

# **CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN ASTURIAS. 2012**

Observatorio sobre Drogas y Adicción a las  
Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias

Servicio de Farmacia

# DE QUE ESTAMOS HABLANDO

CLASIF. ATC	FÁRMACO
N05BA	BENZODIAZEPINAS (como Ansiolíticos)
N05CD	BENZODIAZEPINAS (como Hipnosedantes)
N05CF	ZOLPIDEM Y ZOPICLONA
N05BB	Hidroxicina (ATARAX®)
N05CM	CLOMETIAZOL y Extractos Vegetales
N05BX	PASSIFLORINE®

## No se incluyen

### OTROS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS:

- ANTIDEPRESIVOS
- ANTIPSIÓTICOS
- TODOS LOS DEMÁS

### HIPNOSEDANTES QUE:

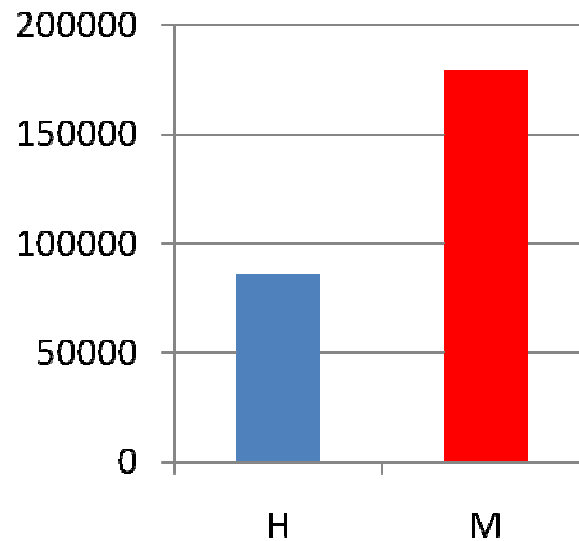
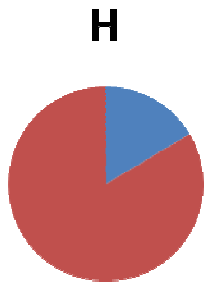
- SE CONSUMEN EN HOSPITAL
- RECETA NO ELECTRONICA (PRIVADA)
- SIN RECETA: AUTOCONSUMO Y TRÁFICO

# DATOS GENERALES. 2012

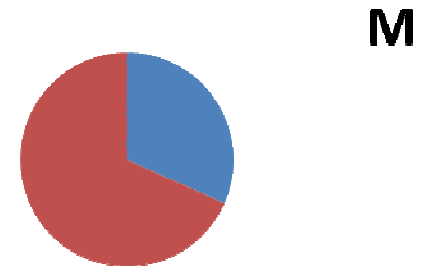
2.180.130 envases (181.677,5 envases/mes)

264.634 personas

85.452 hombres (H)  
(32,3%)



179.182 mujeres (M)  
(67,7%)



16,45% de todos los hombres  
de Asturias

31,75% de todas las mujeres  
de Asturias

# Tipo de medicamentos

CLASIF. ATC	FÁRMACO	PACIENTES	%	H		M	
N05BA / N05CD	TOTAL BENZODIAZEPINAS	226589	85,62%	70922	83,00%	155667	86,9%
N05CF	ZOLPIDEM Y ZOPICLONA	14974	5,66%	4786	5,60%	10188	5,7%
N05BB	Hidroxicina (ATARAX®)	14503	5,48%	5784	6,77%	8719	4,9%
N05CM	CLOMETIAZOL y Extractos Vegetales	7006	2,65%	3490	4,08%	3516	2,0%
N05BX	PASSIFLORINE®	1562	0,59%	470	0,55%	1092	0,6%
	TOTAL	264634	100,00%	85452	100,00%	179182	100,0%

