

## Estrategias para reducir el uso prolongado de benzodiazepinas

Caterina Vicens Caldentey<sup>a,\*</sup>, Ermengol Sempere Verdú<sup>b</sup> y Francisca Fiol Gelabert<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Son Serra-La Vileta. IB-Salut. Palma de Mallorca. España. Miembro del Grupo de Utilización de Fármacos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Paterna. Agència Valenciana de Salut. Valencia. Miembro del Grupo de Utilización de Fármacos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Son Serra-La Vileta. IB-Salut. Palma de Mallorca. España.

\*Correo electrónico: caterinavicens@gmail.com

### Puntos clave

- Las benzodiazepinas y sus análogos están indicados en el tratamiento sintomático del insomnio y la ansiedad cuando es limitante para el paciente.
- Su uso más allá de unas semanas puede producir dependencia, lo que favorece que el tratamiento se mantenga.
- Las recomendaciones de prescripción así como las guías clínicas nacionales e internacionales aconsejan limitar la duración a no más de cuatro semanas.
- Son fármacos potencialmente inapropiados para personas mayores por lo que se desaconseja su uso en esta franja de edad.
- La prevalencia de consumo en España es muy elevada y sigue en aumento con cerca de 90 dosis habitante día prescritas en el año 2012.
- Su uso prolongado se ha relacionado con el incremento de fracturas de cadera, con deterioro cognitivo, demencia y aumento de mortalidad global.
- El paciente puede ser reacio a cesar el consumo de benzodiazepinas y a su vez el médico quien tiene escaso tiempo por consulta y no dispone de otros abordajes para ofrecer a sus pacientes, duda sobre el beneficio potencial de retirarlas.
- Una breve intervención del médico de familia con una pauta de reducción escalonada de dosis consigue que cerca de la mitad de los pacientes a los que se interviene, cese el consumo.
- La pauta de reducción de dosis consiste en reducir la dosis total diaria de la benzodiazepina entre un 10 y un 25% en intervalos de una a tres semanas.
- La seguridad de la intervención con reducción gradual de dosis ha sido evaluada y no ha producido efectos adversos significativos.
- Las alternativas al tratamiento con benzodiazepinas son mayoritariamente abordajes psicoterapéuticos que a día de hoy apenas están disponibles en atención primaria.

**Palabras clave:** Benzodiazepinas • Dependencia • Retirada • Consumo prolongado.

### Introducción

“...existe vida más allá de las benzodiazepinas...”, le comenté a un paciente de 47 años cuando acudió por primera vez a mi consulta y solicitó una prescripción de lorazepam que tomaba diariamente en desayuno, comida y cena desde hacía años. Estaba convencido de que jamás podría abandonar el tratamiento que había iniciado a raíz de una situación vital estresante 10 años atrás.

Indicamos un tratamiento con benzodiazepinas (BZD) para aliviar síntomas de ansiedad o insomnio generalmente se-

cundarios al malestar emocional en un contexto de estrés vital y con frecuencia el tratamiento se mantiene durante meses o años por la dificultad de retirarlo una vez se ha instaurado la dependencia y a pesar de haberse resuelto el motivo inicial por el que se prescribieron.

El consumo de BZD ha sido objeto de debate en los últimos 30 años, desde su consideración como medicamentos muy eficaces y útiles a corto plazo en determinadas situaciones clínicas hasta su amenaza de generar dependencia, abuso del consumo prolongado y potencial relación causal con diversos problemas de salud.

## Características de las benzodiazepinas

Las BZD constituyen un conjunto de moléculas que poseen propiedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes y miorrelajantes<sup>1</sup>. Tienen una estructura química común y las diferencias están en los radicales que confieren a cada molécula unas características y propiedades farmacocinéticas específicas. Así, pueden tener diferente velocidad de acción, semivida plasmática, y predominar su efecto hipnótico o ansiolítico. Actúan a través de los receptores del ácido gammaminobutírico, principal sistema inhibidor del sistema nervioso central, potenciando su acción. Su elevada eficacia, rapidez de acción, seguridad a dosis habituales y fácil manejo las convierten en medicamentos de uso muy frecuente.

