

Utilización de benzodiacepinas en población bajo programas de salud mental

Análisis del PROFE en la ciudad de Buenos Aires



Por María Jimena Cavarra

Licenciada en Psicología (UCA). Posgrado en Psicología Cognitiva (Universidad Favaloro). Magister en Gestión de Servicios de Salud Mental (ISALUD). Docente universitaria en Técnicas de evaluación psicológica II y Estadística aplicada a la Psicología (UCA). Coordinadora de la Región Centro-Litoral del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables (Ministerio de Salud de la Nación).

Director: Dr. Federico Tobar (ISALUD)

Co-director: Dr. David Silva (ISALUD)

Jurado Evaluador:

Dr. Hugo Barrionuevo (ISALUD)

Dr. Dante Graña (Fund. Avedis Donavedian e ISALUD)

Dr. Ricardo Corral (UBA, Hospital Borda)

La versión completa se encuentra disponible en el Centro de Documentación de la Universidad ISALUD

1. Introducción

Los psicofármacos (en especial las benzodiacepinas) registran utilización creciente e involucran riesgos de uso irracional. En el año 2006 según el Ranking COFA de ventas de medicamentos cuatro Benzodiacepinas se encontraban entre los veinticinco medicamentos más vendidos de la Argentina en el siguiente orden: alprazolam (4° puesto), clonazepam (10° puesto), Bromazepam (18° puesto) y lorazepam (24° puesto).

La psicofarmacología se ha desarrollado prácticamente en el último medio siglo. Hasta comienzos de la década del '50 la posibilidad de utilizar drogas específicas para el tratamiento de las enfermedades mentales no era considerada. Las medicaciones de ese entonces sólo tenían efectos sedativos inespecíficos. A partir de estos desarrollos desde la última década del siglo XX se ha generado una profunda re-conceptualización sobre el tratamiento de las enfermedades mentales que aún hoy en día está en pleno proceso de desarrollo.

Las investigaciones sobre el consumo de medicamentos permiten evaluar el uso racional de los mismos, la adecuación de su prescripción según categorización diagnóstica y la realización de agrupamientos de pacientes a modo de *screening* para luego establecer estrategias de seguimiento focal.

Los psicofármacos en general constituyen un recurso importante para la atención de trastornos mentales, habida cuenta de los beneficios que su inclusión en los tratamientos ha traído a los mismos.

Asegurar la accesibilidad y el uso racional de los mismos para la población es una acción fundamental dentro de los Programas de Salud Mental.

Desde la Gestión de los Sistemas y Servicios vinculados a la Salud Mental, la capacitación y supervisión de los tratamientos así como el seguimiento de los grupos vulnerables es una tarea que, llevada a cabo con compromiso y calidad, permitirá la reducción de las barreras de inequidad ambientales y culturales.

La búsqueda del cuidado integral de la salud orientado hacia la equidad constituye un vector que dirige y sostiene las políticas públicas sanitarias en la República Argentina.

La Dirección Nacional de Prestaciones Médicas dependiente del Ministerio de Salud de la Nación Argentina tuvo a su cargo durante 2007 la

ejecución del Programa Federal de Salud (PROFE), cuyo objetivo es brindar cobertura médico integral a los beneficiarios de pensiones no contributivas otorgadas por la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.¹

y la posibilidad de que población de bajos recursos y alta carga de morbilidad accedan a una cobertura gratuita y sin topes acorde a sus necesidades, no limitándose a la asistencia médica, es posible en virtud de la decisión política.

Se decidió realizar entonces un estudio descriptivo de utilización de benzodiacepinas en población PROFE de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) las cuales suelen estar indicadas en los trastornos de ansiedad (entre otros diagnósticos) los cuales son de alta prevalencia en la consulta externa de medicina general, con el riesgo concomitante de uso crónico y abusivo de las mismas.

Las benzodiacepinas, suelen ser consumidas sin el adecuado control e indicación médicas constituyendo el principal grupo de abuso de drogas lícitas. Su uso inadecuado, no sólo produce un gasto innecesario, sino que además genera un riesgo para la salud de la población que debe ser detectado y subsanado. Algunos reportes refieren que este uso inadecuado triplica la indicación correspondiente a la DDD² (dosis diaria definida) para estos medicamentos. La adecuada caracterización de su uso, por tanto, permitirá identificar la magnitud de este problema.

Describir su uso permitirá asimismo, aportar datos a la cuantificación de la prevalencia de las patologías asociadas a su prescripción en un universo tan atípico como son los beneficiarios del PROFE. A través del análisis del uso de determinados psicofármacos seleccionados, se produjo un caudal de información que superó el relato anecdótico y se constituyó en una valiosa herramienta de gestión y vigilancia epidemiológica, favoreciendo el uso adecuado de los recursos públicos y fundamentalmente la mejora de la cobertura y calidad asistencial. La historia clínica farmacológica (HCF) quedó caracterizada como una herramienta necesaria y de relevancia creciente en una eficiente Gestión de Servicios de Salud Mental dado que cada vez más consultas generales derivan en prescripciones de psicofármacos.