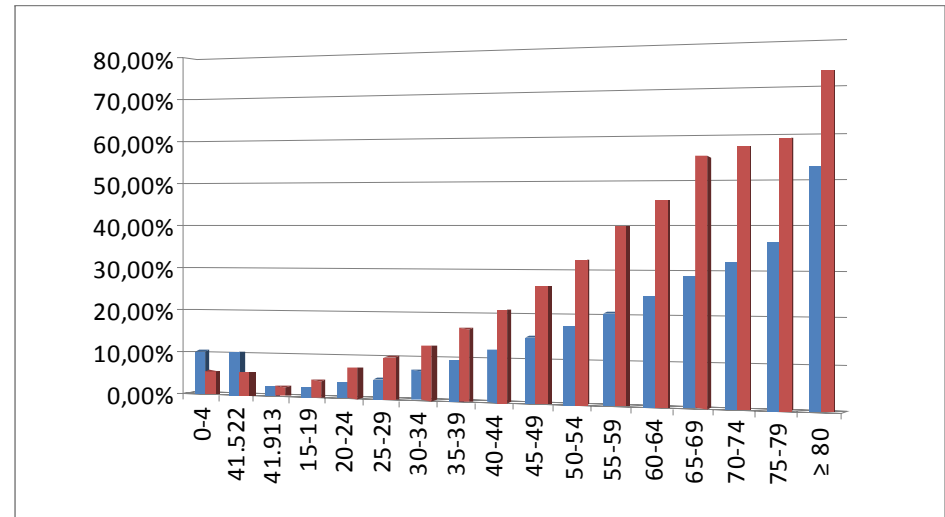
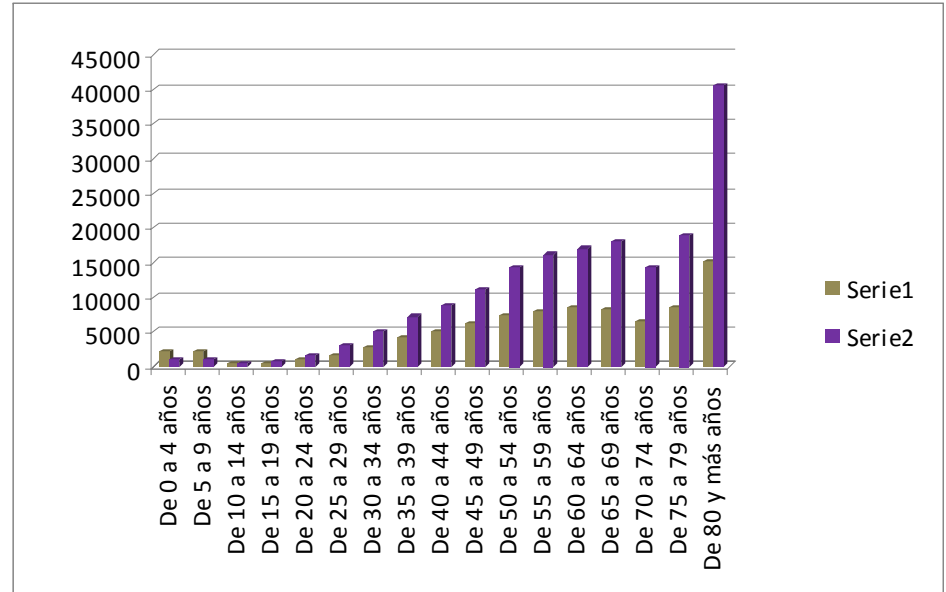
Benzodiazepinas + análogos: 91,28%

92,6% en mujeres

88,6% en hombres

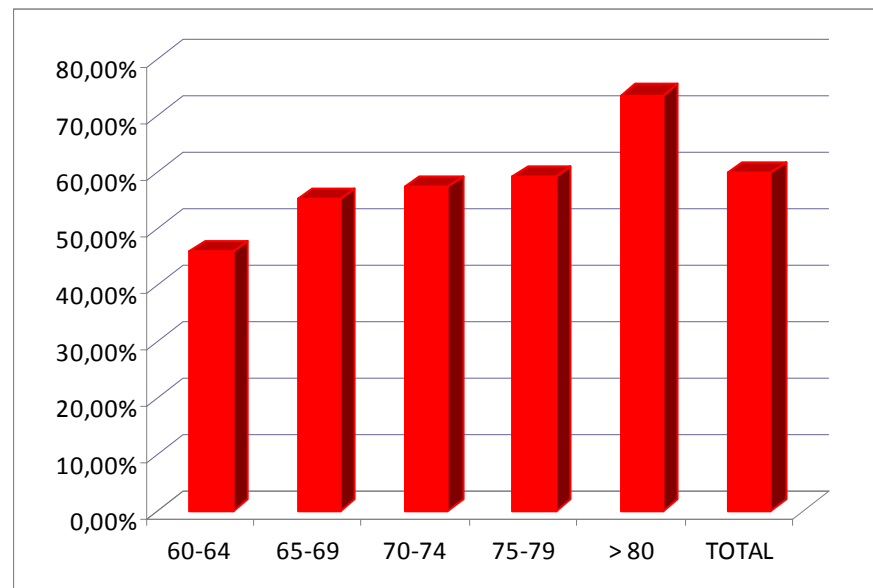
# PERSONAS RECETADAS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

% PERSONAS RECETADAS POR TOTAL	GRUPO EDAD		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
0-4	<b>10,27%</b>	5,49%	7,93%
5-9	<b>10,30%</b>	5,54%	7,98%
10-14	2,35%	2,29%	2,32%
15-19	2,17%	3,93%	3,03%
20-24	3,88%	7,05%	5,44%
25-29	4,72%	9,86%	7,24%
30-34	6,80%	12,52%	9,62%
35-39	9,50%	16,61%	13,02%
40-44	12,00%	21,07%	16,50%
45-49	15,00%	26,47%	20,80%
50-54	17,76%	32,44%	25,27%
55-59	20,67%	39,87%	30,60%
60-64	24,71%	45,83%	35,72%
65-69	29,11%	<b>55,10%</b>	43,01%
70-74	32,13%	<b>57,28%</b>	46,03%
75-79	36,60%	<b>59,03%</b>	49,59%
≥ 80	53,07%	<b>73,58%</b>	66,60%