Se clasifican según su semivida plasmática en acción ultracorta, corta-intermedia o larga, y es importante conocer las dosis equivalentes entre ellas por si se requiere realizar un cambio de principio activo<sup>2</sup> (tabla 1).

Los análogos de las BZD o hipnóticos-Z (zolpidem, zopiclona y zaleplon), constituyen un grupo de hipnóticos con un mecanismo de acción y efectos similares a las BZD. Están indicados en el tratamiento a corto plazo del insomnio y, aunque se desarrollaron para mejorar algunos efectos adversos de las BZD, no existen evidencias de que se comporten de manera muy diferente a las de semivida corta<sup>3</sup>.

### Uso clínico de las benzodiazepinas

Sus indicaciones principales son el tratamiento a corto plazo de la ansiedad y el insomnio aunque, tal como recomienda la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, solo cuando el trastorno es intenso, limita la actividad del paciente o le somete a un estrés importante<sup>4</sup>. La dosis que se ha de utilizar debe ser la mínima eficaz, y la duración del

tratamiento lo más breve posible, sin sobrepasar las 2-4 semanas en el insomnio y las 8-12 semanas para el trastorno de ansiedad<sup>4</sup>. En caso de necesidad de prolongar el tratamiento es preciso evaluar periódicamente al paciente. En la misma línea, el British National Formulary<sup>2</sup> considera que el uso de BZD para el tratamiento de la ansiedad leve y pasajera es inapropiado.

Las guías de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad<sup>5</sup>, la del manejo de pacientes con insomnio<sup>6</sup> y la de la depresión<sup>7</sup> en el adulto, editadas por el Ministerio de Sanidad aconsejan, en relación con el uso de BZD:

- En el **trastorno de ansiedad generalizada**, las BZD producen un alivio rápido inicial de los síntomas de ansiedad, pero la evidencia sugiere que sus efectos no difieren de manera significativa de los obtenidos con placebo después de 4 a 6 semanas de tratamiento. Así pues, se recomienda su utilización a corto plazo sin sobrepasar las 4 semanas de tratamiento cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera la respuesta del tratamiento con terapia cognitivo-conductual o fármacos antidepresivos<sup>5</sup>.

- En el **trastorno de angustia**, si se utiliza una BZD, se recomienda también a corto plazo, cuando sea crucial por agitación o ansiedad aguda o grave, con la dosis más baja posible, teniendo que ser disminuida esta gradualmente. También se recomienda no utilizar más de 4 semanas<sup>5</sup>.

- En el tratamiento del **insomnio**, se puede elegir tanto una BZD como un análogo. También limita la duración a 2 semanas con un máximo de 4 con la dosis más baja posible, y reevaluar al paciente si se requiere un uso más prolongado<sup>6</sup>.

- En el manejo de la **depresión**, las BZD no deben utilizarse como tratamiento único. Se puede considerar utilizarlas en caso de presencia de ansiedad, insomnio y/o agitación, aunque su uso no debería prolongarse más de 2-3 semanas<sup>7</sup>.

TABLA 1. Semivida plasmática y dosis equivalentes aproximadas de las benzodiazepinas y análogos más utilizados en España

	Concentración máxima en plasma (h)*	Semivida plasmática (h)*	Dosis equivalente (mg)**
<b>Acción larga (&gt; 24h)</b>			
Diazepam	1	20-100	5
Clorazepatodipotásico	1	30-48	7,5
<b>Acción corta-intermedia (6-24 h)</b>			
Lorazepam	2	11-30	0,5-1
Alprazolam	1-2	12-15	0,25-0,5
Lormetazepam	1,5	11-30	0,5-1
Bromazepam	2	10-20	3
<b>Acción ultracorta (&lt; 6h)</b>			
Zolpidem	0,5	2,5	10

\*La semivida plasmática presenta una considerable variabilidad individual.  
 \*\*Las dosis equivalentes varían según los diferentes autores consultados.  
 Tomada de: Vicens C. et al. AMF. 2014.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470170>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470170>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)