



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS



COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 18

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**Prevalencia del uso de benzodiazepinas en los adultos mayores con
enfermedad crónico-degenerativa en la UMF 18 del IMSS en Baja California**

Trabajo para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta

Dr.Cesar Augusto Cruz Gaspar

Asesor Metodologico:

Dra. Erika Armenta Inzunza

Asesor Responsable:

Dra. Patricia Elena Meza Luna

Indice

Titulo	3
Identificacion de los investigadores	4
Resumen	5
Marco teorico	6
Antecedentes	21
Justificacion	26
Planteamiento del problema	27
Objetivo	28
Hipotesis	33
Material y metodos	34
Aspectos eticos	36
Recursos, financiamiento y factibilidad	37
Cronograma de actividades	39
Resultados	40
Discusion	49
Conclusiones	50
Referencias bibliográficas	52
Anexos	57
Encuesta	57
Carta de no inconveniencia del director	58
Consentimiento informado	59

1. TITULO

Prevalencia del uso de benzodiacepinas en el adultos mayores con
enfermedad crónico-degenerativa en la UMF 18 del IMSS en Baja California

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Nombre: Cesar Augusto Cruz Gaspar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 18

Matrícula: 98029492

Teléfono: 664 120 27 16

Correo: ccruz2110@hotmail.com, ccruz@uabc.edu.mx

Nombre: Erika Armenta Inzunza

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 18

Matrícula: 99263370

Teléfono: 664 2286367

Correo: erikaarmenta@hotmail.com

Función: Asesor metodológico

Nombre: Patricia Elena Meza Luna

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 18

Matrícula: 98023172

Teléfono: 664 368 8735

Correo: peml19@hotmail.com

Función: Asesor Responsable

3. RESUMEN

Título: Prevalencia del uso de benzodiacepinas en los adultos mayores con enfermedad crónico-degenerativa en la UMF 18 del IMSS en Baja California

Investigadores: Dra. Erika Armenta Inzunza, Dra. Patricia Elena Mesa Luna, R1MF Cesar Augusto Cruz Gaspar

Antecedentes: En 1984 la Organización Mundial de la Salud estableció el término Adulto Mayor para hacer referencia a toda persona con edad superior a 60 años, en este grupo de edad es indispensable que se tenga una vigilancia terapeutica estrecha, la gran mayoría de ellos cursando con 1 o mas enfermedades crónico-degenerativas y con ella la utilización de medicamentos terapeuticos, se corre el riesgo de caer en casos de polifarmacia de manera innecesaria; las benzodiacepinas son un grupo de medicamentos a los cuales se debe de vigilar y preescribir de manera muy minuciosa, este estudio pretende estimar cuantos pacientes de este grupo etario estan utilizando este medicamento. Utilizando las variables de edad, sexo, comorbilidades, y tiempo de utilización.

Material y Métodos: Previa autorización de los Comités Locales de Investigación y ética, se realizará estudio en la UMF No 18 de Tijuana, Baja California, con un enfoque cuantitativo de tipo transversal, con alcance descriptivo y analítico. Se incluirán pacientes adscritos a dicha unidad con diagnóstico de enfermedades crónico degenerativas que no cuente en su expediente con enfermedades psiquiátricas, en el periodo de tiempo de septiembre a diciembre del 2021.

Análisis estadístico: Se realizará estadística descriptiva, se planea utilizar excel como programa para describir las características de la población.

Resultados: De la población total de la UMF 18, se encontró que 7562 fueron pacientes son adultos mayores inscritos en la unidad, de los cuales 768 fueron quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el estudio, donde con estos datos una prevalencia en la unidad de 10.15 %, con el sexo masculino contamos con una prevalencia de 2.75% mientras que para el sexo femenino fue del 7.40%

Palabras clave: benzodiacepinas, adulto mayor, comorbilidades

4. MARCO TEÓRICO

En 1984 la Organización Mundial de la Salud estableció el término Adulto Mayor (AM) para hacer referencia a toda persona con edad superior a 60 años. En este grupo etario resulta esperable hablar de tratamientos farmacológicos puesto que es etapa en la cual se presentan diversos cambios y se evidencian múltiples condiciones médicas que conllevan a una poli medicación, y, a su vez, una interacción farmacológica que puede producir efectos secundarios de diversa índole en la persona 1.

En América Latina existe un potencial crecimiento de la población de AM, por lo que el uso racional que existe con relación a la prescripción de psicofármacos es de real importancia. Debido a esto, conocer los efectos provocados por las benzodiazepinas (BZD) más allá de los farmacológicos es cada vez más relevante. Algunos Efectos conocidos provocados por su uso en AM son: deterioro cognitivo, bajo rendimiento psicomotor, dependencia, entre otras. El primer acercamiento a las BZD suele ser por prescripción médica, a diferencias de otras drogas sean legales o ilegales. De igual forma, el uso prolongado de las bzd se ha asociado al desarrollo de dependencia, aun cuando sea en dosis terapéuticas. 1

Aparece relevante desarrollar este análisis pues los adultos mayores, según diversos autores, presentan una alta prevalencia en el consumo de BZD. Además, a pesar de que su uso inicial suele ser bajo prescripción médica, no siempre ocurre de esta manera, por lo que conocer los efectos tanto físicos y psicológicos del consumo y cómo ellos pueden llegar a influir en la calidad de vida de los adultos mayores se transforma en un imperativo 1

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas (BZD), forman parte de los grupos farmacológicos más conocidos y prescritos a nivel mundial y nacional desde su aparición en los años 60

tras el descubrimiento de los barbitúricos y sus posibles usos. Corresponde a un grupo de fármacos que tienen efectos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivos, miorrelajantes así como una serie de efectos adversos. 2

Existen diferencias entre las principales BZD disponibles en nuestro medio debido a su perfil farmacocinético como su vida media, potencia, tiempo de inicio y duración de acción de cada una en particular. Sin embargo, a pesar de sus virtudes terapéuticas, su prescripción irracional es una realidad creciente, lo que lleva a su uso indiscriminado en la práctica médica general, con desconocimiento de sus múltiples efectos adversos e interacciones farmacológicas; existiendo también poblaciones de mayor vulnerabilidad a sus efectos, como en el caso de los pacientes ancianos. 2

Las benzodiazepinas y otros tipos de sedantes-hipnóticos, como los medicamentos Z, ya no se recomiendan para tratar el insomnio en adultos mayores y se consideran inapropiados. Además de causar deterioro de la memoria, caídas, fracturas y accidentes automovilísticos, los datos ahora muestran que los hipnóticos sedantes representan una cantidad sustancial de visitas evitables al departamento de emergencias e ingresos hospitalarios. 2

Es posible que los pacientes no sean conscientes de los riesgos del uso crónico de benzodiazepinas. Informarles de los últimos hallazgos de la investigación puede provocar el deseo de disminuir gradualmente. La evidencia de nivel 1 respalda la educación del paciente como un método eficaz para catalizar la reducción de las benzodiazepinas. 3

El ensayo EMPOWER expuso a 150 consumidores crónicos de benzodiazepinas de entre 65 y 95 años a un folleto educativo de 8 páginas enviado por correo sobre los riesgos de tomar sedantes-hipnóticos, junto con una imagen de un protocolo de reducción gradual de 20 semanas, que muestra cuándo tomar una dosis completa, media o cuarta de píldora para retirarse gradualmente de la terapia. En 6 meses, el 27% de las personas que recibieron la intervención habían suspendido

su uso por completo en comparación con el 5% de los controles, y un 11% adicional había reducido su dosis. 3

Otro ensayo aleatorizado en atención primaria mostró que la distribución de un protocolo de reducción por escrito junto con una discusión de 20 minutos entre médico y paciente sobre el cese de las benzodiazepinas condujo a una reducción del 45% en el uso a 1 año de seguimiento, incluso sin un seguimiento estrecho. Los pacientes con trastornos psiquiátricos graves que recibían terapia antipsicótica no se incluyeron en ninguno de los ensayos. Además de causar deterioro de la memoria, caídas, fracturas y accidentes automovilísticos, los datos ahora muestran que los hipnóticos sedantes representan una cantidad sustancial de visitas evitables al departamento de emergencias e ingresos hospitalarios. 3

Enfermedades crónico-degenerativas en el adulto mayor

En los últimos años se ha configurado el concepto de polifarmacia como consecuencia del empleo de múltiples fármacos. La Organización Mundial de la Salud la define como el uso simultáneo de más de tres fármacos. El factor desencadenante de este fenómeno es la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas, cuyos principales representantes son las enfermedades del corazón (40.2 %), la diabetes mellitus (24.2 %), la artrosis (3.3 %) y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (2 %). 4

Si bien es cierto que en el paciente geriátrico con enfermedad crónica degenerativa se puede asumir que el consumo de un medicamento debe ser permanente, también es una realidad que desde el punto de vista médico se deben hacer ajustes en función de la evolución clínica, lo cual impacta directamente en el tiempo de duración de la prescripción dada por el médico y en la modificación del tipo de medicamento prescrito. Además, es común que el paciente no cumpla con el apego a la prescripción medicamentosa, lo cual se refleja en el tiempo de uso del medicamento 4

Los ancianos son un grupo de población en aumento. Con la edad aumentan las enfermedades crónicas y el consumo de fármacos. Los cambios fisiológicos y

metabólicos que se producen en ellos junto a la polimedicación pueden aumentar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y los resultados negativos de la medicación (RNM). Las benzodiazepinas (BZD) son un grupo de fármacos ampliamente utilizados por los ancianos para los trastornos de ansiedad y sueño. 5

Según la Agencia Española del Medicamento (AGEMED) las BZD no deben utilizarse más de un mes para el insomnio ni más de tres meses para la ansiedad, incluyendo el tiempo de retirada gradual del medicamento. Las recomendaciones terapéuticas consensuadas y las guías de práctica clínica aconsejan que el tratamiento con BZD para la mayoría de las indicaciones no supere las 3- 4 semanas 5

Los medicamentos son la herramienta terapéutica más empleada para aliviar los síntomas, mejorar el estado funcional y la calidad de vida en el adulto mayor, y así la confianza depositada en ellos, por pacientes y médicos, está sobredimensionada. En este contexto surge la prescripción inadecuada de fármacos. 5

Se considera como polimedicación al uso de tres o más medicamentos. Sin embargo, esta definición no considera si las enfermedades basales requieren o no medicación, si la indicación es adecuada o si tiene eficacia demostrada. 5

Instrumentos para detectar prescripción inapropiada de medicamentos en el adulto mayor

Se considera como poli medicación al uso de cuatro o más medicamentos. Sin embargo, esta definición no considera si las enfermedades basales requieren o no medicación, si la indicación es adecuada o si tiene eficacia demostrada. Existen herramientas para evaluar la calidad de prescripción en el adulto mayor, como los criterios de Beers. 6

Criterios de Beers. Estos fueron desarrollados en 1991 por Beers et al.; y modificados en 1997 y en 2003. Incluye dos tablas, una de 48 grupos de

medicamentos inapropiados independientemente del diagnóstico y la otra considera 20 Grupos de medicamentos inapropiados en determinados diagnósticos.⁽⁶⁾ Otra alternativa son los criterios STOPP-START asumido por la European Union Geriatric Medicine Society. Incluyen los criterios START (Screening Tool to Alert Doctors to the Right Treatment) y los criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions), con 22 y 65 criterios respectivamente, recogiendo los errores más comunes de tratamiento, incluyendo también la omisión de prescripción. En 2010 se publicó la lista PRISCUS que consta de 83 medicamentos seleccionados del mercado alemán. Esta presenta como ventaja adicional la propuesta de medicación alternativa más segura para cada medicamento ⁶.