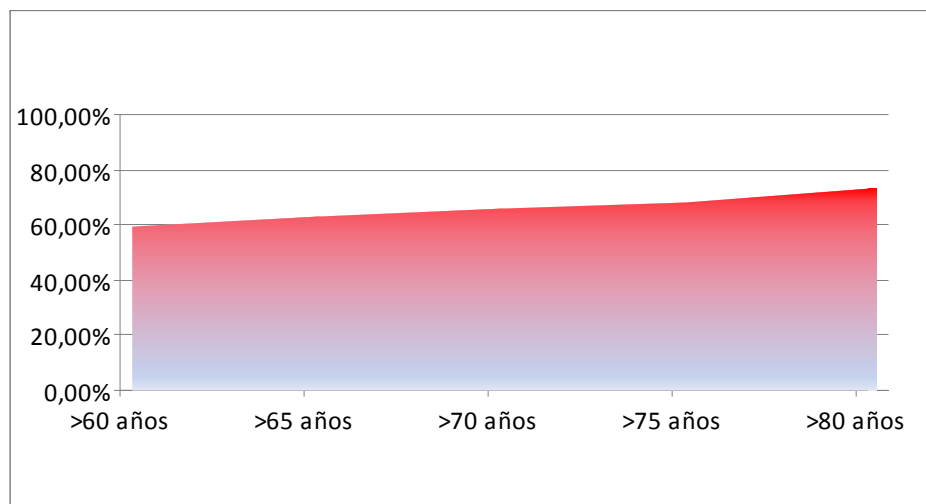


# MUJERES mayores de 60 años

grupos edad	MUJERES		
	con receta dispensada	total mujeres	%
60-64	16990	37068	45,83%
65-69	17978	32627	55,10%
70-74	14192	24778	57,28%
75-79	18855	31941	59,03%
> 80	40516	55061	73,58%
TOTAL	108531	181475	59,80%

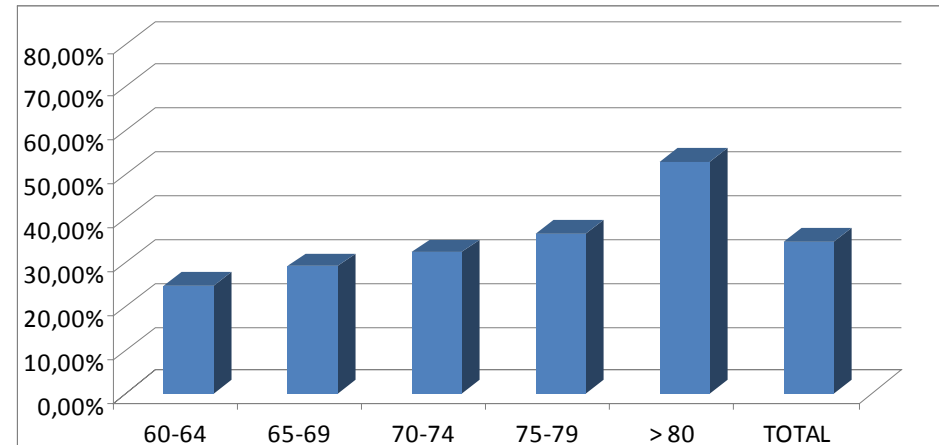


> 60 AÑOS	59,80%
> 65 AÑOS	63,39%
> 70 AÑOS	65,81%
> 75 AÑOS	68,24%
> 80 AÑOS	73,58%



# HOMBRES mayores de 60 años

HOMBRES			
grupos edad	con receta dispensada	total hombres	%
60-64	8413	34047	24,71%
65-69	8266	28394	29,11%
70-74	6447	20063	32,13%
75-79	8496	23214	36,60%
> 80	15077	28411	53,07%
<b>TOTAL</b>	<b>46699</b>	<b>134129</b>	<b>34,82%</b>