Este instrumento de gestión una vez sistematizado permitirá delimitar un perfil de consumo de psicofármacos, en este caso de ansiolíticos y poder detectar posible abuso de benzodiacepinas, evaluar interacciones con otros medicamentos y pertinencia de prescripción según diagnóstico. El contacto indirecto con los afiliados, a través del segui-

1 El Decreto N° 292/95 dispone que la cobertura de salud a los titulares de Pensiones No Contributivas esté a cargo de la ex Secretaría de Desarrollo Social de la Presidencia de la Nación ahora Ministerio de Desarrollo Social mientras que la cobertura a los beneficiarios de pensiones a ex combatientes de Malvinas continuara a cargo del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). Por otra parte, el Decreto N° 492/95 determinó que la cobertura médica de beneficiarios de Pensiones No Contributivas por invalidez, continuara a cargo del INSSJP. En tanto el Decreto N° 492/95 determinó que la cobertura médica de beneficiarios de Pensiones No Contributivas por invalidez, continuara a cargo del INSSJP. Con sustento en lo previsto por el Art. 77 de la Ley N° 24.938, la cobertura médica de beneficiarios de pensiones no contributivas por invalidez que hubieren obtenido la pensión con posterioridad al 1° de enero de 1999, quedó a cargo de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, a través de su Dirección Nacional de Prestaciones Médicas, que ejecuta la misma en el marco del Programa Federal de Salud.

2 La DDD es la unidad técnica de medida y comparación que equivale a la dosis media diaria de mantenimiento cuando se utiliza en su indicación principal, por una vía de administración determinada expresada en cantidad de principio activo.

miento de la HCF puede facilitar la detección de patologías tanto mentales como clínicas en etapas tempranas y favorecer la programación de estrategias de intervención dentro del programa y del Sistema de Salud en general siendo éste un aporte a destacar.

2. Estudio descriptivo del consumo de benzodiacepinas en población PROFE-CABA

2.1 Uso de ansiolíticos e hipnóticos en la población seleccionada

La población bajo cobertura PROFE de la CABA, correspondiente al año 2006, es de **12.441** beneficiarios, de los cuales el **61%** (7628) son **mujeres** y el **39%** (4813) son **varones**.

En el período analizado en total se indicaron 14.358 envases y se dispensaron 12.906 envases de medicación ansiolítica y/o hipnótica, representando el 8% del total de la medicación dispensada.

Del total de beneficiarios que recibieron medicación (n=7.980), el **39%** (3.134) recibió medicación ansiolítica o hipnótica, constituyendo un porcentaje elevado.

El clonazepam fue utilizado por el 33,56% de la población que recibió BZD y corresponde al 21,53% de mg totales de ansiolíticos consumidos en un año por la población de referencia.

Le siguen el lorazepam con un 23,29% de utilización y un 23,26% de mg sobre el total de ansiolíticos dispensados en 2006.

Finalmente el alprazolam con el 22,27% de utilización entre los beneficiarios con consumo de ansiolíticos (e hipnóticos) y sólo el 7,35% de los mg consumidos en un año.

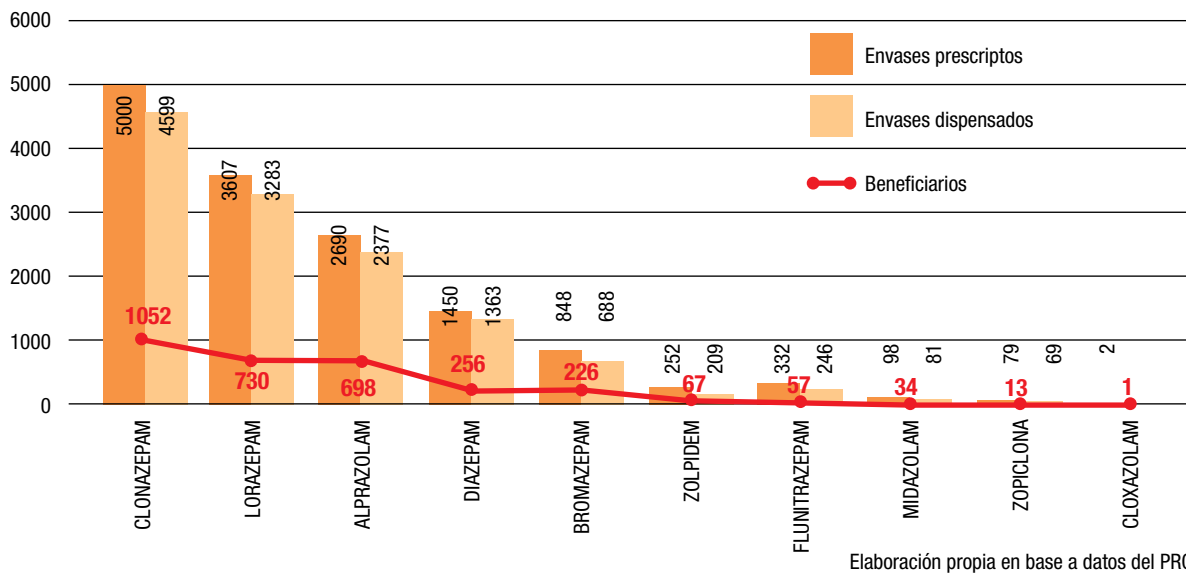
La Zopiclona si bien apenas cubre el 0,42% de pacientes que la han utilizado, su uso representa el 12,87% de mg por droga ansiolítica utilizada por lo cual es interesante avanzar en otros elementos de análisis de su uso en el grupo considerado dados sus efectos hipnóticos (gráfico 1).

Para evaluar el posible abuso en el consumo de benzodiacepinas, se realizó un análisis de los beneficiarios con consumo mayor a dos envases y se analizó la cantidad de consumo durante el período considerado. Se destaca la presencia de un consumo excesivo en varios pacientes de este grupo. Cada beneficiario (del total de 3.134 beneficiarios) recibió en promedio 4,12 envases de medicación ansiolítica.

El 39% de la población PROFE CABA que recibió medicación, corresponde a drogas para el tratamiento de la ansiedad, y representa el 25% de la población total PROFE CABA para el año bajo análisis.