Los estudios de utilización de medicamentos indican invariablemente que, en mayor o menor medida, muchos medicamentos son tomados sin que haya necesidad de ellos, y viceversa: muchas personas que los necesitan no los toman, por falta de acceso o por otros motivos. ⁷

Ambas situaciones dan lugar a patología innecesaria y/ o prevenible. Una parte importante de la patología yatrogénica que afecta a la población puede haber sido consecuencia de la prescripción irreflexiva de medicamentos innecesarios o que no eran de primera elección. Es particularmente preocupante la presión para prescribir nuevos medicamentos, protegidos por patente, más caros, y que no han sido comparados directamente en ensayos clínicos con los ya disponibles. ⁷

La prescripción razonada, reflexiva y prudente de medicamentos no es solamente responsabilidad del médico. Los sistemas de salud y las organizaciones prestadoras de servicios de atención a la salud tienen la responsabilidad de asegurar una formación continuada de sus facultativos con contenidos independientes de la industria, así como la de facilitar la labor del médico mediante una selección adecuada de las mejores alternativas para cada problema de salud, que permita concentrarse en gestionar el conocimiento de los problemas que son realmente esenciales ⁷

La seguridad de las benzodiacepinas durante el empleo prolongado ha sido objeto de intenso escrutinio y preocupación en las dos últimas décadas. Las guías terapéuticas sobre la prescripción de las benzodiacepinas recomiendan su uso restringido al alivio rápido de la ansiedad severa o el insomnio. A este respecto, la Agencia Española del Medicamento estipula que «las benzodiazepinas sólo están indicadas para el tratamiento de un trastorno intenso, que limita la actividad del paciente o le somete a una situación de estrés importante. De forma general la duración total del tratamiento no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual del mismo.»¹ Pero a pesar del consejo generalmente aceptado para mantener el tratamiento breve, las benzodiacepinas son frecuentemente prescritas y consumidas en periodos mucho más prolongados ⁸

En los últimos años, ha crecido la preocupación en relación al perfil de efectos secundarios y al potencial de las benzodiacepinas para provocar dependencia y abuso. ⁸

Los inconvenientes de las benzodiacepinas incluyen sedación, alteraciones psicomotoras (ataxia, incoordinación, vértigo, mayor riesgo de caídas) y trastornos cognitivos que están bien documentados en un reciente meta-análisis basado en 13 estudios neuropsicológicos realizados en pacientes tratados con benzodiacepinas a largo plazo. Estos fármacos pueden causar amnesia anterógrada, amnesia global transitoria y déficit en el razonamiento verbal y en el procesamiento sensorial, siendo este último el riesgo mayor con las moléculas de alta potencia, con dosis elevadas y en pacientes de edad avanzada. Importa reseñar que el déficit en las áreas de memoria verbal y no verbal, y en el control motor persiste tras más de seis meses de abstinencia. ⁸

A pesar de la gran utilización de BZD, existe evidencia que sugiere que los trastornos de ansiedad y el insomnio a veces están infradiagnosticados y tratados de forma insuficiente en pacientes de edad avanzada. Esto plantea el problema de su vasta y muy débil especificidad de utilización, lo que demuestra que estos medicamentos se utilizan de forma relativamente indebida. ⁹

Los estudios epidemiológicos muestran que entre el 25% de los pacientes mayores de 65 años se encuentran en residencias de ancianos y, a menudo, son tratados con BZD. El paciente anciano suele ser polimedicado, pero las interacciones medicinales son raras con las BZD, con la excepción de la asociación de dos BZD que compiten entre sí para unirse a los sitios cerebrales. Se sugiere que las BZD metabolizadas por oxidación afectan a los medicamentos administrados de manera concomitante a nivel del sistema hepático del citocromo P 450 (CYP), particularmente las isoenzimas CYP 3A y CYP 2C19. Los medicamentos que inhiben las acciones de los metabolitos de estas isoenzimas pueden disminuir la tasa de aclaramiento de estas BZD y, por lo tanto, aumentar su vida media, su concentración plasmática y, de hecho, pueden aumentar sus efectos clínicos en el paciente anciano. 9

Los adultos mayores reciben un número aumentado de medicamentos en comparación con los más jóvenes, estando más expuestos a las reacciones adversas a medicamentos (RAM), definidas por la organización mundial de la salud (OMS) como cualquier respuesta nociva o indeseable a un fármaco que ocurre a las dosis usualmente utilizadas para profilaxis, diagnóstico y tratamiento de una patología. 10

La utilización inapropiada de los medicamentos plantea consecuencias sanitarias que se expresan a través de aumento en la morbilidad y consumo de recursos sanitarios, por lo que es considerado un problema de salud pública. En los Estados Unidos, los adultos mayores consumen el 32% de todos los medicamentos recetados, y en ellos se ha reportado una prevalencia de RAM del 35%, las cuales a su vez se estima que son responsables de hasta un 30% de los ingresos hospitalarios en esta población. 10

En 2008, aproximadamente el 5,2% de los adultos estadounidenses de entre 18 y 80 años consumían benzodiazepinas. El porcentaje que usaba benzodiazepinas aumentó con la edad de 2.6% (18-35 años) a 5.4% (36-50 años) a 7.4% (51-64 años) a 8.7% (65-80 años). El uso de benzodiazepinas fue casi dos veces más

frecuente en mujeres que en hombres. La proporción de uso de benzodiazepinas a largo plazo aumentó con la edad del 14,7% (18-35 años) al 31,4% (65-80 años), mientras que la proporción que recibió una prescripción de benzodiazepinas por parte de un psiquiatra disminuyó con la edad del 15,0% (18 -35 años) al 5,7% (65-80 años). En todos los grupos de edad, aproximadamente una cuarta parte de las personas que recibieron benzodiazepinas involucraron el uso de benzodiazepinas de acción prolongada. 11

A pesar de las advertencias sobre los riesgos asociados con el uso prolongado de benzodiazepinas, especialmente en pacientes de edad avanzada, el uso prolongado de benzodiazepinas sigue siendo común en este grupo de edad. Pueden ser necesarias intervenciones clínicas más enérgicas que apoyen el uso juicioso de benzodiazepinas para disminuir las tasas de uso de benzodiazepinas a largo plazo en adultos mayores. 11

Existe una alta prevalencia del uso prolongado de benzodiazepinas entre las personas de edad avanzada (personas de 65 años o más), que representan el 12,5% de la población general. Este tema merece atención dado que se espera que este segmento de la población crezca y dado que las personas mayores son particularmente propensas a reacciones adversas a las benzodiazepinas. En esta columna revisamos la literatura sobre el grado de uso y dependencia de las benzodiazepinas entre las personas mayores y los problemas específicos que surgen. 12

El treinta por ciento de todos los medicamentos recetados se recetan a personas mayores y muchos de estos medicamentos son psicotrópicos. De los sedantes-hipnóticos disponibles, las benzodiazepinas son, con mucho, las que se prescriben con más frecuencia. 13

En un estudio de Morgan y colaboradores, la prevalencia del uso de fármacos hipnóticos (el 92 por ciento de los cuales son benzodiazepinas) entre personas de

65 años o más en una muestra británica representativa a nivel nacional fue del 16 por ciento. El uso de hipnóticos fue más frecuente entre las mujeres que entre los hombres y aumentó significativamente con la edad. La tasa de uso fue del 13 por ciento entre las personas de 65 a 74 años y del 20 por ciento entre las de 75 años o más. Las duraciones de uso fueron de uno a cinco años en el 13 por ciento de la muestra, de cinco a diez años en el 19 por ciento y de más de diez años en el 25 por ciento. Otros dos estudios, uno de Europa y otro de Quebec, mostraron tasas de prevalencia del 19,8 por ciento y del 23 por ciento para el uso continuo de benzodiazepinas entre adultos mayores (4,5). 13

Las BZD son los fármacos psiquiátricos más utilizados y poseen propiedades farmacológicas que proporcionan acción sedante, hipnótica, ansiolítica, anticonvulsivante y relajante muscular. Si bien se consideran eficaces en el manejo de los trastornos del sueño y la ansiedad, se han relacionado con la ocurrencia de eventos adversos y su prescripción a los adultos mayores es potencialmente inadecuada, especialmente para uso prolongado. Las BZD se han asociado con deterioro psicomotor y deterioro cognitivo, mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer, accidente cerebrovascular y tumores cerebrales malignos. 14

A pesar de los riesgos asociados con el uso prolongado de BZD, especialmente entre los adultos mayores, su uso sigue siendo frecuente. En los países de mayores ingresos, se ha investigado la tendencia de este uso entre los adultos mayores, mostrando a veces un aumento, a veces una disminución de su prevalencia. En Brasil, estudios de alcance local han evaluado la prevalencia del uso de BDZ entre los adultos mayores en las ciudades más pequeñas y en las metrópolis, pero la tendencia del comportamiento del evento a nivel poblacional, especialmente entre los adultos mayores, sigue siendo desconocida. 14

Si bien los efectos deletéreos agudos de las benzodiazepinas sobre la memoria y la cognición están bien documentados. La frecuencia de síntomas altamente

correlacionados con la prescripción de benzodiacepinas (ansiedad, insomnio y trastornos depresivos) aumenta en los años previos al diagnóstico de demencia. 15

La exposición a las BZD se asoció con un mayor riesgo de caídas en los adultos mayores. Las BZD aumentan el riesgo de caídas cuando se usan como monoterapia o en terapias combinadas. Es preferible utilizar BZD de acción corta, para evitar efectos acumulativos con el tiempo que predispongan a las caídas. 16

Una alta proporción de caídas en adultos mayores está relacionada con el uso de BZD. Deben prescribirse a pacientes mayores de acuerdo con las guías clínicas vigentes y revisarse con el tiempo. Las BZD deben prescribirse como terapia a corto plazo y retirarse progresivamente. Las BZD de acción corta deben ser el tratamiento de elección. 16

Las caídas afectan a la mayoría de la población adulta mayor. Varios estudios han proporcionado evidencia que respalda el impacto continuo de las BZD en los incidentes relacionados con caídas. Los cambios en el cuerpo relacionados con la edad interfieren con el metabolismo de las BZD, lo que da como resultado la acumulación y efectos residuales de las BZD. Además, las BZD son fármacos psicoactivos que se utilizan habitualmente como ansiolíticos, sedantes o hipnóticos en adultos mayores. Las BZD no se recomiendan pero se usan ampliamente entre los adultos mayores para varias indicaciones, pero más comúnmente para los trastornos del sueño. Desafortunadamente, esto significa que las BZD a menudo se recetan durante períodos prolongados contra los criterios de Beers y otras pautas de medicamentos. 17

Asimismo, las prácticas inapropiadas en la prescripción de BZD predisponen a los adultos mayores al riesgo de sufrir caídas. Sin embargo, las BZD probablemente sean útiles como tratamiento a corto plazo para la ansiedad y el insomnio agudos. Por lo tanto, los médicos que prescriben BZD deben considerar el beneficio / riesgo

debido a su influencia en el aumento de incidentes relacionados con caídas en adultos mayores. 17