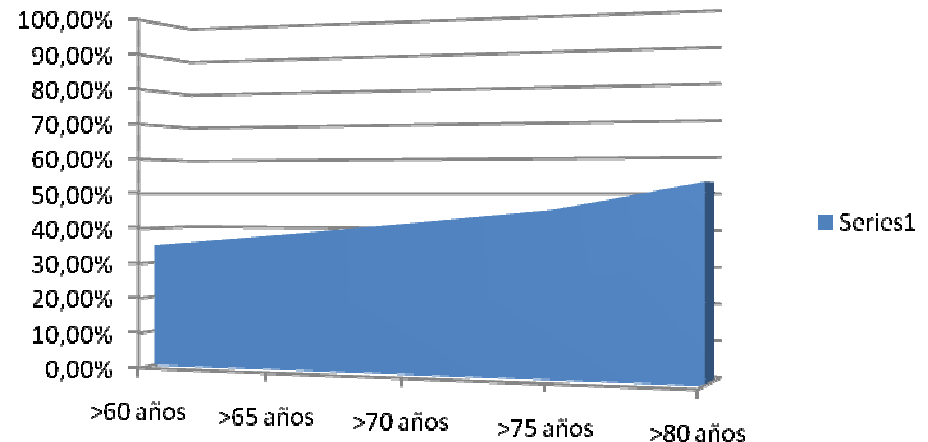
>60 años 34,82%

>65 años 38,25%

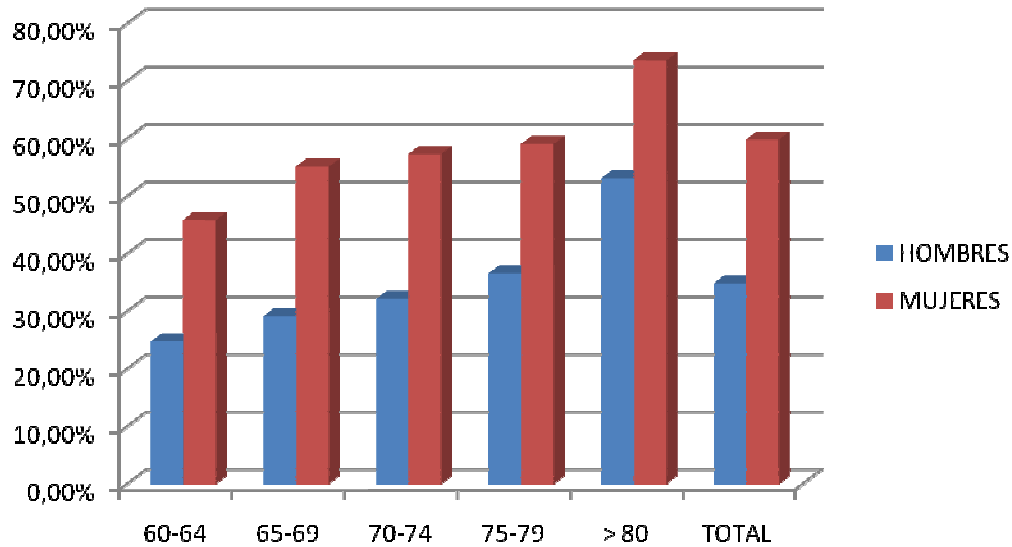
>70 años 41,88%

>75 años 45,66%

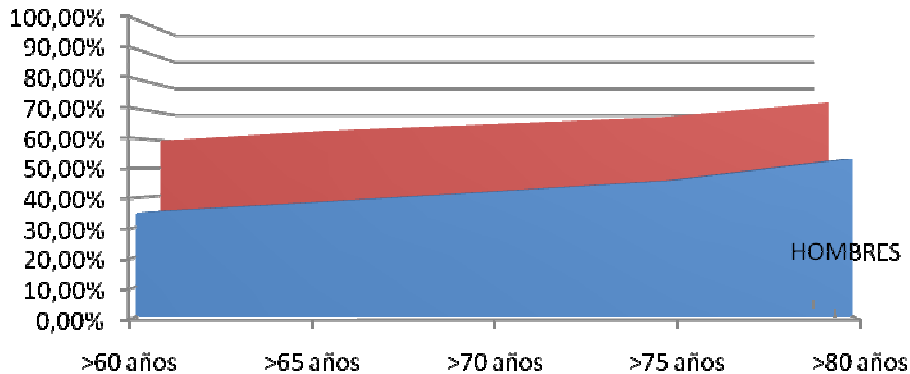
**>80 años 53,07%**



# Para verlo mejor



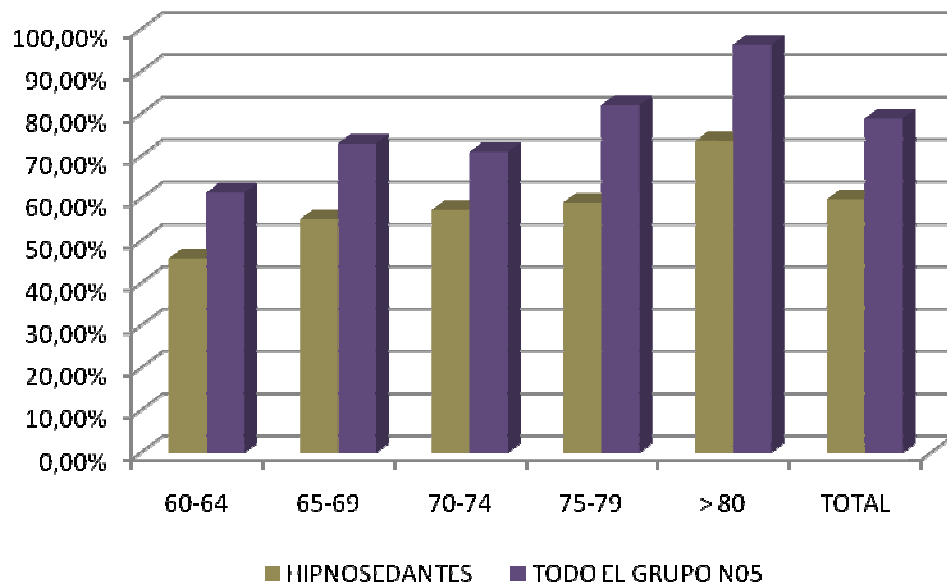
SUMANDO TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, A PARTIR DE LOS 50 AÑOS HAY MÁS MUJERES CONSUMIDORAS QUE NO CONSUMIDORAS (52% de todas las mujeres de más de 50 años)