Si nos centramos en la población de mayores de 65 años como uno de los grupos más vulnerables dentro de esta población programática podemos referir que el 12% de los adultos mayores recibió Benzodiacepinas con una distribución por sexos de un 8% de mujeres y 4% de hombres. Pero si tenemos en cuenta la distribución poblacional relativa al sexo en el grupo de mayores de 65 años resultará que el 17% de la población femenina mayores de 65 años consumió BZD en tanto en el grupo respectivo de hombres asciende a 18%. La aparente diferencia en el consumo con un predominio femenino pierde fuerza cuando se lo asocia a la variable demográfica de distribución relativa por sexo y edad según las cuales habría que atender este incremento

Gráfico 1
Distribución de ansiolíticos e hipnóticos PROFE 2006



de utilización de BZD en hombres mayores de 65 años y estudiar su relación con otros medicamentos como los antihipertensivos junto con los cuales muchos clínicos suelen recetar BZD sin tener en cuenta los potenciales riesgos a largo plazo para esta población específica. Por ejemplo las BZD de vida media e intermedia larga pueden inducir una marcada sedación y falta de coordinación psicomotora, y se han asociado con un incremento en los riesgos de producción de fracturas de cadera y de accidentes de tráfico (Ray 1989, Hemmelgam 1997).

Si atendemos a las unidades dispensadas podemos establecer también un ranking de benzodiacepinas e hipnóticos por nombre genérico para población general PROFE CABA así como para adultos mayores por sexo (tabla 1).

En los mayores de 65 años de ambos sexos el lorazepam es la droga de mayor utilización en función de envases requeridos en tanto para la población general PROFE es el clonazepam la BZD de mayor frecuencia de uso, pasando a un segundo puesto el lorazepam y viceversa en el grupo de adultos mayores. Tanto en la población PROFE como en el subgrupo de mayores de 65 años el alprazolam corresponde el tercer grupo de ansiolíticos recetados a diferencia de lo mencionado en la

introducción respecto del ranking de ventas para nuestro país en que es precisamente el alprazolam el que lideraría las ventas.

Si incluimos el aporte de la DDD al estudio de utilización de BZD en la población PROFE CABA cabe destacar, antes de adentrarnos en su aplicación, que la descripción del uso local como ansiolítico del clonazepam no está definida en la literatura anglosajona en la cual figura como anticonvulsivante. Debido a esto la DDD de referencia de OMS es de 8 mg. que se corresponde al uso anticonvulsivo. Sin embargo en nuestro país su utilización como ansiolítico está realmente generalizada con lo cual se adaptó la DDD a este uso local tomando una DDD de 1mg. como referencia (entre 0,5 y 1 mg son las dosis recomendadas en comparación con otros ansiolíticos semejantes).

Tomando la DDD promedio por paciente y la DDD promedio por paciente por mes aún cuando esta medida de posición no refleje la distribución real dado que, en especial, en las benzodiacepinas (si bien sucede con otros fármacos también) la dosis terapéutica interpersonal es muy variable. El rango para igual respuesta clínica puede ser de hasta 30 a 1 (un paciente puede responder a 0.5 o 1 mg de clonazepam y otro requerir 8 mg).

Aún así es interesante observar la distribución relativa que se presenta en la tabla 2 tomando estas medidas de posición.

En esta tabla es de destacar cómo el 1° lugar atendiendo al DDD promedio por paciente es para la zopiclona con 1492,78 DDD para cada uno de los trece pacientes que recibieron esta medicación pasando a un 2° puesto el clonazepam con 246,79 DDD promedio por paciente, 3° lugar lorazepam con 153,75; el 4° lugar para el flunitrazepam con 129,47 DDD promedio por paciente y recién en 5to lugar el alprazolam con 127,14 DDD.

En esta distribución relativa destaca la cantidad elevada de DDD promedio general pero especialmente en el caso de la zopiclona por la reducida cantidad de pacientes que reciben esta medicación hipnótica pero aparentemente en altas dosis. De este subgrupo tres pacientes recibieron más de dos envases pero paradójicamente no fue registrada

Tabla 1
Ranking de unidades dispensadas de BZD e HIP

Población general PROFE CABA	Fem. > 65 años	Masc. > 65 años
1- Clonazepam	1- Lorazepam	1- Lorazepam
2- Lorazepam	2- Clonazepam	2- Clonazepam
3- Alprazolam	3- Alprazolam	3- Alprazolam
4- Diazepam	4- Bromazepam	4- Bromazepam
5- Bromazepam	5- Diazepam	5- Diazepam
6- Zolpidem	6- Zolpidem	6- Flunitrazepam
7- Flunitrazepam	7- Flunitrazepam	7- Zolpidem
8- Midazolam	8- Zopiclona	8- Midazolam

Elaboración propia en base a datos del PROFE.

en la base general la cantidad de mg recibida por estos tres pacientes. Cabría para este caso específico un análisis pormenorizado de la Historia Clínica Farmacológica.

En la tabla 3 con valor OMS de la DDD de clonazepam sigue encabezando igualmente la DDD promedio por paciente la zopiclona seguida por el lorazepam, flunitrazepam, alprazolam y zolpidem (93,58 DDD promedio paciente). El clonazepam queda ubicado aquí en el noveno lugar con 30,84 DDD promedio por paciente.

La primera tabla refleja mejor el perfil de uso incluyendo al clonazepam como ansiolítico y en ambos casos pone sobreaviso acerca de la necesidad de realizar una lectura detallada de la indicación de zopiclona y la DDD de los trece beneficiarios que la han utilizado durante 2006.