Comprender la prescripción de BZD entre los adultos mayores es de particular importancia dado el mayor riesgo de polifarmacia y la mayor sensibilidad a los efectos secundarios de los medicamentos en esta población. El uso de BZD entre adultos mayores se ha asociado con muchos efectos adversos que incluyen caídas, fracturas, y accidentes automovilísticos. Si bien varios estudios han sugerido una posible asociación entre el uso de BZD y un mayor riesgo de demencia. Un gran estudio prospectivo no encontró un aumento en el riesgo con una mayor exposición a BZD.¹³ Sin embargo, una revisión de ensayos aleatorizados controlados con placebo por Tannenbaum y sus colegas demostró que BZD claramente causa deterioro cognitivo amnésico y no amnésico. 18

Después de los opioides, las BZD son la segunda clase de medicamentos más común asociada con la mortalidad por sobredosis de medicamentos recetados, y las sobredosis relacionadas con BZD han ido en aumento. Si bien los opioides son el medicamento recetado más común asociado con la mortalidad por sobredosis, las BZD son la clase de medicamentos que se combinan principalmente con opioides en tales. A la luz de estas preocupaciones, la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) emitió recientemente una advertencia de recuadro negro supresión y muerte causadas por la prescripción conjunta de opioides con otros depresores del SNC, incluida la BZD. 18

Dado que tres de las cuatro prescripciones de benzodiazepinas son redactadas por médicos de cabecera, el abandono del paciente en el entorno de atención primaria es un objetivo importante. Los enfoques para la interrupción han variado desde intervenciones simples hasta intervenciones más complejas. Las intervenciones más complejas incluyen la terapia cognitivo-conductual (TCC) realizada por psicólogos y médicos de cabecera, y la farmacoterapia alternativa. La interrupción

de las benzodiazepinas no causa malestar psicológico, y puede mejorar aspectos de la cognición. 19

Los médicos generales suelen tener un tiempo limitado para consultar a cada paciente y, a menudo, encuentran dificultades para controlar la abstinencia. Por lo tanto, se deben hacer esfuerzos para desarrollar intervenciones factibles, basadas en evidencia, efectivas y rápidas que puedan implementarse fácilmente en la atención primaria. Se evaluó dos intervenciones: una intervención educativa estructurada con reducción gradual respaldada por visitas de seguimiento quincenales y la misma intervención educativa estructurada respaldada por instrucción escrita en lugar de visitas de seguimiento, que requiere menos participación del médico de cabecera. 19

El objetivo era comparar la eficacia de estas dos intervenciones con la de la atención habitual en la interrupción del uso de benzodiazepinas a largo plazo en pacientes de atención primaria, administrada a nivel del médico de cabecera. También intentamos determinar la efectividad de cada intervención en relación con las características del paciente. Se utilizó la asignación al azar por grupos para evitar un posible sesgo de contaminación cruzada que podría dar lugar a un tratamiento más intensivo en el grupo de atención habitual. 19

La mayor susceptibilidad a enfermedades crónicas, discapacidades, problemas psicosociales y comorbilidades son más frecuentes en la vejez. El proceso de población ha provocado una creciente preocupación por la atención de la salud mental, principalmente debido a la alta prevalencia de trastornos mentales en la población anciana, en particular los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad. El uso de medicamentos es una de las principales formas de tratamiento para el control y prevención de las condiciones crónicas de salud más prevalentes, especialmente en el caso de las personas mayores. El elevado uso de fármacos hace que esta población sea más susceptible a los riesgos de la polifarmacia y problemas relacionados con la farmacoterapia. 20

Entre los medicamentos utilizados por los ancianos, se destaca el uso crónico de psicofármacos, especialmente hipnóticos, sedantes y ansiolíticos clase benzodiazepina, debido al insomnio y ansiedad constantes que afectan a este grupo. El uso crónico de psicofármacos puede tener consecuencias graves, como un aumento de las interacciones farmacológicas, reacciones adversas y desarrollo de dependencia y tolerancia. El elevado consumo de drogas, especialmente de psicofármacos, puede estar relacionado con la reducción de la capacidad funcional y consecuentemente una baja calidad de vida. 20

A pesar de las preocupaciones existentes sobre el uso de benzodiazepinas en pacientes adultos mayores, su uso entre esta población sigue siendo alto. Durante un período de 10 años, se prescribieron benzodiazepinas para adultos mayores en el 12,4% y el 10,5% de todas las visitas realizadas a los departamentos de emergencia de los Estados Unidos. Y a la clínica de atención ambulatoria, respectivamente. 21

La justificación del uso a largo plazo de benzodiazepinas y fármacos relacionados ha sido durante mucho tiempo un tema que ha dividido a los médicos de todo el mundo. Las principales preocupaciones sobre el uso de benzodiazepinas están relacionadas con el desarrollo de tolerancia y dependencia del uso regular como así como los eventos adversos, especialmente en personas mayores. En consecuencia, se han publicado varias pautas y recomendaciones para la prescripción de BZD a lo largo de los años, enfatizando que la duración del uso debe limitarse al corto plazo (4-12 semanas). Algunos autores también sugieren que los beneficios de BZD pueden persistir, al menos en grupos específicos de pacientes, y que la relación riesgo-beneficio del uso a largo plazo (p. Ej., En trastornos de ansiedad) no se ha estudiado adecuadamente en comparación con alternativas farmacoterapéuticas. enfoques como la administración de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. 22

A pesar de todas las recomendaciones, una gran cantidad de literatura muestra que el uso a largo plazo sigue siendo muy común, especialmente en pacientes mayores, y se necesitan más investigaciones sobre el tema para optimizar el uso de BZDR. Entre las personas mayores, el uso de BZD se ha asociado con efectos adversos cognitivos y psicomotores y un mayor riesgo de caídas, fracturas, e incluso mortalidad. Los factores generales asociados con el uso prolongado de BZD, según estudios previos, incluyen sexo, condiciones comórbidas, edad avanzada, menores ingresos y peor estado de salud. 22

Algunos estudios apuntan hacia problemas centrados en sustancias específicas, como el alprazolam y el clonazepam. También se han planteado preocupaciones sobre el uso cada vez mayor de medicamentos relacionados con las benzodiazepinas, a menudo llamados Z -medicamentos, específicamente, zolpidem. Sin embargo, se necesita más información en la toma de decisiones clínicas al iniciar el uso de BZD, renovar las prescripciones e intentar suspender su uso.22

El uso inadecuado de medicamentos y de patrones de prescripción aumenta de manera innecesaria el costo de la atención médica, de ahí que la utilización correcta de estos sea crítica para alcanzar un estado de salud en los paciente y un uso efectivo y eficiente de los recursos de los sistemas de salud. Otros errores de la prescripción que se han documentado con una elevada frecuencia son los relacionados con las dosis, la inadecuada o la incorrecta ruta de administración, así como la incorrecta indicación o prescripción de medicamentos para los cuales el paciente es alérgico. El uso racional de un medicamento exige no solo se prescriba el medicamento apropiado, en dosis, intervalo y duración, que haya demostrado eficacia y seguridad y que se a de calidad; también deberá estar disponible cuando se necesita y aun precio que se accesible a la población. 23

La prescripción inadecuada puede ser influenciada por varios factores como: información brindada al paciente, uso de abreviaturas que generan confusión al

paciente llevándolo a cometer errores en la administración del medicamento, falta de comunicación en la relación médico - paciente, errores en la identificación del medicamento por etiqueta- embalaje- nomenclatura.²⁴

Errores más frecuentes de prescripción inadecuada: dosis inadecuada o indicación errónea sobre los intervalos entre las dosis, elección inadecuada del medicamento, duración inadecuada del tratamiento, falta de educación e información al paciente sobre las dosis, vía de administración, horario o formas farmacéuticas y polifarmacia. ²⁵

5. ANTECEDENTES:

Las benzodiazepinas (BZD), forman parte de los grupos farmacológicos más conocidos y prescritos a nivel mundial y nacional desde su aparición en los años 60 tras el descubrimiento de los barbitúricos y sus posibles usos. Corresponde a un grupo de fármacos que tienen efectos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivos, miorrelajantes así como una serie de efectos adversos. En adultos mayores (AM), las BZD deben ser utilizadas con precaución, debido, entre otras razones, a los cambios en la farmacodinamia y la farmacocinética inducidas por la edad y la polifarmacia. . Su elevado consumo y uso prolongado más allá de los plazos usualmente recomendados constituyen las principales dimensiones del problema, el cual se ha intentado explicar aludiendo a la baja percepción de los riesgos por parte de los médicos y su uso en indicaciones de eficacia no comprobada 25

La automedicación constituyó un 16%, un gran porcentaje de pacientes no había vuelto a controlarse con el médico prescriptor y la mayoría de las prescripciones fueron realizadas por médicos generales. La indicación más frecuente fue el insomnio (38%), seguida por la ansiedad (11%) y un porcentaje importante (33%) no recordaba o no sabía la indicación. No constituyen en ninguna de las guías de tratamiento del insomnio una primera opción terapéutica. De optar por un BZD, las de vida media corta o intermedia serían la opción más adecuada, considerando un uso restringido a no más de 4 semanas. Con respecto a los trastornos de ansiedad, las BZD son eficaces en el tratamiento de este desorden, reduciendo en forma rápida los síntomas somáticos y emocionales. Sólo se encuentran indicadas para el tratamiento de un trastorno intenso, que limite la actividad del paciente que lo padece, no debiendo superar el mismo las 8 a 12 semanas incluyendo la retirada.

En honduras en 2016 se realizo un estudio a 342 pacientes del hospital Mario Mendoza en Honduras, para analizar uso crónico y sobreindicación de benzodiacepinas, tomando como variables nivel socioeconómico, enfermedades de base, edad, escolaridad, tipo de benzodiacepinas y su tiempo de uso. Referente a los hallazgos de las variables sociodemográficas comenzando por los rangos de edad predominantes, lo encabeza el de 47-56 años con un 23.10% (79), el sexo de predominio es el femenino con 77.20% (264). La procedencia radica en un 52.88% (176) provenientes del casco urbano de la ciudad capital. De estado civil, el soltero ostentó un 46.20% (158) y finalmente el grados de escolaridad, primaria completa, posee el índice más alto con un 28.65%. 27

Los motivos por los cuales se indican las Benzodiacepinas son muy variados sin embargo se indican en su mayoría para Trastornos del sueño (insomnio) en un 56.73% (194). Y en una minoría por Estrés postraumático con apenas el 0.24%. Se ha realizado un cruce de variable en donde se puede observar la relación entre el motivo de la indicación y la edad, en donde el trastorno del sueño se lleva el primer puesto en los pacientes mayores a 57 años en un 65.35% Col%. En cuanto a la cantidad de tomas de acuerdo al motivo por el cual han sido indicadas las BZD, es fácil identificar que el Trastorno del sueño ostenta el primer puesto con un índice acumulado de 56.73%, con una frecuencia de tomas de 1 al día con un 65.42%, seguido del Síndrome ansioso depresivo, con un índice acumulado de 28.65%, con el mayor índice en tomas de dos veces por día en un 75.76%. 27