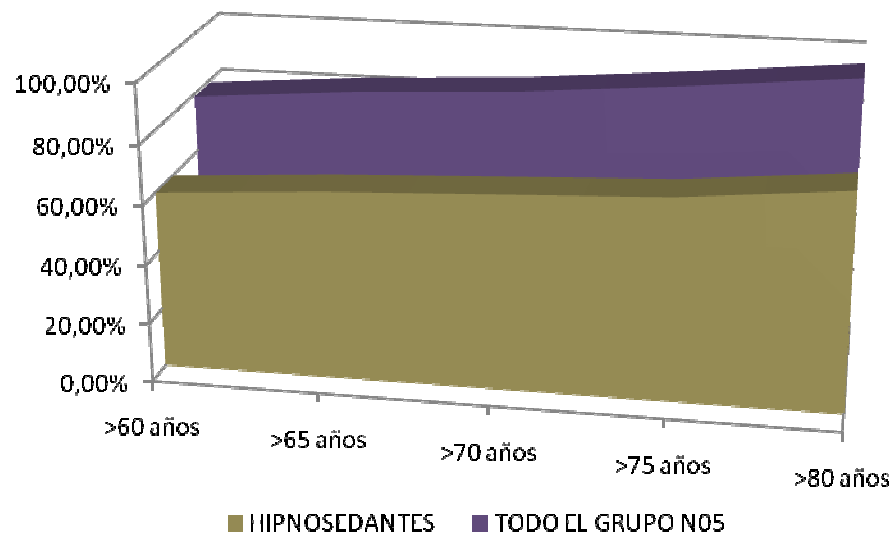
EN EL CASO DE LOS HOMBRES ESTO SOLO OCURRE EN LOS MAYORES DE 80 AÑOS



# ¿Y LA MEDICACIÓN PSICOTRÓPICA EN GENERAL?



MUJERES



# ¿Cómo es este consumo?

## SEGÚN NÚMERO DE ENVASES

- **Grupo de 1 a 5 : consumo ocasional y/o reciente.** Al haber adquirido como máximo 5 envases en el año pasado no se considera que su consumo sea diario, y si lo es no se ha producido en todos los meses del año.
- **Grupo 6 a 12: consumo habitual.** El nº de envases justifica hablar de un consumo habitual, que se hace diario a medida que se acerca a los 12 envases
- **Grupo 13 a 24: consumo diario a dosis media.** En principio se está consumiendo más de 1 comprimido al día
- **Grupo de 25 a 49: consumo elevado**
- **Grupo de 50 y más: consumo excesivo y/o a dosis no justificada.** Este grupo está consumiendo más de 1 envase a la semana, lo que en términos generales y con las salvedades pertinentes implica el consumo de más de 5 comprimidos al día. De ahí hasta límites difícilmente asumibles en una práctica médica racional.

# ¿Cómo es este consumo?

**8 envases /persona(consumidora)/año**

H

envases/persona	% de grupo de consumo total y en cada sexo	
número	H	%
1 a 5	46165	53,93%
6 a 12	22023	25,73%
13 a 24	12671	14,80%
25 a 49	4036	4,72%
50 y más	699	0,82%
<b>TOTALES</b>	<b>85594</b>	<b>100,00%</b>

M

envases/persona	% de grupo de consumo total y en cada sexo	
número	M	%
1 a 5	86864	48,52%
6 a 12	52008	29,05%
13 a 24	30646	17,12%
25 a 49	8562	4,78%
50 y más	960	0,54%
<b>TOTALES</b>	<b>179040</b>	<b>100,00%</b>

envases/persona	TOTAL	%
número		
1 a 5	133029	50,27%
6 a 12	74031	27,97%
13 a 24	43317	16,37%
25 a 49	12598	4,76%
50 y más	1659	0,63%
<b>TOTALES</b>	<b>264634</b>	<b>100,00%</b>

# CONCLUSIONES

1. En 2012 se dispensaron en Asturias 2.180.130 envases de hipnosedantes, muy mayoritariamente benzodiazepinas y análogos farmacológicos, a través de receta electrónica.
2. Los destinatarios fueron algo menos de 85.500 hombres (el 16,5% de los asturianos) y algo más de 179.000 mujeres (casi el 32% de las asturianas).
3. Las mujeres son más medicadas que los hombres en todos los grupos de edad excepto en la infancia (de 0 a 10 años) donde el porcentaje de niños (algo más del 10%) es casi el doble que el de niñas.

# CONCLUSIONES

4. En todas las demás edades la dispensación es mayor en mujeres y a partir de los 50 años duplica a la de hombres, en número de recetas y un poco menos en porcentaje de población.
5. Con la salvedad infantil, el porcentaje de mujeres medicadas es mayor en todos los grupos de edad, aumenta más de grupo en grupo y en principio presentan un consumo superior
6. Considerando el conjunto de las mujeres, puede decirse que a partir de los 50 años hay más mujeres consumidoras (53%) que no consumidoras (47%)

# CONCLUSIONES

7. En los Hombres esto sólo ocurre en los mayores de 80 años.
8. Más de la mitad (el 54%) de los hombres se sitúa en el nivel de consumo bajo (5 ó menos envases/año).
9. Más de la mitad (el 51,5%) de las mujeres se sitúa en el consumo habitual y alto.
10. Si añadimos todos los medicamentos psicotrópicos (grupo N05) más del 80% de las mujeres de más de 60 años fueron recetadas el año pasado. En las mayores de 80 años la práctica totalidad.

## Vital Signs: Overdoses of Prescription Opioid Pain Relievers and Other Drugs Among Women — United States, 1999–2010

### Abstract

**Background:** Overdose deaths have increased steadily over the past decade. This report describes drug-related deaths and emergency department (ED) visits among women.