Finalmente en la tabla 4 se presentan los resultados del n° de DDD por 1000 beneficiarios/día (para los dos valores de clonazepam considerados) en tanto valor de compasión internacional para evaluación de perfil de uso y desvíos de la norma de referencia:

Recordemos que el valor de referencia en español planteado por García del Pozo en 2004 es de una DDD por 1000 hab. día menor a 24 el cual será el valor de corte. Sólo en el caso del uso del clonazepam como ansiolítico (DDD 1mg) lo ajustaremos siendo para este caso de hasta 34 DDD /1000 hab. año.

En la tabla 5 el ranking de uso según DDD por 1000 benef-día queda constituido de la siguiente manera:

El clonazepam aún con el ajuste de DDD 1000 hab-día de referencia estaría en algo más de dos veces y media por encima de 34DDD lo cual podría referir un exceso en la indicación de este ansiolítico. Cabría preguntarse si en la sobreindicación aparente se está frente a un uso indebido de ansiolíticos orientado más a las situaciones de nerviosismo o stress cotidiano con las cuales debiéramos convivir y afrontar desde otros dispositivos no farmacológicos que como fármaco indicado para trastornos de ansiedad y otros diagnósticos precisos.

Tabla 2

BZD e HIP en mg totales, DDD promedio paciente y mensual

	Nombre droga	Cantidad de afiliados	%	mg totales por droga ansiolítica (aprox. un año)	%	N° de DDD PROFE CABA (con DDD clonazepam 1mg*)	DDD promedio por paciente (con DDD clonazepam 1mg*)	DDD promedio por paciente por mes
1	Clonazepam	1052	33,56%	259632,50	21,53%	259632,50	246,79	20,56
2	Lorazepam	730	23,29%	280600,00	23,26%	112240,00	153,75	12,82
3	Alprazolam	698	22,27%	88745,00	7,35%	88745,00	127,14	10,59
4	Diazepam	256	8,17%	191405,00	15,86%	19140,50	74,76	6,23
5	Bromazepam	226	7,21%	117750,00	9,76%	11775,00	52,10	4,34
6	Zolpidem	67	2,13%	62700,00	5,20%	6270,00	93,58	7,79
7	Flunitrazepam	57	1,82%	7380,00	0,61%	7380,00	129,47	10,78
8	Midazolam	34	1,10%	42900,00	3,55%	2860,00	84,11	7,00
9	Zopiclona	13	0,42%	155250,00	12,87%	19406,25	1492,78	124,39
10	Clozapolam	1	0,03%	80,00	0,01%	n/d	n/d	n/d
	Totales	3134	100,00%	1206442,50	100,00%	527449,25	2454,48	

Elaboración propia.

*En CLONAZEPAM se tomará como DDD 1mg en lugar de 8mg por su utilización como Ansiolítico con un rango promedio de 0,5-1mg y no como Anticonvulsivante en la Clínica en Argentina.

Tabla 3

BZD e HIP en mg totales y DDD promedio paciente y mensual con DDD clonazepam según OMS

	Nombre droga	Cantidad de afiliados	%	mg totales por droga ansiolítica (aprox. un año)	%	N° de DDD PROFE CABA (con DDD clonazepam 8mg)	DDD promedio por paciente (con DDD clonazepam 8mg)	DDD por paciente por mes (promedio)
1	Clonazepam	1052	33,56%	259632,50	21,53%	32454,06	30,84	2,62
2	Lorazepam	730	23,29%	280600,00	23,26%	112240,00	153,75	12,82
3	Alprazolam	698	22,27%	88745,00	7,35%	88745,00	127,14	10,59
4	Diazepam	256	8,17%	191405,00	15,86%	19140,50	74,77	6,23
5	Bromazepam	226	7,21%	117750,00	9,76%	11775,00	52,10	4,34
6	Zolpidem	67	2,13%	62700,00	5,20%	6270,00	93,58	7,79
7	Flunitrazepam	57	1,82%	7380,00	0,61%	7380,00	129,47	10,78
8	Midazolam	34	1,10%	42900,00	3,55%	2860,00	84,12	7,00
9	Zopiclona	13	0,42%	155250,00	12,87%	19406,25	1492,79	124,39
10	Clozapolam	1	0,03%	80,00	0,01%	n/d	n/d	n/d
	Totales	3134	100,00%	1206442,50	100,00%	300270,81	2238,72	186,56

Elaboración propia.

Tabla 4

BZD e HIP, mg totales y DDD por 1000 beneficiarios-día con clonazepam DDD a 1mg

	Nombre droga	Cantidad de afiliados	%	mg totales por droga ansiolítica (aprox. un año)	%	DDD ref OMS menos Clonazepam	N° de DDD PROFE CABA (con DDD clonazepam 1mg*)	N° de DDD por 1000 benef por día** con DDD clonazepam a 1mg
1	CLONAZEPAM	1052	33,56%	259632,50	21,53%	1,00	259632,50	89,13
2	LORAZEPAM	730	23,29%	280600,00	23,26%	2,5	112240,00	38,53
3	ALPRAZOLAM	698	22,27%	88745,00	7,35%	1,0	88745,00	30,46
4	DIAZEPAM	256	8,17%	191405,00	15,86%	10,0	19140,50	6,57
5	BROMAZEPAM	226	7,21%	117750,00	9,76%	10,0	11775,00	4,04
6	ZOLPIDEM	67	2,13%	62700,00	5,20%	10,0	6270,00	2,15
7	FLUNITRAZEPAM	57	1,82%	7380,00	0,61%	1,0	7380,00	2,53
8	MIDAZOLAM	34	1,10%	42900,00	3,55%	15,0	2860,00	0,98
9	ZOPICLONA	13	0,42%	155250,00	12,87%	8,0	19406,25	6,66
10	CLOXAZOLAM	1	0,03%	80,00	0,01%	n/d	n/d	n/d
	Totales	3134	100,00%	1206442,50	100,00%		527449,25	

Elaboración propia.