En cuanto a los diagnósticos de base más frecuentes que suman un tercio aproximadamente del total muestral tomado para el estudio, los diagnósticos son muy variados tomados del CIE-10 por lo que se ha disminuido la dispersión de los datos, entre los que se pueden mencionar el Episodio depresivo moderado F32.1, que se lleva el primer puesto con 15.2% , seguido de entre la Distimia F34.1 con un 6.43% , por otra parte el Trastorno de Ansiedad Generalizada F41.1, el Trastorno depresivo recurrente episodio actual leve F 33.0 y Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado F 33.1, comparten porcentajes de 4.68%. Los

diagnósticos de menor frecuencia se encuentran el F41.2 , F33.2, y el G40, por mencionar algunos 27

En el estudio realizado en el Instituto nacional de psiquiatría juan ramón de la fuente en 2009 en la Ciudad de Mexico, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las variables sociodemográficas y la comorbilidad médica. Los pacientes incluidos cursaron en su mayoría con un cuadro depresivo o algún trastorno de ansiedad como diagnóstico principal. La indicación médica inicial para el consumo de BDZ fue el tratamiento de la ansiedad para los pacientes con dependencia y del insomnio para los no dependientes. La edad de inicio del consumo de las BDZ y el tiempo de consumo fue de 57.5 años y 675.2 semanas en promedio, respectivamente. La dosis promedio utilizada por los pacientes fue de 14.4mg en equivalentes de diazepam. 28

Los pacientes con dependencia a las BDZ mostraron una mayor gravedad de los síntomas de depresión y ansiedad, menor desempeño cognoscitivo y menor funcionamiento psicosocial, así como conductas de búsqueda y abandono de actividades relacionadas con el consumo y mayores síntomas de tolerancia y abstinencia a las BDZ. 28

La encuesta edades del Plan Nacional de drogas, encuesta que se realiza en territorio nacional, en la población general residente en hogares, cifra la prevalencia de consumo para el año 2013 en una edad de 15-64 años, para el caso de hipnosedantes consumidos los últimos 30 días (con o sin prescripción médica): en un 8,9 %. Siendo en hombres de 5,8% y en mujeres 12,1%. Lo que si muestra similitud con la encuesta edades del Plan Nacional de Drogas es que el consumo es superior en mujeres que en hombres y de forma general se observa un aumento progresivo del consumo en ambos grupos a lo largo de los años analizados.29

En 2013, se examinaron un total de 7.513 fichas de datos, de las cuales 6.739 correspondían a hombres y 774 a mujeres. Habían utilizado benzodiacepinas o

análogos 138 personas de las cuales 111 eran hombres y 27 mujeres (en 131 casos usaron una única benzodiacepina, en 7 habían consumido dos tipos de benzodiacepinas de los cuales cinco eran hombres y dos mujeres). En 2013 la prevalencia total de consumo fue de 1,8%, siendo las mujeres un 3,4% y hombres un 1,6%. 29

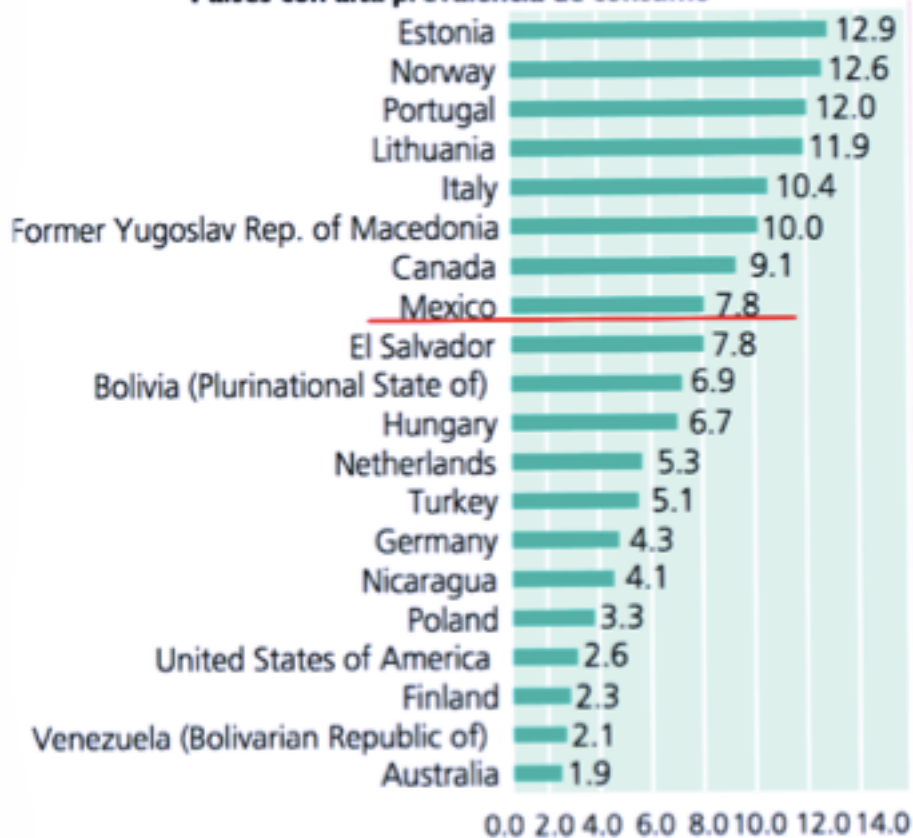
En 2014, se examinaron un total de 6.741 fichas de datos, de las cuales 6.025 correspondían a hombres y 716 a mujeres. Habían utilizado benzodiacepinas o análogos 130 personas de las cuales 94 eran hombres y 36 mujeres (en 124 casos usaron una única benzodiacepina, en 6 habían consumido dos tipos de benzodiacepinas, de los cuales cuatro eran hombres y dos mujeres). En 2014 la prevalencia total fue de 1,9%, siendo las mujeres un 5,2% y los hombres 1,5%. En 2015, se examinaron un total de 6.855 fichas de datos, de las cuales 6.104 correspondían a hombres y 751 a mujeres. 30

Habían utilizado benzodiacepinas o análogos 169 personas de las cuales 127 eran hombres y 42 mujeres. (En 155 casos usaron una única benzodiacepina, en 13 casos habían consumido dos tipos de benzodiacepinas de los cuales diez eran hombres y tres mujeres y 1 hombre que había consumido tres benzodiacepinas). En 2015 la prevalencia total fue de 2,4%, siendo las mujeres un 5,9% y los hombres 2,1%. 30.

De acuerdo al WORLD DRUG REPORT 2013, México se encuentra entre los países con prevalencias más altas de consumo de tranquilizantes y sedantes. Con una prevalencia anual en la población general del 7.8 %.

El más reciente estudio epidemiológico publicado donde se reporta el consumo de medicamentos de prescripción en la población general de México es la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, la cual describe prevalencias del 0.34% para el último año y del 1.03% para alguna vez en la vida. 31

**Prevalencia anual del uso no médico de tranquilizantes y sedantes en la población general
Países con alta prevalencia de consumo**



Fuente: United Nations Office on Drugs and Crime, data from the annual report questionnaire (2007-2011).

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.⁽³²⁾

6. JUSTIFICACIÓN

Dentro de la práctica médica siempre es importante establecer criterios específicos y previamente estandarizados para el uso de algunos fármacos que pudieran ocasionar alguna dependencia en cierto grupo de pacientes.

Existe un grupo de medicamentos llamados benzodiacepinas, que sin duda alguna, son de gran ayuda en cierto grupo de enfermedades psiquiátricas o bien, como agentes hipnóticos-sedantes pero también, son un grupo de medicamentos que si no se lleve con control pudieran ocasionar un daño mayor que un beneficio en el paciente.

A este grupo de fármaco en particular, se le debe de tener una vigilancia muy estrecha, sobre todo cuando no encontramos suficientes argumentos para prescribirlos por tiempos prolongados; existen estudios los cuales demuestran que no hay beneficios mayores prescribiéndolos por más de 12 semanas, siendo éste el límite máximo que refieren diversas literaturas.

Tenemos un grupo etario, particularmente vulnerable, aquellos llamados adultos mayores, que según las organizaciones internacionales se llamarán así, a las personas que cursen con mas de 60 años de edad; añadiendo que este grupo de personas pudieran presentar alguna enfermedad crónico degenerativa, el problema es aun mayor.

Es por eso que al investigar la prevalencia de paciente vulnerables que estan bajo la administracion de este tipo de medicamentos no ayudara a tener un mejor control de los mismo, reduciendo asi la aparicion de los efectos secundarios por su utilizacion cronica y en algunos casos poco vigilada.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la rotación por el servicio de consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar 18 de la ciudad de Tijuana Baja California, unas de las tantas acciones que se realizan es monitorear los farmacos prescritos en pacientes que acuden por control enfermedades crónico-degenerativas y es así como se detecta que muchos de estos paciente utilizan benzodiacepinas con tiempo prolongados de consumo (más de 12 semanas) .

Analizando los casos antes descritos se encontro que los motivos de prescripción más frecuentes son insomnio, estrés, ansiedad.

Es por esto que surge la inquietud de recopilar bibliografía e información médica sobre la apropiada indicación de las benzodiacepinas en adultos mayores, así como los criterios para limitar su utilización

Con esta investigacion, el objetivo es establecer la Prevalencia del uso de benzodiacepinas en adultos mayores con enfermedad crónico-degenerativa en la UMF 18 del IMSS en Baja California

Lo que nos lleva a plantear la siguiente pregunta:

¿Cual es la prevalancia del uso de benzodiacepinas en adultos mayores con enfermedad crónico-degenerativa en la UMF 18 del IMSS en Baja California?

8. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL : estimar la prevalencia del uso de benzodiacepinas en adultos mayores con enfermedad crónico-degenerativa en la UMF 18 del IMSS en Baja California

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de la población
2. Determinar la proporción de uso y la prescripción apropiada de benzodiacepinas según diagnóstico
3. Determinar la proporción de uso y la prescripción apropiada de benzodiacepinas según esquema de tratamiento menor o igual a 12 semanas

Variable dependiente: el uso de benzodiacepinas

Variables independientes: edad, sexo, ocupación, estado civil, enfermedades crónicas, intentos de abandonar tratamiento, tiempo de uso de benzodiacepinas, efectos secundarios.