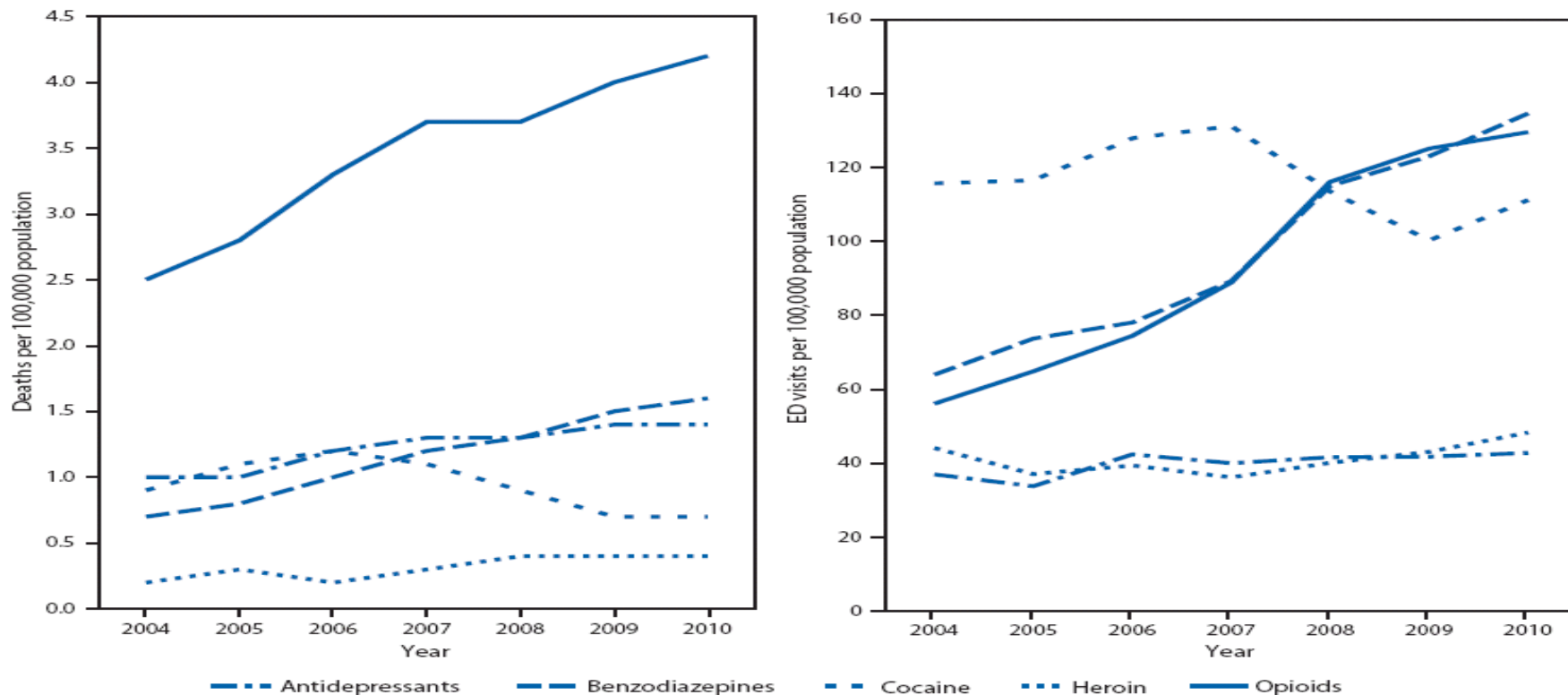
**Methods:** CDC analyzed rates of fatal drug overdoses and drug misuse- or abuse-related ED visits among women using data from the National Vital Statistics System (1999–2010) and the Drug Abuse Warning Network (2004–2010).

**Results:** In 2010, a total of 15,323 deaths among women were attributed to drug overdose, a rate of 9.8 per 100,000 population. Deaths from opioid pain relievers (OPRs) increased fivefold between 1999 and 2010 for women; OPR deaths among men increased 3.6 times. In 2010, there were 943,365 ED visits by women for drug misuse or abuse. The highest ED visit rates were for cocaine or heroin (147.2 per 100,000 population), benzodiazepines (134.6), and OPR (129.6). ED visits related to misuse or abuse of OPR among women more than doubled between 2004 and 2010.

**Conclusions:** Although more men die from drug overdoses than women, the percentage increase in deaths since 1999 is greater among women. More women have died each year from drug overdoses than from motor vehicle–related injuries since 2007. Deaths and ED visits related to OPR continue to increase among women. The prominent involvement of psychotherapeutic drugs, such as benzodiazepines, among overdoses provides insight for prevention opportunities.

**Implications for Public Health Practice:** Health-care providers should follow guidelines for responsible prescribing, including screening and monitoring for substance abuse and mental health problems, when prescribing OPR. Health-care providers who treat women for pain should use their state's prescription drug monitoring program and regularly screen patients for psychological disorders and use of psychotherapeutic drugs, with or without a prescription.

FIGURE 2. Crude rates\* for drug overdose deaths and drug misuse- or abuse-related emergency department (ED) visits among women, by select drug class — National Vital Statistics System and Drug Abuse Warning Network, United States, 2004–2010



\* Scales differ for deaths and emergency department visits.

follow prescribing guidelines. Providers should screen all their patients for psychological disorders and for use of psychotherapeutic drugs, either with or without a prescription. Checking state prescription drug monitoring programs before long-term prescribing of controlled substances should be a standard of care. Communities should try to increase access for women, especially pregnant women, to substance abuse treatment services. Medicaid programs, which enroll disproportionate numbers of young women, should ensure that the prescribing of controlled substances to their clients meets established guidelines. Overdose deaths and ED visits related to prescription drugs, especially OPR, continue to be unacceptably high, and targeted efforts are needed to reduce the number of deaths in this epidemic.