*En CLONAZEPAM se tomará como DDD 1mg en lugar de 8mg por su utilización como Ansiolítico con un rango promedio de 0,5-1mg y no como Anticonvulsivante en la Clínica en Argentina.

**N° de DDD por 1.000 beneficiarios y día = N° DDD consumidos x 1.000 beneficiarios. / N° total de beneficiarios x 365 días. Valor de ref. español: menor a 24 DDD /1.000 hab. año. Ajustando la DDD del clonazepam a 1 mg en lugar de 8mg el N° de DDD es de 34 DDD/1.000 hab. año. Se tomarán 7980 beneficiarios totales del PROFE CABA que consumieron psicofármacos.

Tabla 5

Ranking de uso según DDD 1000 hab-día

N°	BZD/HIP	DDD 1000 hab-día	Desvío del Valor de referencia 24DDD (34DDD para Clonazepam 1mg)
1	Clonazepam	89,13	excedido en 55,13 DDD
2	Lorazepam	38,53	excedido en 14,53 DDD
3	Alprazolam	30,46	excedido en 6,46 DDD
4	Zopiclona	6,66	dentro del parámetro
5	Diazepam	6,57	dentro del parámetro

Elaboración propia.

Tabla 7

Desvíos de la DDD 1000 hab-día del valor de corte

N°	BZD/HIP	DDD 1000 hab-día	Desvío del Valor de referencia 24DDD
1	Lorazepam	38,53	excedido en 14,53 DDD
2	Alprazolam	30,46	excedido en 6,46 DDD
3	Clonazepam	11,14	dentro del parámetro
4	Zopiclona	6,66	dentro del parámetro
5	Diazepam	6,57	dentro del parámetro

Elaboración propia.

Tabla 6

BZD e HIP, mg totales y DDD por 1000 hab-día con clonazepam DDD OMS a 8mg

	Nombre droga	Cantidad de afiliados	%	mg totales por droga ansiolítica (aprox. un año)	%	DDD ref OMS incluido Clonazepam	N° de DDD PROFE CABA (con DDD clonazepam 8mg)	N° de DDD por 1000 benef por día*** con DDD clonazepam a 8mg
1	Clonazepam	1052	33,56%	259632,50	21,53%	8,00	32454,06	11,14
2	Lorazepam	730	23,29%	280600,00	23,26%	2,5	112240,00	38,53
3	Alprazolam	698	22,27%	88745,00	7,35%	1,0	88745,00	30,46
4	Diazepam	256	8,17%	191405,00	15,86%	10,0	19140,50	6,57
5	Bromazepam	226	7,21%	117750,00	9,76%	10,0	11775,00	4,04
6	Zolpidem	67	2,13%	62700,00	5,20%	10,0	6270,00	2,15
7	Flunitrazepam	57	1,82%	7380,00	0,61%	1,0	7380,00	2,53
8	Midazolam	34	1,10%	42900,00	3,55%	15,0	2860,00	0,98
9	Zopiclona	13	0,42%	155250,00	12,87%	8,0	19406,25	6,66
10	Cloxacolam	1	0,03%	80,00	0,01%	n/d	n/d	n/d
	Totales	3134	100,00%	1206442,50	100,00%		300270,81	

Elaboración propia.

***N° de DDD por 1.000 beneficiarios y día = N° DDD consumidos x 1.000 beneficiarios. / N° total de beneficiarios x 365 días.

Valor de ref. español: menor a 24 DDD /1.000 hab. año. Se tomarán 7980 beneficiarios totales del PROFE CABA que consumieron psicofármacos.

El lorazepam está excedido en poco más que una vez y media siendo consumo excesivo por lo que se recomienda revisar las prescripciones y diagnósticos asociados a las mismas.

En la tabla 6 la Zopiclona retoma los valores de corte aunque cabe destacar que los cálculos responden a un denominar que incluye la población PROFE CABA que hubo consumido fármacos durante el período 2006.

Con la referencia de García del Pozo de 24DDD por 1000 hab-día la tabla 7 refleja el ranking de uso de BZD/HIP pero sin describir el uso como ansiolítico del clonazepam y sólo su utilización como anticonvulsivante: En este caso si bien lorazepam y alprazolam mantienen su perfil de uso excesivo y a ser estudiado con mayor detalle en investigaciones futuras, el clonazepam entra dentro del valor de corte si fuese sólo indicado como anticonvulsivante lo cual difiere de su uso habitual en Salud Mental.

En esta línea aporta la HCF y otros instrumentos de registro y sistematización de los procesos que auditoría y monitoreo de la prescripción de ansiolíticos e hipnóticos en población vulnerable.

Respecto del alejamiento en punto y medio y/o dos puntos al menos del valor de referencia de 24DDD se puede señalar que en los países desarrollados el consumo de BZD se encuentra muy por encima del valor de referencia acordado por expertos.

Esto lleva a plantearnos la necesidad de revisar nuestro marco de referencia y ajustar valores no sólo desde el uso estándar sino específico-local de cada droga según su área de influencia sobre la salud del individuo y la de su comunidad.

3. Caracterización del diagnóstico en la práctica médico-psiquiátrica de la población seleccionada

Se referenciaron los diagnósticos presentes en las recetas al CIE-10 debido a las diferentes denominaciones utilizadas por los prescriptores para referirse a la misma categoría, cabe destacar que la mayoría de las recetas analizadas fueron confeccionadas por médicos clínicos lo cual puede constituirse en un obstáculo en cuanto a la adecuada inclusión de la codificación psiquiátrica específica pudiendo faltar el

diagnóstico (dx no definido) o bien descripto sintomáticamente (ej: ansiedad). El estudio pormenorizado de cada caso permitió resolver en muchos casos estas dificultades.