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala	Definición Operacional
<i>Edad</i>	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Cuantitativa	Continua	Se utilizarán rangos de edad a partir de los 65 años: 1. 60 -64 2. 65-69 3. 70-74 4. 75 – 79 5. > 80
<i>Sexo</i>	Condición Orgánica que distingue a	Cualitativa	Nominal, Dicotómica	Se Agruparán en 2: 1. Masculino 2. Femenino

	los machos de las hembras			
<i>Ocupacion</i>	Se refiere al tipo de actividad que realiza para ocupar su tiempo	Cualitativa	Nominal Politomica	Se designaran 3 grupos: 1. Jubilado 2. Hogar 3. Empleo remunerado
<i>Estado civil</i>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa	Nominal Politomica	Se agruparan en 4 rubros: 1. soltero 2. casado 3. viudo 4. divorciado
<i>Comorbilidades (Cronicodegenerativas)</i>	La presencia de uno o más trastornos además de	Cualitativa	Nominal Politomica	Se tomaran en cuenta las 5 enfermedades mas frecuentes que causan muerte.

	la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales. enfermedad es son causantes de un desgaste físico y/o mental en las personas que las padecen, pues provocan un desequilibrio que afecta tanto a órganos como a los tejidos.			1. Diabetes 2. Hipertension 3. Enfermedad isquemicas del corazon 4. Enfermedades cerebrovasculares 5. Cirrosis
<i>Intento de abandonar el tratamiento</i>	Veces que se le ha indicado	Cuantitativa	Discreta	Se daran 4 opciones 1. 0 2. 1

	dejar de utilizar el medicamento.			3. 2 4. >3
<i>Tiempo de Utilizacion de Benzodiacepinas</i>	Tiempo por el cual ha estado utilizando el medicamento	Cuantitativa	Discreta	Se daran 4 opciones: 1. 1-3 meses 2. 4-6 meses 3. 7-12 meses 4. > 12 meses
<i>Frecuencia de uso semanal</i>	Cuántas Pastillas utiliza por semana	Cuantitativa	Discreta	Se daran 5 opciones: 1. 1 vez a la semana 2. 3 veces a la semana 3. 5 veces a la semana 4. 7 veces a la semana 5. > 7 veces por semana
<i>Motivo de Utilizacion</i>	Cual fue la indicacion por la cual esta tomando el medicamento	Cualitativa	Nominal Politomica	Se daran 5 opciones 1. Crisis de ansiedad 2. Crisis convulsiva 3. Estrés postraumático 4. Trastorno de sueño (Insomnio) 5. Otros

9. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La prevalencia de pacientes adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas que utilizan benzodiacepinas y no cumplen criterios para su utilización es elevada

10. MATERIAL Y MÉTODOS

Clasificación del estudio: Observacional, no experimental, , descriptivo. Trasversal

Tipo de encuesta: Descriptiva

Lugar: Unidad de Medicina Familiar 18, Tijuana, Baja California.

Periodo: De Septiembre 2021 a diciembre 2021

Población: Derechohabientes de la UMF 18

Tipo de muestra: El método de muestreo fue aleatorio sistemático, de manera que se eligió un paciente al azar de la base de datos de los pacientes, y posteriormente, de manera sistemática se eligió un paciente a intervalos regulares hasta llegar a la muestra de 400 pacientes, es con la finalidad de contar con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%, teniendo como desviación estándar de 1.96.

En la UMF 18, se tuvieron asignados 128 611 pacientes asignados a la unidad, de los cuales 7 562 pacientes adultos mayores, 768 cuentan con los criterios de inclusión, adultos mayores de 60 años de edad, con al menos 1 de las comorbilidades más comunes de la unidad, que estuvieron medicados con alguna benzodiacepina que utiliza la unidad por más de 4 meses, que no cuenten con enfermedades psiquiátricas de base o tengan mas de 1 año sin valoración por psiquiatría.

Para determinar la muestra se utilizó la siguiente fórmula

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Se obtuvo que para este propósito se revisaran a un total de 366 pacientes, y debido a que se contaba con una base de datos más extensa, se utilizaron al final un total de 400 pacientes que reúnen las características a estudiar, por lo que se optó por utilizar este último número de pacientes como nuestra población final.

Criterios de inclusión: todo paciente que reciba atención en consulta externa de la UMF 18 ambos sexos, adultos mayores de 60 años y cuenten con el diagnóstico de al menos 1 comorbilidad crónica degenerativa que no cuente en su expediente con enfermedades psiquiátricas o valoración por psiquiatría en 1 año previo y que este utilizando benzodiacepinas por más de 4 meses y que accedan a participar de manera voluntaria.

Criterios de Exclusión: Pacientes con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas con contrarreferencia actualizada, pacientes sin enfermedades crónico-degenerativas, pacientes menores de 60 años, pacientes con uso apropiado por menos de 4 meses.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no estén afiliados a la UMF 18
- Paciente que tengan vigencia vencida
- Paciente que fallezca durante el estudio
- Paciente que cambie de adscripción durante el estudio.

Método: Se obtuvo una base de datos de pacientes que hayan surtido en el departamento de farmacia, y de esta base de datos se eligió al azar de la base de datos de los pacientes, y posteriormente, de manera sistemática se eligió un paciente a intervalos regulares hasta llegar a la muestra de 400 pacientes.

11. ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo se realizará de acuerdo con las normas establecidas por el comité local de ética e investigación en salud del IMSS Baja California y cumplirá con los requisitos establecidos por la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, la cual entro en vigor el 1ero de julio de 1984, y publicada en el Diario oficial de la Federación en virtud del Decreto adicionado al artículo 4º constitucional. Dicha Ley en su Título segundo, Capítulo I de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Los cuales no interferirán con la integridad física, biológica, psicológica y emocional de los pacientes que decidan participar en el proyecto.

12.RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS:

Humanos: 20 médicos con especialidad de medicina familiar adscritos a la UMF No. 18, quienes apoyaran localizando pacientes con criterios de inclusión, y les entregaran una encuesta

20 asistentes médicos, quienes ayudaran a realizar la encuesta y recolectaran dichas encuestas.

Dra. Erika Armenta inzunza: Asesorara sobre la metodología del protocolo , enviara el presente procolo para su revisión y aceptación a el Sistema de Registro Electronico de la Coordinacion de Investigacion en Salud (SIRELCIS), asi como supervisar los avances o modificaciones que se tengan del protocolo.

Dra. Patricia Elena Meza Luna: Supervisara el avance del protocolo, asesora con el tema de investigación, verificara que se cumpla con los tiempos establecidos en el cronograma de actividades.

Dr. Cesar Augusto Cruz Gaspar: realizara protocolo, recaudara las encuestas realizadas, procesara los datos que se obtengan de las encuestas, obtendrá y presentara los resultados obtenidos.

Físicos:

- Edificio de la Unidad de Medicina Familiar No. 18
- Equipo de computo
- Equipo de Impresión
- Papelería (hojas blancas, lápices, engrapadoras, tablas, sacapuntas)
- Carpetas
- Buzón de sugerencias

FINANCIAMIENTO: No requiere financiamiento externo, por lo que el financiamiento correrá a cargo exclusivamente del investigador. Y en caso de que conseguir algún tipo de patrocinio se le dará el reconocimiento necesario. Se gastara el financiamiento en buscar los recursos fisicos, asi como hacer que se tenga suficiente material para el numero de pacientes que se identifiquen en el periodo del proyecto.

FACTIBILIDAD

El presente proyecto de investigación es posible ya que se cuenta con los recursos humanos, los recursos físicos, y se han identificado los pacientes con las características de inclusión. Se cuenta con el apoyo del cuerpo de gobierno de la unidad para poder realizar las entrevistas, las encuestas, así como el seguimiento a los pacientes.

Se cuenta con equipo de computo, impresora, material de papelería, proporcionado por el investigador, quien será quien financie el proyecto. Se cuenta con un presupuesto inicial de 10 mil pesos, los cuales se utilizaran para comprar los insumos que se vayan utilizando a lo largo del proyecto, hojas, tinta, lápices, y demás material de papelería.

Los resultados que arroje el proyecto de investigación, se publicaran y se darán a conocer a los participantes, con esto se pretende que el impacto sea positivo para cuidar la salud de los pacientes que participen y que se mejore la atención de los pacientes que en un futuro pudieran necesitar del uso de benzodiacepinas.

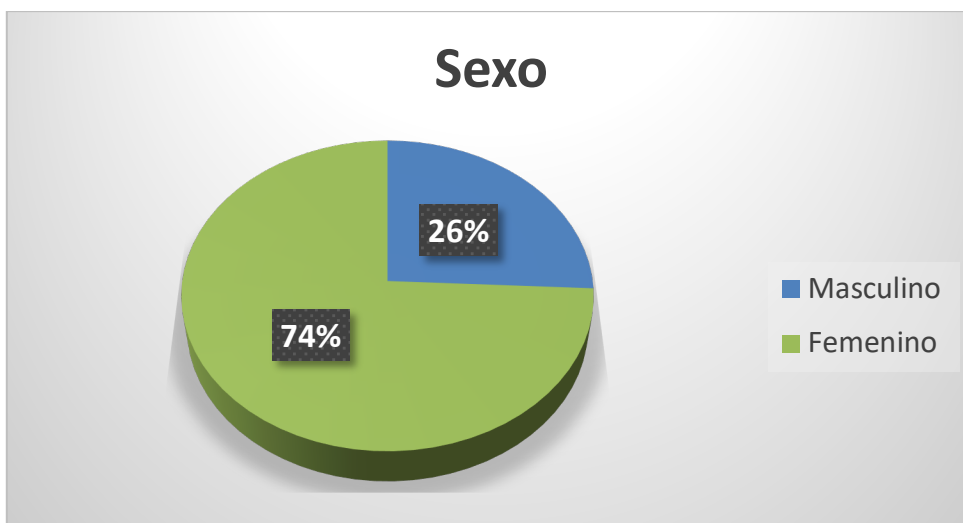
El beneficio que se obtendrá de los resultados de la investigación son mucho mayores según bibliografías ya conocidas. Los resultados se darán a conocer en la Unidad Familiar No. 18, en la coordinación clínica, lo cual repercutirá en beneficio para los pacientes. Los pacientes conocerán los beneficios y riesgos de participar en el proyecto, y se les dará a conocer que podrán abandonar el proyecto en el momento que ellos lo requieran. Se realizará una carta de confidencialidad y cuando se tenga que hacer referencia de algún caso en particular se realizará utilizando solamente las iniciales del paciente.

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Julio 2020 a febrero 2021	Marzo 2021	Septiembre 2021 a diciembre 2021	Enero 2022	Febrero 2022	Enero 2023
Realizacion de Protocolo	X					
Registro protocolo al SIRELSIS		X				
Análisis y procesamiento de datos			X			
Resultados				X		
Discusion					X	
Entrega de Tesis Finalizada						X

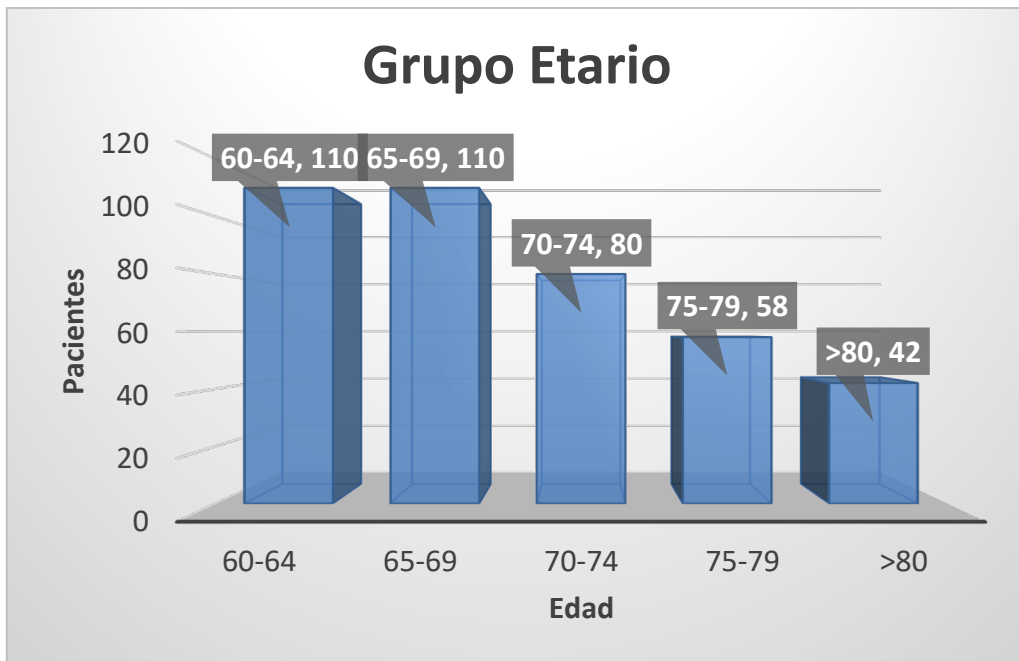
14. Resultados

De la población total de la UMF 18, se encontró que 7562 fueron pacientes son adultos mayores inscritos en la unidad, de los cuales 768 fueron quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el estudio, donde con estos datos una prevalencia en la unidad de 10.15 %, con el sexo masculino contamos con una prevalencia de 2.75% mientras que para el sexo femenino fue del 7.40%



