lugar entre los subgrupos terapéuticos más prescritos, en nuestro estudio observamos que la prescripción de las BDZ recae sólo sobre un 7,7% de nuestra población y al parecer en un 42% de ellos de forma reiterada. Dicha prevalencia es muy similar a la detectada en otros estudios^{1,2,6,10}, si tenemos en cuenta los intervalos de confianza de nuestra prevalencia: 6-10%.

Respecto a la distribución por edad y sexo de prescripción de BDZ, observamos que en las mujeres es más del doble que en los varones, 11 frente a 4%. Así como una tendencia a incrementarse con la edad en las mismas, situación que en el caso de los varones vemos que se estabiliza a partir de los 64 años. Al calcular los IC del 95% observamos que los límites de los intervalos se superponen, probablemente debido a que la muestra encontrada con prescripción de BDZ en nuestra población de estudio fue pe-

queña. En diferentes estudios realizados sobre prevalencia de consumo de BDZ^{6,11,12}, también se detectó mayor consumo en mujeres, pero en los estudios publicados en los que se encontró aumento de consumo con la edad^{5,11,13,14} no se observó que ese incremento se comportara de forma diferente en función del sexo, tal como hemos hallado en nuestro estudio.

El origen de la prescripción procedía en un 56% de los casos del médico de cabecera, porcentaje muy similar al detectado por Isacson¹⁵, aunque inferior al hallado por Mateo et al¹⁶ y Royo et al⁶, 68 y 76%, respectivamente, y algo superior al porcentaje encontrado por Magrini et al³ en su estudio, que fue del 45%.

Tal como apunta Chocrón⁹ en su artículo: «Ningún paciente debería recibir un tratamiento con BDZ sin un diagnóstico previo y un plan terapéutico a seguir.» En nuestro estudio hemos encontrado que en un 42% no constaba en la HC el motivo de la prescripción.

El posible perfil de nuestros consumidores de BDZ es el de una mujer de 38-70 años, casada o con pareja de hecho, sin estudios o con estudios primarios, con alguna patología asociada y con unas 10 visitas/año a la consulta. Sin embargo, al aplicar la regresión logística para determinar las variables asociadas a la prescripción de BDZ, observamos que sólo el sexo (ser mujer), el n.º de visitas a la consulta/año y el tener alguna patología asociada influyen en la misma; quedando la edad excluida posiblemente al estar actuando como factor de confusión.

Consideramos que el hecho de que la prescripción sea mayor en mujeres puede estar relacionado con una tolerancia más baja con el estrés y a que sea un tratamiento más aceptado entre ellas; la relación con la patología asociada puede deberse a un cierto grado de intolerancia con su enfermedad, y detrás de la relación con el

n.º de visitas puede que haya algún tipo de trastorno psiquiátrico, el cual se nos pasa desapercibido o no afrontamos de modo adecuado. Así, Chocrón et al¹⁷, en su estudio sobre prevalencia de psicopatología en atención primaria, encuentran que uno de cada 3 pacientes que acuden a la consulta presenta algún trastorno psiquiátrico, y Ortiz et al¹⁸ hallaron una elevada proporción de depresiones mayores entre los consumidores de BDZ.

Como conclusión, el hecho de que no conste el motivo en casi la mitad de pacientes con prescripción de BDZ nos lleva a reflexionar que para mejorar su prescripción y su control deberíamos realizar una actualización del motivo de prescripción, así como de un plan terapéutico a seguir, cada vez que prescribimos una BDZ, o al menos cada 3 meses. Otra cuestión que queda pendiente es si con una muestra mayor de consumidores hubiéramos encontrado otras variables que los definiera además del sexo, patologías asociadas y n.º de visitas, por lo que en estos momentos estamos realizando un estudio de casos y controles.

Bibliografía

- Olsson M, Pincus HA. Use of benzodiazepines in the community. *Arch Intern Med* 1994; 154: 1.235-1.240.
- Swartz M, Landerman R, George LK, Melville ML, Blazer D, Smith K. Benzodiazepine anti-anxiety agents: prevalence and correlates of use in a southern community. *Am J Public Health* 1991; 81: 592-596.
- Magrini N, Vaccheri A, Parma E, D'Alessandro R, Bottino A, Occhionero M et al. Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence pattern of use and risk factors for use. *Eur J Clin Pharmacol* 1996; 50: 19-25.
- Segú JL, Sedano E. El coste de las benzodiacepinas. *FMC* 1996; 3: 415-418.
- Zara C, Alerany C. Utilización de benzodiacepinas en atención primaria. *Fam Clin* 1988; 5: 131-138.
- Royo M, Vallés C, Gutiérrez F, Izquierdo C, Calvo M, Molina J. Análisis de la utilización de benzodiacepinas en atención primaria. *Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza* 1989; 29: 66-70.
- Ortiz J, Martínez B, Fernández EM. Tipos de datos que describen la situación de salud: sociales, económicos y culturales. Fuentes e indicadores. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: IMyC, 1993; 502-509.
- Sierra JC, Buela-Casal G. Las benzodiacepinas. Una revisión sobre el estado actual. *Arch Neurobiol* 1994; 58: 208-223.
- Chocrón L. Tolerancia, abuso y dependencia de las benzodiacepinas. *FMC* 1996; 3: 454-459.
- Mari JJ, Almeida-Filho N, Coutinho E, Andreoli SB, Miranda CT, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the City of São Paulo. *Psychol Med* 1993; 23: 467-474.
- Tamblyn RM, McLeod PJ, Abramowicz M, Monette J, Gayton DC, Berkson L et al. Questionable prescribing for elderly patients in Quebec. *Can Med Assoc J* 1994; 150: 1.801-1.809.
- Quinn K, Baker MJ, Evans B. A population wide profile of prescription drug use in Saskatchewan, 1989. *Can Med Assoc J* 1992; 146: 2.177-2.186.
- Koenig W, Rüther E, Filipiak. Psychotropic drug utilization patterns in a metropolitan population. *Eur J Clin Pharmacol* 1987; 32: 43-51.
- Simon GE, VanKorff M, Barlow W, Pabiniak C, Wagner E. Predictor of chronic benzodiazepine use in a health maintenance organization sample. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 1.067-1.073.
- Isacson D. Long-term benzodiazepine use factors of importance and the development of individual use patterns over time - a 13 year follow-up in a swedish community. *Soc Sci Med* 1997; 14 (2) 1.871-1.880.
- Mateo R, Rupérez O, Hernando MA, Delgado MA, Sánchez R. Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 19: 47-50.
- Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 22-31.
- Ortiz C, López-Torres J, Santos R, Montoya J, Morato A, Escobar F. Depresión mayor en consumo de benzodiacepinas. *Aten Primaria* 1998; 22: 60-68.