Se considera que hay dificultades para precisar diagnósticos de patología potencialmente invalidante pudiendo deberse a insuficiente información del clínico, temor a estigmatizar al sujeto, perfil psicodinámico de los terapeutas, conocimiento escaso de la nomenclatura diagnóstica.

Cabe destacar que 3.573 afiliados tienen 1 diagnóstico el resto presenta de 4 a 32 diagnósticos por afiliado.

El diagnóstico más frecuente fue el de Hipertensión Arterial, con 20152 registros. Este dato coincide con el diagnóstico más frecuente registrado en los beneficiarios del Plan Remediar para el 1º semestre del 2006, para la población general mayor de 44 años.

Además el diagnóstico de Hipertensión Arterial fue el que recibió la mayor cantidad de medicamentos para su tratamiento. La Diabetes fue el tercer diagnóstico más registrado en relación al total de prescripciones, registrando 4686 prescripciones en total

Los **10 diagnósticos** más frecuentes sin incluir las recetas con diagnóstico No definido o ilegible según cantidad de pacientes con el diagnóstico se ven en la tabla 8:

En este caso el 5º lugar corresponde al tratamiento de la ansiedad el cual suele incluir uso de BZD en su abordaje farmacológico. El 8º puesto para la depresión que en especial al inicio conlleva la prescripción de BZD junto con los ATD. El hecho que recién el 4º lugar de Dx en recetas de ansiolíticos e hipnóticos corresponda a salud mental nos propone revisar las indicaciones de este grupo de drogas y posiblemente acrecentar las instancias de actualización y revisión de los profesionales encargados del diagnóstico psicológico.

Si vinculamos el ranking diagnóstico con la distribución por sexo y edad en mayores de 65 años en población PROFE CABA se observa un cambio en los puestos quedando el trastorno de ansiedad en 2º lugar seguido en 3º lugar el trastorno depresivo (tabla 9).

Atendiendo sólo a los 597 beneficiarios con diagnóstico de Tto de la **Ansiedad** podemos calcular la **prevalencia** sobre el **total de población PROFE** siendo ésta de **4,8 %**. También podemos calcular la **prevalencia** respecto de un universo más acotado como el de **usuarios de benzodiazepinas en población PROFE**, dando un valor de **19%**.

Tabla 8
Ranking dx en población PROFE CABA 2006

	Nombre droga	Cantidad de beneficiarios con este diagnóstico
1	Hipertensión Arterial	2662
2	Artrosis	960
3	Diabetes	773
4	Dislipemia	650
5	Tto. de la Ansiedad	597
6	Gastritis	520
7	Osteoporosis	504
8	Depresión	483
9	EPOC	445
10	Enfermedad Vasculocerebral	319

Elaboración propia.

Tabla 9
Ranking dx general y mayores de 65 años (por sexo)

Población general	Fem. > 65 años	Masc. > 65 años
-HTA	1- HTA	1- HTA
2-Arritmia	2- T. Ansiedad	2- T. Ansiedad
3-DBT	3- T. Depresivo	3- T. Depresivo
4-Dislipemia	4- Artrosis	4- Insomnio
5- T. Ansiedad	5- Insomnio	5- Artrosis
6- Gastritis	6- Gastritis	6- EPOC
7- Osteoporosis	7- Neurosis	7- Parkinson
8- T. Depresivo	8- Osteoporosis	8- DBT

Elaboración propia

4. Conclusiones

A lo largo de este trabajo se pudo advertir cómo la farmacoepidemiología permite conocer lo que sucede con los medicamentos cuando son utilizados en grandes poblaciones. En este caso se trata de población vulnerable tanto en el aspecto sanitario como social y económico (discapacidad, bajos recursos, madres con más de siete hijos etc.)

Los médicos han de preguntarse acerca de la seguridad del fármaco, los costos, riesgo-beneficio de la terapéutica así como el derecho de los pacientes al acceso a las nuevas tecnologías.

Los objetivos y las estrategias del tratamiento varían de acuerdo con la fase y con la severidad de la enfermedad. Debido a la larga evolución de ciertas enfermedades es frecuente observar variaciones en las dosis de mantenimiento de los psicofármacos que dependen de la experiencia y el arte de curar de cada profesional.

La prescripción de psicofármacos suele hacerse por criterios como el historial de respuesta del paciente a la enfermedad o sus antecedentes, el perfil de efectos adversos, la familiaridad del médico con las propiedades del fármaco y las características de los distintos principios activos frente a los síntomas de la enfermedad así como la comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos u orgánicos (por ejemplo: hipertensión.).

El uso de fármacos plantea determinadas complicaciones en los adultos, la frecuente politerapia, las interacciones debido a la inhibición competitiva por la administración simultánea de más de un fármaco podría ser un hecho trascendente clínicamente.

La decisión del psiquiatra de prescribir un fármaco debe basarse en una **consideración de los riesgos y los beneficios** pero basada en la información (y en el consenso) científica. Los psiquiatras pueden prescribir fármacos toda vez que consideren que constituyen una indicación médica **para el bienestar del paciente**. Y en tanto en el trabajo terapéutico se oriente a una mejora en su calidad de vida elegida por el paciente.

Las variedades de modelos diagnósticos coexistentes registrados en la indicación farmacológica (receta) plantea la necesidad de **fortalecer el rol del Estado** en el establecimiento, implementación, monitoreo y control de guías actualizadas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento terapéutico (con acuerdo de las sociedades científicas y de las asociaciones de usuarios)

Este trabajo de investigación permitió conocer en esta población de pacientes vulnerables cuál era la utilización de psicofármacos según los datos obtenidos a través de las prescripciones y el cumplimiento de los tratamientos.