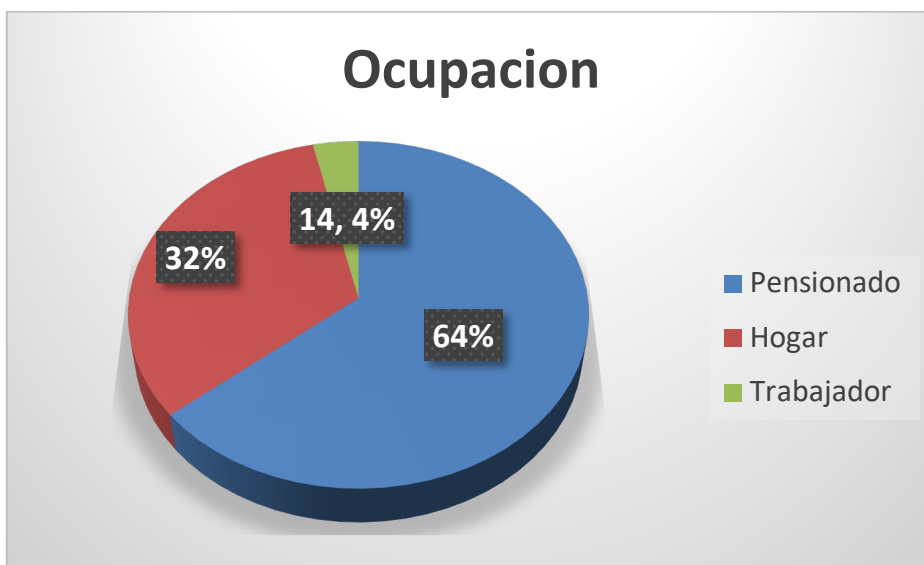
Gráfica 1

Del total de pacientes de los cuales se revisaron expedientes clínicos, se obtuvieron que 297 son del sexo femenino, resultando en un 74%, y se encontraron a 103 del sexo masculino, con un porcentaje del 26%.



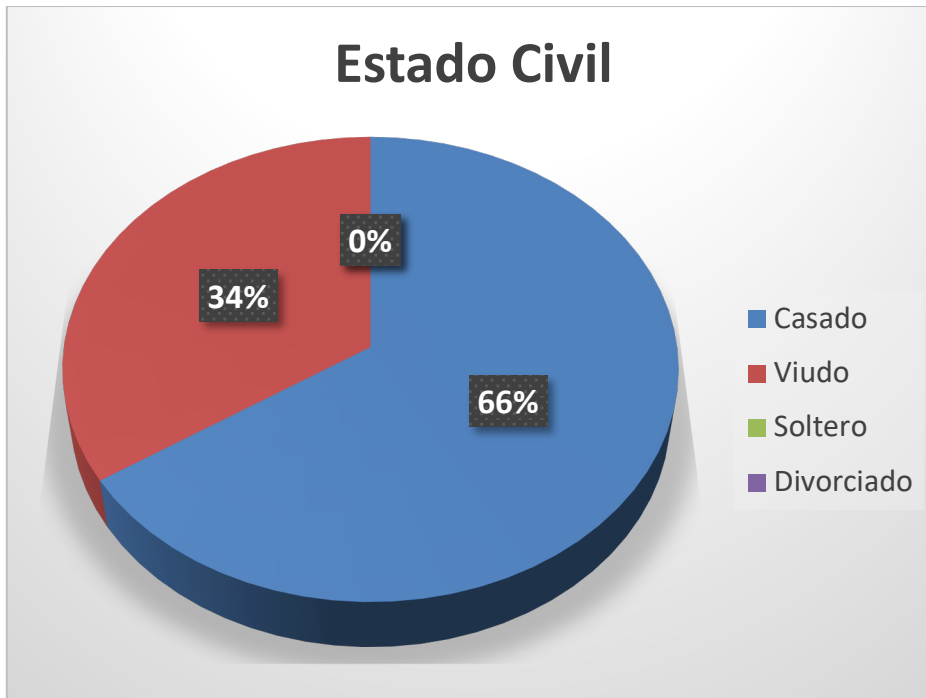
Gráfica 2

Analizando los grupos etarios en la gráfica 2, encontramos que de 60-64 años encontramos a un total de 110 pacientes, del grupo de 65 a 69 años encontramos a 110 pacientes, en el grupo de 70 a 74 años encontramos a 80 pacientes, de 75 a 79 años encontramos a 58 pacientes, y por último en el grupo de 80 o más pacientes encontramos solo a 42 pacientes.



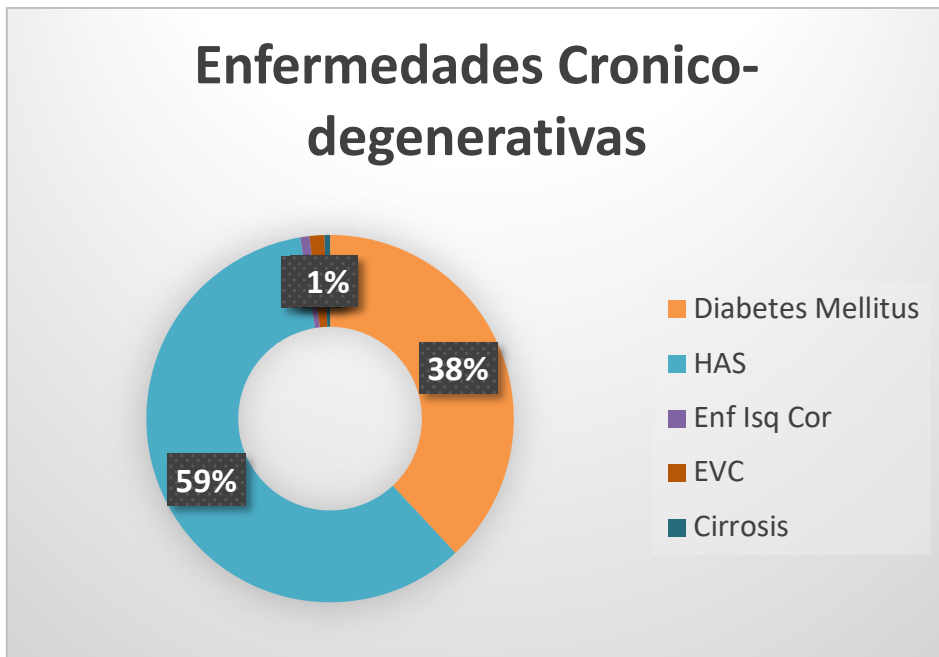
Gráfica 3

En la gráfica 3 tenemos la ocupación de los pacientes, y encontramos a 256 pacientes pensionados, a 130 pacientes que se dedican a las labores del hogar, y a 14 pacientes con empleos remunerados.



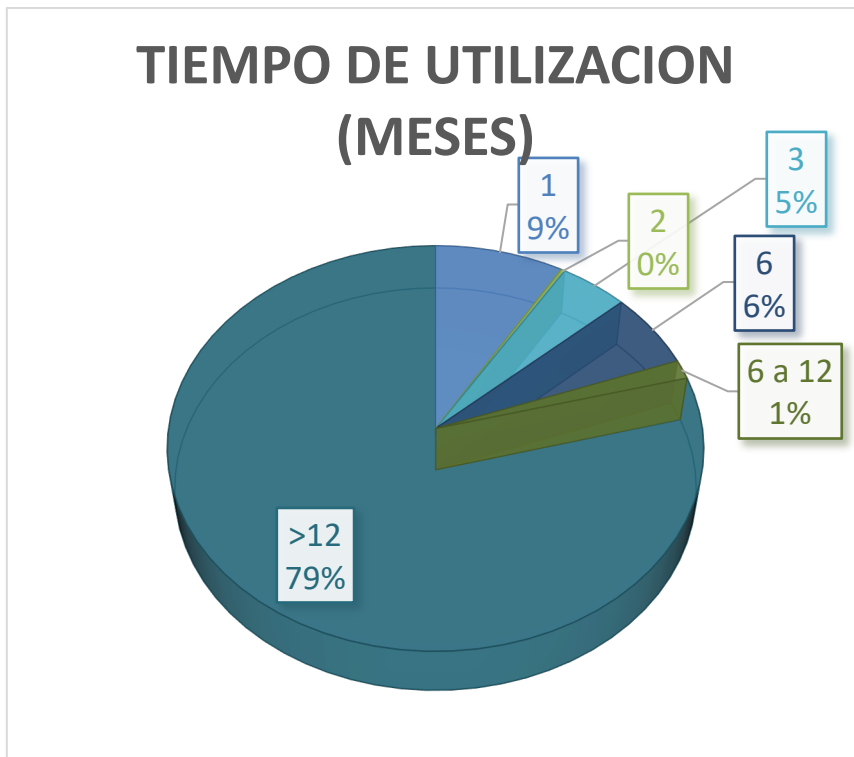
Gráfica 4

En la 4ta grafica encontramos el estado civil de los pacientes donde encontramos a 263 pacientes casado, a 137 en estado de enviudes, y ninguno reporto ser soltero o divorciado.



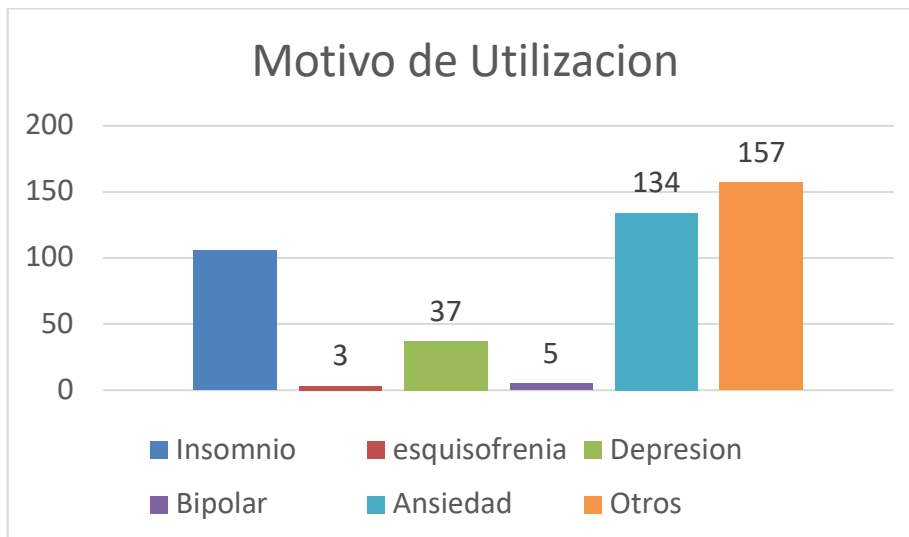
Gráfica 5

En la gráfica 5 tenemos a las enfermedades crónico-degenerativas más comunes de la unidad. Donde 234 pacientes son diagnosticados con Diabetes Mellitus, siendo el 59 % de la muestra, 365 pacientes, el 38 % de la muestra, cuentan con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, 5 pacientes con enfermedad isquémica del corazón, 8 pacientes con enfermedad cerebrovascular y 3 pacientes con cirrosis. Cabe recalcar que los diagnósticos no son exclusivos, ya que hay pacientes que cuentan con 2 o 3 enfermedades crónicas, por lo que se tomaron por separado solamente en este rubro.