#### Reported by

Karin A. Mack, PhD, Christopher M. Jones, PharmD, Leonard J. Paulozzi, MD, Div of Unintentional Injury Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, CDC. **Corresponding contributor:** Karin Mack, [kmack@cdc.gov](mailto:kmack@cdc.gov), 770-488-4389.

#### References

1. CDC. Vital signs: overdoses of prescription opioid pain relievers—United States, 1999–2008. *MMWR* 2011;60:1487–92.
2. Jones CM, Mack KA, Paulozzi LJ. Pharmaceutical overdose deaths, United States, 2010. *JAMA* 2013;309:657–9.
3. Jones CM. Frequency of prescription pain reliever nonmedical use: 2002–2003 and 2009–2010. *Arch Intern Med* 2012;172:1265–7.
4. Unick GJ, Rosenblum D, Mars S, Ciccarone D. Intertwined epidemics: national demographic trends in hospitalizations for heroin- and opioid-related overdoses, 1993–2009. *PLoS One* 2013;8(2):e54496.
5. CDC. Emergency department visits involving nonmedical use of selected prescription drugs—United States, 2004–2008. *MMWR* 2010;59:705–9.



# ***HIPNOSEDANTES Y FRACTURA DE CADERA***

# The elimination half-life of benzodiazepines and fall risk: two prospective observational studies

OSCAR J. DE VRIES<sup>1</sup>, GEESKE PEETERS<sup>2</sup>, PETRA ELDERS<sup>3</sup>, CAROLINE SONNENBERG<sup>4</sup>, MAJON MULLER<sup>5</sup>,  
 DORLY J. H. DEEG<sup>6</sup>, PAUL LIPS<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Internal Medicine, Section of Geriatric Medicine, VU University Medical Center, De Boelelaan 1117 - 4A35, Amsterdam, Netherlands 1081HV, Netherlands

<sup>2</sup>School of Human Movement Studies, The University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia

<sup>3</sup>Department of General Practice, VU University Medical Center, Amsterdam, Netherlands

<sup>4</sup>Old Age Psychiatry, GGZ Ingest, Amsterdam, Netherlands

<sup>5</sup>Department of Internal Medicine, VU University Medical Center, Amsterdam, Netherlands

<sup>6</sup>Vrije Universiteit, VU University Medical Centre/LASA, Van der Boechorststraat 7, Netherlands

<sup>7</sup>Department of Internal Medicine, Free University Medical Center, Internal Medicine, VU University Medical Center, Amsterdam, Netherlands

Address correspondence to: O.J. de Vries. Tel: +31 20 4444307; Fax: +31 20 4444313. Email: oj.devries@vumc.nl

## Abstract

**Background:** the STOPP criteria advise against the use of long-acting benzodiazepines (LBs).

**Objective:** to study whether LBs are associated with a higher fall risk than short-acting benzodiazepines (SBs) (elimination half-life  $\leq 10$  h).

**Methods:** we used base-line data and prospective fall follow-up from the Longitudinal Aging Study Amsterdam, a longitudinal cohort study including 1,509 community-dwelling older persons (Study 1) and from a separate fall prevention study with 564 older persons after a fall (Study 2). Time to the first fall after inclusion and number of falls in the first year after inclusion were the primary endpoints.

**Results:** both in Study 1 and Study 2 the use of SBs was associated with time to the first fall, hazard ratio (HR) 1.62 (95% CI: 1.03–2.56) and HR 1.64 (95% CI: 1.19–2.26), respectively. LBs were not significantly associated with time to first fall, HR 1.40 (0.85–2.31) and HR 1.08 (0.72–1.62). In both studies, the use of SBs was also associated with number of falls, odds ratio (OR) 1.28 (95% CI: 1.01–1.61) and OR 1.37 (95% CI: 1.10–1.70). LBs were not significantly associated with number of falls, OR 1.23 (0.96–1.57) and 1.10 (0.82–1.48).

**Conclusions:** the use of SBs is not associated with a lower fall risk compared with LBs. The use of both SBs and LBs by old persons should be strongly discouraged.