La **población total** del **PROFE CABA** durante el 2006 fue de **12.441** pero el total de población consumidora de fármacos durante este período fue de **7.980** siendo ésta la **población analizada** razón por la cual al calcular la DDD por 1000 hab-día se tomó con total de beneficiarios entendiendo por tales a aquellos que hubieron recibido algún fármaco en el período considerado.

Se confeccionó una base de datos a partir del consumo de determinados fármacos seleccionados a este fin.

El grupo psicofarmacológico estudiado fue seleccionado según mecanismo de acción y efecto terapéutico, es el siguiente: **ansiolíticos e**

hipnóticos con especial atención al **grupo de las benzodicepinas**.

El **16%** de los envases dispensados durante el **2006** en población PROFE CABA corresponde a **psicofármacos**. Teniendo en cuenta la cantidad de **envases** dispensados el **consumo de ansiolíticos cubre el 8%** de los mismos.

Del total de beneficiarios que recibieron medicación (n=7.980), el **39%** (3.134) recibió medicación ansiolítica o hipnótica, porcentaje elevado, pero consonante con el consumo de ansiolíticos en la población adulta (de 18 a 65 años) de Argentina, que es de aproximadamente del 25%. Al momento de comparar la **utilización de BZD e hipnóticos en población mayor de 65 años** es relevante no sólo atender al consumo proporcional (que en primera instancia es superior en población femenina) sino también vincular estos datos con la pirámide poblacional del grupo considerado frente a la cual las proporciones relativas varían homogeneizándose e incluso destacándose un consumo en hombres un punto mayor que en las mujeres a diferencia de la población general donde el factor sexo femenino suele asociarse a un mayor consumo de ansiolíticos.

El **ranking** de los cinco ansiolíticos por nombre genérico más utilizados en la población general del PROFE CABA atendiendo a los **envases dispensados** es: 1. **clonazepam**, 2. **lorazepam**, 3. **alprazolam**, 4. **diazepam**, 5. **bromazepam**.

A partir del análisis de n° de DDD se advierten coincidencias y variaciones respecto del listado anterior.

El **Ranking de uso por n° de DDD** de las cinco BZD e HIP es: 1. **clonazepam**, 2. **lorazepam**, 3. **alprazolam**, 4° **zopiclona** y 5° **diazepam**.

En este caso y en relación al **perfil local de prescripción** se tomó como **DDD del clonazepam** su dosis de utilización clínica como ansiolítico **1mg** (entre 0,5 y 1mg es su utilización habitual a estos fines en comparación con otros ansiolíticos de acción similar) y no la propuesta por OMS de 8mg en tanto anticonvulsivante. Esta utilización habitual y bastante efectiva según profesionales de amplia trayectoria en psiquiatría clínica amerita un estudio particular respecto de este principio activo en su uso en Argentina.

Ampliando el análisis a la **DDD por 1000 hab-día** y tomando como un valor de corte 24DDD por 1000 hab-día (Del Pozo, 2004) para todas las drogas estudiadas a excepción del clonazepam en el cual el corte es de 34DDD por 1000 hab-día se puede establecer el **ranking de uso según DDD por 1000 hab-día** que coincide con el anterior y pone de manifiesto la elevada diferencia entre el valor de referencia y el uso de BZD e HIP en la población PROFE CABA para el año 2006.

El consumo de población PROFE CABA de BZD e hipnóticos es elevado (25% total y 12% mayores de 65 años) frente a los valores de consumo en Europa (del 2 a 3%). Tanto desde la prescripción y dispensa de envases como a la luz del análisis de la DDD.

El clonazepam con 89,13 DDD por 1000 hab-día aún tomando un valor de corte mayor que el habitual (de 34DDD 1000 hab-día dado el ajuste de la DDD a 1mg) excede el mismo en 55,13 DDD por 1000 hab-día, es decir, se consume por sobre dos veces y medio la DDD por 1000 hab-día definida para su utilización como ansiolítico.

lorazepam (38,53 DDD 1000 hab-día) y alprazolam (30,46 DDD 1000 hab-día) también registran desvíos respecto del valor de corte de 24DDD 1000 hab-día en poco más de la mitad en el primer caso y

en alrededor de un cuarto en el segundo. Se deben profundizar las relaciones entre el perfil vulnerable de esta población y los datos referidos para identificar si los factores de su uso excesivo responden a patrones de dispensa, de uso indebido por parte del paciente, pautas culturales u otros. El consumo de clonazepam semeja en su elevado valor al de Dinamarca (89.30DDD por 1000 hab-día) en 1983 así como de otros países nórdicos aún cuando nuestras diferencias culturales son marcadas en diversos aspectos pareciera que las habilidades de afrontamiento del diario vivir, el stress cotidiano y el malestar contemporáneo debieran ser fortalecidas en ambas latitudes en tanto un elevado uso de ansiolíticos puede encubrir déficit en habilidades de afrontamiento, enmascaramiento de otros síntomas a partir del efecto sedativo de ansiolíticos así como el creciente uso indebido en población adulta joven combinado con otras sustancias dado su relativo fácil acceso en nuestro país a partir de la prescripción de un profesional habilitado, entre otros derroteros de adquisición por fuera del circuito terapéutico.

La detección de desvíos en el consumo de benzodiazepinas orientan a un potencial abuso de las mismas sugiriéndose un seguimiento de estos pacientes para confirmar lo dicho o descartar reventa o distribución de los mismos a través de familiares/ allegados.

Si nos orientamos al perfil diagnóstico específico que debiera acompañar la indicación de BZD e hipnótico es de resaltar que recién el **5to diagnóstico** general es el de trastorno de **ansiedad** y el **8vo** puesto la **depresión** a pesar del uso elevado de ansiolíticos en la población considerada.