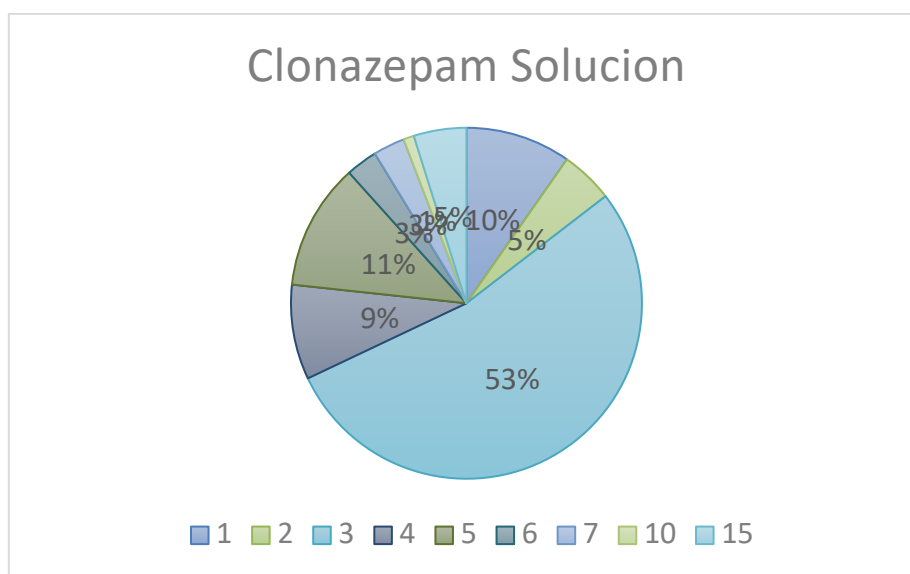
Gráfica 6

En la gráfica 6 tenemos el tiempo de utilización de benzodiacepinas, con el 9 % que representa 34 pacientes lo llevan tomando 1 mes, 1 paciente por 2 meses, 18 pacientes 3 meses, 24 pacientes 6 meses, 6 pacientes llevan entre 6-12 meses y por último con el 79 % 315 pacientes lo llevan tomando por más de 12 meses.



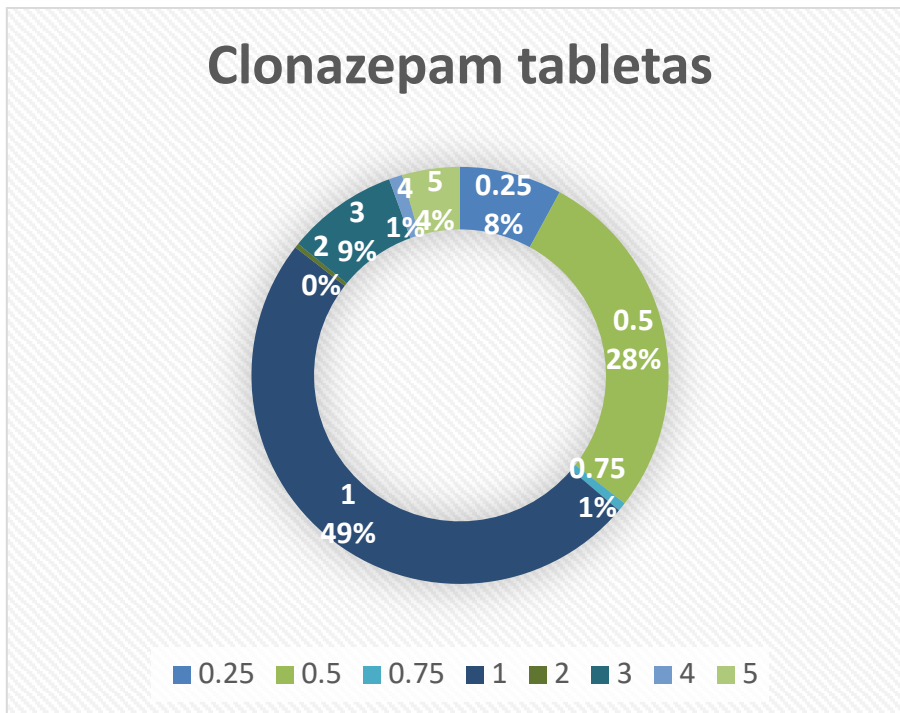
Gráfica 7

En la gráfica 7 tenemos el motivo de utilización al insomnio con 106 pacientes, esquizofrenia (sin valoración por psiquiatría) a 3 pacientes, depresión a 37 pacientes, trastorno bipolar a 5 pacientes, ansiedad a 134 pacientes, y por último a 153 pacientes sin evidencia clara de por qué lo están consumiendo en el último año, ya que no cuentan en el expediente clínico con algún diagnóstico o síntomas que pudieran respaldar el tratamiento. El uso semanal de los pacientes es de 7 dosis en un total de 394 y con 14 dosis un total de 6 pacientes.



Gráfica 8

En la gráfica 8 tenemos las dosis de clonazepam solución como total de 111 pacientes utilización esta presentación, siendo 10 pacientes con 1 gota al día, 5 paciente con 2 gotas al día, 55 paciente (53%) con 3 gotas al día, 9 pacientes con 4 gotas al día, 12 pacientes con 5 goas al día, 3 pacientes con 6 gotas, 3 pacientes con 7 gotas, 1 pacientes con 10 gotas, y 15 pacientes con 5 gotas al día.



Gráfica 9

En la grafica 9 tenemos a los pacientes que utilizan clonazepam en tabletas con 289 pacientes de los cuales, 23 toman .25 de tableta, 80 toman .50 de tableta, 2 toman .75 de tableta, 143 pacientes el 49% toman 1 tableta, 1 paciente toma 2 tabletas, 25 pacientes, toman 3 tabletas, 2 pacientes toman 4 tabletas y 13 pacientes toman 5 tabletas.

Cabe resaltar en estas últimas 2 graficas que solo se tomó encuentra el clonazepam, porque fue la única benzodiacepina que se tuvo en la unidad donde los meses de estudio. Y en la revisión del os expedientes no se encontró evidencia que se estuviera recetando alguna otra benzodiacepina en la unidad en un año previo al estudio.

15. Discusión

Desde la aparición de las benzodiacepinas en los años 60, son un grupo de medicamentos que se les han atribuido múltiples aplicaciones médicas, este grupo en particular es conocido a nivel mundial por sus efectos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivos y miorelajantes, así también a lo largo de los años se han descrito una serie de efectos adversos, entre ellos su desarrollo de dependencias y su difícil manera para el retiro de estos fármacos.

En el estudio de Gonzalez et al, en la población militar española se encontró con una prevalencia de benzodiacepina utilizada para el insomnio del 38 %, mientras que en nuestro estudio solo fue de un 26.5 %, y la ansiedad fue del 11 % mientras que en nuestro estudio 33.5 % siendo apenas nuestro segundo grupo más extenso, ya que el primer grupo tuvo una característica especial, no se sabía o no se reportaba el por qué se estaba utilizando, en el estudio de Gonzalez et al, se obtuvo en este rubro un 33% mientras que en el de nosotros se obtuvo un 38.25%

En el estudio de Paz et al. en Honduras, se obtuvo que de las variables sociodemográficas comenzando por los rangos de edad predominantes, lo encabeza el de 47-56 años con un 23.10% (79), el sexo de predominio es el femenino con 77.20% (264). Cabe resaltar que los grupos de edad en ese estudio fueron más amplios que el nuestro, pero si tomamos en cuenta la vulnerabilidad de nuestros grupos de edad, toma mucha relevancia que los grupos de 60-64 y de 65-70 años de edad, son con un 27.5%(110) los dos grupos más extensos. Y en la prevalencia de sexo tenemos igual un predominio muy similar de 74%(297).

En este mismo estudio se midió el índice de frecuencia de tomas, mientras que ellos reportaron que de 1 toma al día un índice de 65.4% y de 2 tomas un 75.75% mientras que en nuestros resultados de 1 toma es de 394 pacientes y de 6 pacientes en 2 tomas. Significativamente menos el porcentaje.

Con el tiempo de utilización no encontramos un estudio que lo haya reportado con anterioridad pero dentro de nuestro estudio encontramos una prevalencia del 79%(315) que lo están consumiendo por más de 1 año.

16. Conclusiones.

Las benzodiacepinas son un grupo de fármacos, que tienen muchos usos terapéuticos, los cuales también conllevan un amplio número de efectos secundarios, a los cuales debemos de mantener en mente cada ocasión que los recetamos, es importante recordarle al paciente la importancia que debe tener conocer no solo los efectos deseados, si no también los indeseables, así como a la red de apoyo del paciente, ya que en como sabemos, un red de apoyo fuerte, nos asegurara que nuestro paciente pueda continuar con su estilo de vida adecuado para su edad.

El grupo etaria que poco a poco se va volviendo vulnerable, son los adultos mayores, ya que al deterioro fisiológico al que nos enfrentamos, le debemos agregar aquellos cambios que generan las múltiples comorbilidades que pudieran desarrollar a lo largo de su vida.

Con nuestro estudio encontramos una prevalencia mayor en el sexo femenino que esta muy cerca de la media nacional del uso de tranquilizantes y sedantes realizada en 2011, que es el documento más reciente que nos da un panorama cercano al objetivo de este estudio. El sexo femenino tuvo una prevalencia del 7.4%, siendo que la prevalencia nacional fue del 7.8%, si a este número le agregamos el rubo de sexo masculino, tenemos una prevalencia en la unidad del 10.15%, superando la prevalencia nacional.

También es importante recalcar que los grupo de edad, de adultos mayores jóvenes son los que más consumen este medicamento. Junto con los paciente con Diabetes Mellitus e HAS.

Su uso crónico también es preocupante, ya que más del 70% lo esta utilizando por más de 1 año. Cuando las recomendaciones del uso, son de no más de 4 semanas o hasta 6 en casos especiales.

Existen varias estrategias ya utilizadas en varios niveles de atención, con grandes resultados, como la carta al paciente, donde se le hace entrega al paciente de un

documento donde se da explicación de que medicamento se le esta recetando y los efectos secundarios puntuales. También tenemos una entrevista estructurada con apoyo de personal de salud, donde se habla con el paciente y se solucionan las dudas que el pudiera tener, y si a un mismo paciente aplicamos estas dos estretegias juntas se han encontrado con que tiene una taza de éxito de deshabitución de cerca del 60%. Y estas estretegias no llevarían más de 2-3 min de aplicación.