**Keywords:** aged, accidental falls, benzodiazepines, sedatives, adverse drug events, older people

## Introduction

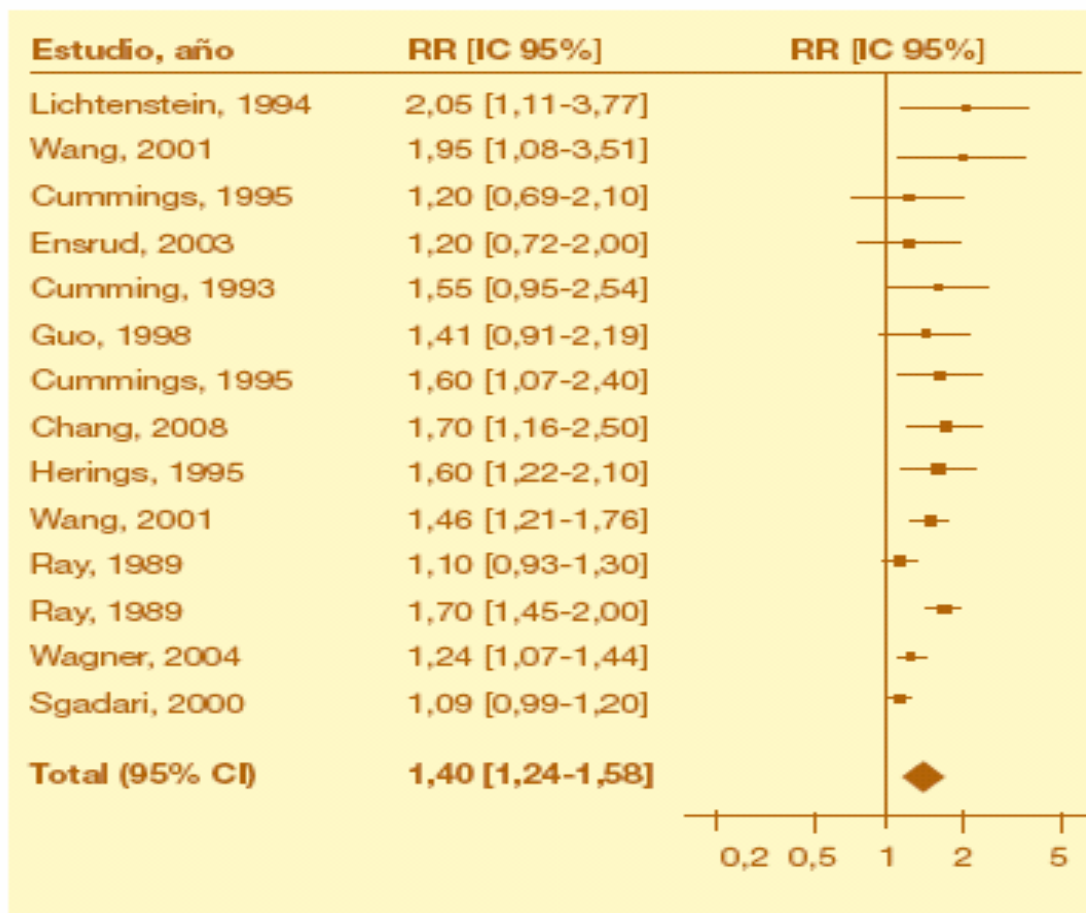
Falls and fall-related complications are a major problem in older persons. One-third of the older population experiences at least one fall each year, 15% falls two times or more each year. Ten percent of falls leads to serious consequences such as fractures, requiring medical treatment [1–4].

Previous research has shown that psychotropic medications, such as benzodiazepines and tricyclic antidepressants, are associated with increased fall risk [5, 6]. Moreover, their

use has been shown to be not only associated with increased risk of injurious falls, but also with increased risk of hip fractures [7, 8]. Apart from the loss of function and quality of life attributable to medication-related falls, the financial impact on society is considerable [9].

Although most studies applied adjustment for comorbid conditions, confounding by indication cannot be ruled out as a partial explanation of the association of psychotropic drug use with increased fall risk. Persons with pre-existing conditions that increase the risk of

Khong TP, de Vries F, Goldenberg JSB, et al. *Calcif Tissue Int* 2012; 91:24-31.



**Figura 3.** Metanálisis de 14 estudios sobre el riesgo de fractura de cuello de fémur asociado al uso de hipnosedantes.

**Kolla BP, Lovely JK, Mansukhani MP, Morgenthaler TI. J Hosp Med 2013; 8:1-6.**

En otro estudio, el uso de zolpidem aumentó el riesgo de caídas en pacientes ingresados.

La tasa de caídas en 4.962 pacientes ingresados en la Clínica Mayo que recibían zolpidem (3,04 por 100 pacientes) fue cuatro veces más alta que la tasa en 11.358 pacientes ingresados que no los tomaban (0,71 por 100).

**Los autores calcularon que se produciría una caída adicional por cada 55 pacientes tratados con zolpidem durante un año.**



bg

## Los peligros del uso de hipnóticos y sedantes

### Uso de hipnóticos en el insomnio.

- Hay que recomendar la dosis mínima que mejore los síntomas.
- El tratamiento no debe durar más de 4 semanas.
- No se recomienda su uso crónico (pérdida de eficacia, dependencia).
- El tratamiento se debe retirar de manera gradual.
- Cuando se utiliza una benzodiazepina como hipnótico, el tratamiento debe ser intermitente en la medida de lo posible.



bg

## Los peligros del uso de hipnóticos y sedantes

### Conclusión

Para evitar y tratar el insomnio es esencial aconsejar sobre las medidas de higiene del sueño. El insomnio sólo se debería tratar con fármacos cuando es grave, incapacitante o causante de mucho malestar, y si no mejora con las medidas no farmacológicas.

No se recomienda el uso prolongado de fármacos hipnóticos. Hay que revisar y modificar de manera periódica la prescripción de hipnosedantes, porque los riesgos asociados a su uso continuado y prolongado pueden superar sus efectos beneficiosos, sobre todo en las personas de edad avanzada, en las que se concentra su uso.