La **prevalencia** del trastorno de ansiedad un es de **4.8 %** para la población PROFE, CABA 2006.

Asimismo fue posible aunque complejo generar un **nuevo modelo de investigación de consumo de psicofármacos y detección de pacientes por método indirecto** analizando las **recetas** de una población predeterminada en un tiempo seleccionado.

En investigaciones precedentes, se partía de un padrón de beneficiarios en búsqueda de los consumos y diagnósticos de los mismos; lo cual es posible cuando se atienden en un sólo efector, o la población es reducida. En nuestro caso, teniendo acceso al grupo vulnerable sobre el que nos centramos, disponibilidad de efectores, y posibilidad de que diversos médicos les brindasen atención a demanda, y no poseyendo una base general actualizada donde estuviesen registrados los datos demográficos junto con los prestacionales, se hizo necesario recurrir a un **abordaje indirecto**. Este resultó en sí mismo **innovador y costo-efectivo**.

La posibilidad que la **confección de un listado de beneficiarios** por cantidad de recetas, envases dispensados y DDD a partir del cual poder detectar desvíos en el consumo de fármacos y la posibilidad de retomar la historia clínica farmacológica de alguno de ellos para evaluar posible abuso en otro estudio es un aporte a destacar.

La **utilización de la historia clínica farmacológica** como instrumento de gestión facilitó por tanto la caracterización del consumo de ansiolíticos en la población afectada al PROFE CABA en el período noviembre 2005 – octubre 2006 para la detección de pacientes a ser monitoreados con mayor detenimiento.

Este modelo de abordaje indirecto está siendo ya utilizado para detectar otras patologías crónicas frecuentes como la hipertensión y la diabetes en esta población vulnerable.

Lograr **consolidar un sistema de registro y análisis de información integrada**, donde esté asentado y relacionado el padrón de beneficiarios, la atención médica, el consumo que realizan, y los diagnósticos, se constituiría en una herramienta clave para la toma de decisiones.

El establecimiento de un programa específico para la población relevada con entrevistas de seguimiento y control de plan terapéutico-farmacológico sería el siguiente desafío en la mejora de los procesos de Gestión de los Servicios de Salud Mental de la población bajo programa considerada.

Bibliografía

- Andrade Márcia de Freitas, Andrade Regina Célia Garcia de, Santos Vania dos. Psychotropic prescription: the evaluation of related directions and notifications. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2004 Dec [cited 2007 Sep 02] ; 40(4): 471-479. disponible en www.scielo.br
- Chen TJ, Hwang SJ, Chou LF, Fan AP, Chen YC, Utilization of psychotropic drugs in Taiwan: an overview of outpatient sector in 2000. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). 2002 Aug;65(8):378-91.
- De Abajo, Francisco J, El medicamento como solución y como problema para la salud pública. Una breve incursión a los objetivos de la farmacoepidemiología. Revista Española Salud Pública 07/08 2001, vol 75, n° 4 281-284.
- De Oliveira Sebastiao Elza; Consumo de psicotropicos: analise das prescrições ambulatorias como base para estudios de problemas relacionados com medicamentos, Pharmacy Practice, 2004, vol 2, 250-266, disponible en www.farmacare.com
- Favato G, Mariani P, Mills RW, Capone A, Pelagatti M, Pieri V, Marcobelli A, Trotta MG, Zucchi A, Catapano AL, ASSET (Age/Sex Standardised Estimates of Treatment): a research model to improve the governance of prescribing funds in Italy. Plosone, 2007 Jul 4;2:e592, disponible en www.plosone.org.
- Garcial Graciela, Dra; Dr. Vignolol, Julio, Dra Contera2 Myriam, Dra Murillo3, Nelly: "Consumo de psicofármacos en el Centro de Salud Sayago. Montevideo, 1998". Rev. Méd. Urug. v.18n.2 Montevideo set. 2002
- Leiderman, Eduardo A Dr.; Confederal, Melina; Thomas, Graciela; Montenegro, Beatriz; López Lucía; Prez, Victoria; Gil Costa, Javier; Genzone, Victoria : " Consumo de psicofármacos en la población general del conurbano bonaerense: Comparación entre distintas zonas y con la ciudad de Buenos Aires". Rev Arg de Psiq. Vertex. Volumen XVIII- N°72 Marzo-Abril 2007
- Milazzo, José D y Perna, Ana M. Colegio de farmacéuticos de General Pueyrredón, Pcia. De Bs.As: "Análisis Descriptivo de las Prescripciones de Psicofármacos en una población de la ciudad de Mar del Plata (Argentina). Período Febrero 2000 a Febrero 2001". Acta Farm. Bonaerense 23 (2): 220-5 (2004)
- Morales, Sergio D.- Espíndola, Jorge H.- Crenna, Vanina M.- Malgor, Luis, A.- Valsecia, Mabel E.: "Estudio de Utilización de Medicamentos en el Instituto de la Seguridad Social de la UNNE-ISSUNNE". Instituto de Investigaciones Biofarmacológicas- Cátedra de Farmacología- Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste- Corrientes- Argentina.
- Oscanoa, Teodoro J. Uso inadecuado de medicamentos en adultos mayores. An. Fac. med. ene./mar. 2005, vol. 66, no.1 [citado 02 Septiembre 2007], p.43-52. Disponible en www.scielo.org
- Plan de Salud Mental de Castilla- La Mancha, 2005-2010. España.
- Tamblin R, Abrahamowicz M, du Berger R, McLeod P, Bartlett G. ; A 5-year prospective assessment of the risk associated with individual benzodiazepines and doses in new elderly users; J Am Geriatr Soc; 2005 Feb, 53(2):233-41.