También se recomienda la disminucionde la dosis de manera paulatina y gradual, con la finalidad de no presentar efectos secundarios o si estos aparecieran fueran los menos posibles. También en caso de presentar en la unida, podríamos sustituir por alguna otra benzodiacepina con la finalidad de ir retirando el medicameto de manera más segura, o inclusive con el solo cambio de la presentación de al misma benzodiacepina. Este retiro podría tardar hasta cerca de 1 año en paciente que tenga un fuerte apego al tratamiento.

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas-Jara, C., Calquin, F., González, J., Santander, E., & Vásquez, M. (2019). Efectos negativos del uso de benzodiacepinas en adultos mayores: Una breve revisión [Internet]. 10(1), 40-50. doi: Salud & Sociedad, 10.22199/S07187475.2019.0001.00003. Disponible en: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/3611>
2. Valdivieso-jimenez G. Paradox effect of benzodiazepines in geriatric populatio [Internet]n. *MOJ Gerontol Ger.* 2018;3(3):218–220. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/325023550_Paradoxic_effect_of_Benzodiazepines_in_geriatric_population
3. Tannenbaum C. Inappropriate benzodiazepine use in elderly patients and its reduction [Internet]. *J Psychiatry Neurosci* 2015;40(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4409441/>
4. Santibañez-Beltran S, Villarreal-Rios E, Galicia-Rodriguez L. Et al. Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atencion[Internet]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(2):192-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im132o.pdf>
5. Velert J, Velert M, Salar L, Et al. Adecuacion de la utilización de benzodiacepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración medico-farmacéutico[Internet]. *Aten Primaria.* 2012;44(7):402---410. Disponible en: <https://medes.com/publication/75405>
6. Regueiro M, Mendy N, Cañas M. Uso de medicamentos en adultos mayores no institucionalizados[Internet]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2011;28(4):643-47. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000400012
7. Laporte J. Efectos adversos de medicamentos: una patología multiforme responsabilidad de muchos[Internet]. *Colomb Med.* 2009; 40: 248-9. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/38107598_EDITORIAL_EFECTOS_ADVERSOS_DE_MEDICAMENTOS_UNA_PATOLOGIA_MULTIFORME_RESPONSABILIDAD

8. Ayuso J. Esta Justificado el tratamiento prolongado con benzodiacepinas[Internet]. Salud Mental 2008;31:429-430. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000600001
9. Dailly E, Bourin M. The use of benzodiazepines in the aged patient: clinical and pharmacological considerations[Internet]. Pak. J. Pharm. Sci., Vol.21, No.2, April 2008, pp.144-150. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/5463020_The_use_of_benzodiazepines_in_the_aged_patient_Clinical_and_pharmacological_considerations
10. Gallo C, Vilosio J, saimovici. Actualizacion de los criterios STOPP-START: una herramienta para la deteccion de medicacion potencialmente inadecuada en ancianos. Evid Act Pract Ambul 2015;18(4):124-129. Oct-Dic. Disponible en: https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=4674
11. Olfson M, King M, Schoenbaum. Benzodiazepine use un the United States.[internet] JAMA Psychiatry.2015 Feb;72(2):136-42, disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25517224/>
12. Markota M, Rummans T, Bostwick J, Lapid M. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies[Internet]. Mayo Clin Proc. n November 2016;91(11):1632-1639. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27814838/>
13. Bogunovic O, Greenfield S. Use of Benzodiazepines [internet]. PSYCHIATRIC SERVICES. March 2004 Vol. 55 No. 3 disponible en <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.55.3.233>
14. Oliveira A, Nascimento M, Castro-Costa E, Firmo J, Lima-Costa M, Loyola F. Increased use of benzodiazepines among older adults: Bambuí Project. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2020 [citado 2021 Feb]. Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2020000100420&lng=en. Epub May 11, 2020.

15. Billioti S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* 2014;349:g5205. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g5205.full.pdf>
16. Díaz-Gutiérrez M, Martínez-Cengotitabengoa M, Sáez de Adana E, Cano A, Martínez-Cengotitabengoa M, et al. Relationship between the use of benzodiazepines and falls in older adults: A systematic review [internet]. *Maturitas*, Volume 101, 2017, Pagina 17-22, disponible en : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512217304784>)
17. McDonald E, Caslangen J. Benzodiazepine Use and Falls in Older Adults: Is It Worth the Risk?. *Research in Gerontological Nursing*. 2019;12(5):214-216. Disponible en : <https://doi.org/10.3928/19404921-20190813-01>
18. Gerlach LB, Wiechers IR, Maust DT. Prescription Benzodiazepine Use Among Older Adults: A Critical Review [internet]. *Harvard Review of Psychiatry*. 2018 Sep/Oct;26(5):264-273. Disponible en: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc6129989>
19. Vicens C, Bejarano F, Sempere E, Mateu C, Fiol F, Socías I, et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care [Internet]. *Br J Psychiatry*. 2014 Jun;204(6):471-9 disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/comparative-efficacy-of-two-interventions-to-discontinue-longterm-benzodiazepine-use-cluster-randomised-controlled-trial-in-primary-care/ED1FF3A08A0B01C169315989BBCF8FE9>
20. Macedo M, Teles D, Toledo M, Rocha R, Gonçalves I. Prevalence of and Factors associated with benzodiazepine use in community-resident elderly persons. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(4): 463-473. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n4/1981-2256-rbagg-20-04-00463.pdf>
21. Mohammad A, Abdullah K, Abdullah A, Azzam A, Sulaiman A, et al. The prevalence of benzodiazepines utilization and its association with falls among Saudi older adults; results from the Saudi national survey for elderly Health (SNSEH) [internet]. *Saudi Pharmaceutical Journal*. Volume 26. Issue 8.

2018. Paginas 1112-1119. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1319016418301245>
22. Taipale H, Särkilä H, Tanskanen A, et al. Incidence of and Characteristics Associated With Long-term Benzodiazepine Use in Finland. *JAMA Netw Open*. 2020;3(10). Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2772339>
23. Guía de práctica clínica. Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor [Internet]. México Df. 2012. Disponible en: catalogo maestro de guías de prácticas clínicas. Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558_GPC_Prescripcionfarmacologica/GER_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf
24. Sarmiento R, Osorio S, Mahecha L. Efectos de la polifarmacia Inadecuada sobre la calidad de vida de los adultos mayores en centros geriátricos de barrios unidos de la ciudad de Bogotá en el periodo de marzo a noviembre de 2017 [Internet]. Bogotá D.C. Universidad de ciencias aplicadas y ambientales UDCA. Facultad de Medicina. 2017-1. Disponible en:
<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/849/1/TRABAJO%20FINAL%20NOVENO.pdf>
25. Bielli A, Bacci P, Bruno G, Calisto, Navarro S. La controversia científico-técnica sobre las benzodiazepinas en profesionales de la salud de Uruguay [Internet]. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [4]: 933-958, 2017. Disponible en:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000400933&script=sci_arttext
26. Dominguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamosiunas G. Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción [Internet]. *Rev urug med interna* ISSN: 2393-6797 - Diciembre 2016 N°3 :14-24. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972016000300002
27. Paz A, Coello I, Aguilar N, Martinez C, et al. Uso crónico y sobreindicación de benzodiazepinas en Pacientes del hospital Mario Mendoza [Internet]., Honduras 2016. Honduras. 2016 [revisado 2020]. Vol. 12 No. 3: 23 doi: 10.3823/1322.

Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/uso-croacutenico-y-sobreindicacioacuten-de-benzodiacepinas-en-pacientes-del-hospital-mario-mendoza-honduras-2016.php?aid=17139>

28. Minaya O, Ugalde O, Fresan A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiacepinas en adultos mayores [Internet]. Ciudad de Mexico, Mexico. 2009 [revisado 2020]; 32: 405-411. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500007
29. Gonzalez C, Martinez ME, Campello E, et al. Prevalencia de consumo de benzodiacepinas en un grupo de población militar [Internet]. Cadiz, España. Sanidad mil. 2017[revisado 2020]; 73 (3): 184-186, ISSN: 1887-8571. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1887-85712017000300184
30. Gomez S, Leon T, Macuer M, Alves. Ruiz S. Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en America Latina[Internet]. Rev Med Chile 2017; 145: 351-359. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n3/art09.pdf>

18.ANEXOS

15.2 Encuesta

Prevalencia del uso de benzodiacepinas en el adulto mayor con enfermedad crónico-degenerativa en la UMF 18 del IMSS en Baja California

Dr.Cesar Augusto Cruz Gaspar Dra. Erika Armenta Inzunza Dra. Patricia Elena Meza Luna

Instrucciones: Lea cuidadosamente y seleccione la respuesta que crea conveniente.

Edad

1. 60 -64 | 2. 65-69 | 3. 70-74 | 4. 75 – 79 | 5. > 80

Sexo

1. Masculino | 2. Femenino

Ocupacion

1. Desempleo | 2. Hogar | 3. Empleo

Estado civil

1. soltero | 2. casado | 3. viudo | 4. divorciado

Escolaridad

1. Primaria | 3. Bachillerato | 5. Analfabeta
2. Secundaria | 4. Licenciatura

Nivel Socioeconómico

1. Marginal | 3. Medio bajo | 5. Alto
2. Obrero | 4. Medio alto

Que enfermedades le han sido diagnosticadas

1. Diabetes
2. Hipertensión
3. Enfermedades isquémicas del corazón
4. Enfermedades cerebrovasculares
5. Cirrosis

Cuántas veces a intentado dejar el Clonazepam o Diacepam

1. 0 | 2. 1 | 3. 2 | 4. >3

Cuántos meses tiene tomando el medicamento clonazepam o Diacepam

1. 1 mes | 2. 4 meses | 3. 6 a 12 meses | 4. 12 meses

Cuántas veces por semana utiliza clonazepam o Diacepam

1. 1 vez a la semana
2. 3 veces a la semana
3. 5 veces a la semana
4. 7 veces a la semana
5. > 7 veces por semana

Cual fue el motivo por el cual le indicaron el medicamento clonazepam o Diacepam

1. Crisis de ansiedad
2. Crisis convulsiva
3. Estrés postraumático
4. Trastorno de sueño (Insomnio)
5. Otros

Cual de estos síntomas ha presentado desde que toma el medicamento clonazepam o Diacepam.

- 1.Somnolencia (sueño) | 3.Dolor de cabeza | 5.Otros
2.Visión borrosa | 4.Efecto resaca (tambaleos)

15.3 Carta de no inconveniencia del director

No requiere, ya que el investigador responsable se encuentra adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 18, lugar donde se llevara a cabo la investigación.

15.4 Consentimiento Informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(adultos)**

He sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Prevalencia del uso de benzodiazepinas en el adulto mayor con enfermedad crónico-degenerativa en la UMF 18 del IMSS en Baja California ”, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Entiendo que este estudio busca conocer Estimar la prevalencia del uso de benzodiazepinas en adultos mayores con enfermedad crónico-degenerativa en la UMF 18 del IMSS en Baja California y sé que mi participación se llevará a cabo en la UMF 18, en el horario de mi consulta mensual y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 5 minutos.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo.

Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | si acepto participar en el estudio. |
| ☐ | Si acepto participar y que se tome la encuesta solo para este estudio. |
| ☐ | Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando mi informacion hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma. |

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador
Responsable:

Dra. Erika Armenta Inzunza

Colaboradores:

Dra. Patricia Elena Meza Luna

Dr. Cesar Augusto Cruz Gaspar

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc
330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP
06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico:
comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013
