

SITUACIONES CLÍNICAS



1. Le pautamos una benzodiacepina?

María, 56 años
HTA en tratamiento Clortalidona 25 mg/dia
No AP de psicopatología
Se está separando, malestar emocional
Ansiedad intensa incapacitante
Duerme fatal
Agotada... “no puedo más”



1. Le pautamos una benzodiacepina?

Probablemente sí

2. Qué pauta?

María, 56 años
HTA en tratamiento Clortalidona 25 mg/dia
No AP de psicopatología
Se está separando, problemas de diversa índole
Ansiedad intensa incapacitante
Duerme fatal
Agotada... “no puedo más”



María, 56 años
HTA en tratamiento Clortalidona 25 mg/día
No AP de psicopatología
Se está separando, malestar emocional
Ansiedad intensa incapacitante
Duerme fatal
Agotada... “no puedo más”

1. ¿Le pautamos una benzodiacepina?

Probablemente si

2. ¿Qué pauta?

Breve y, si posible, intermitente

3. ¿Qué información al inicio puede favorecer que no se prolongue el tratamiento?

Carmen

Carmen 65 años, casada y que desde hace cuatro años tiene a su **cargo a su madre con enfermedad de Alzheimer en fase avanzada** de la que es cuidadora principal, no trabaja fuera del hogar y su marido colabora “en lo que puede” pues dedica la mayor parte del día a trabajar.

Al inicio de esta situación y debido a su sintomatología ansiosa su médico le prescribió **alprazolam 0,5 mg 1-0-1** y desde **entonces no ha interrumpido su consumo.**



Carmen

Durante estos años ha ido **reorganizando sus actividades**, dispone de una **ayuda a domicilio** que le proporcionan los servicios sociales y la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer, asiste a charlas informativas, y ha reanudado algunas de las actividades de ocio de su barrio que había abandonado al inicio.

Carmen se siente **estable** dentro de la situación que está viviendo, podemos decir que se ha adaptado a ella, sin embargo considera que **no puede prescindir del alprazolam** ya que si alguna vez no lo toma se encuentra mal y los síntomas desaparecen al tomar de nuevo la medicación.



Carmen

1. Carmen presenta **dependencia al alprazolam** y dada su situación de cuidadora es mejor que **de momento siga consumiendo** la medicación.
2. Carmen presenta **una dependencia a alprazolam** que se le prescribió en un momento en el que probablemente estaba desbordada por la situación pero actualmente, a pesar de que sigue teniendo a que cuidar a su madre, **su entorno ha cambiado y es aconsejable, evaluar la presencia de psicopatología y plantear retirar la benzodiacepina de forma escalonada.**
3. Carmen **ha estado tomando siempre la misma dosis de alprazolam por lo que es poco probable que presente dependencia** así que se puede retirar la medicación en unas semanas.
4. Carmen es **la cuidadora principal de un enfermo de Alzheimer por lo que con toda seguridad sufre un desgaste emocional que es aconsejable tratar con antidepresivos**, preferentemente un ISRS y esto nos facilitará la retirada de alprazolam.

Pauta de retirada



Fecha	Medicación	Desayuno	Comida	Cena	Acostarse
<u>Situación inicial</u>	<u>Alprazolam</u> 0,5	1			1
3 semanas	<u>Alprazolam</u> 0,25	1			2
3 semanas	<u>Alprazolam</u> 0,25	1			1
3 semanas	<u>Alprazolam</u> 0,25	0,5			1
3 semanas	<u>Alprazolam</u> 0,25	0,5			0,5
3 semanas	<u>Alprazolam</u> 0,25	0			0,5
3 semanas	<u>Alprazolam</u> 0,25	0			SUSPENDER



Antonia



Tiene 42 años. No antecedentes patológicos de interés. De profesión **administrativa**. Madre de 1 hijo de 9 años y separada desde hace dos años, momento en el que por un episodio prolongado de **ansiedad reactiva**, inició el consumo **lorazepam 0,5 mg por la mañana y 1 mg por la noche**.

Trabaja 7 horas por las mañanas y por las tardes suele quedarse en casa. Escasa actividad de ocio ni entorno social de apoyo.

Refiere sensación de **cansancio habitual**, cefaleas frecuentes, **dificultad para concentrarse** y pérdida de memoria. A veces presenta mareos y dolores en la región cervical. Nota **disminución de su rendimiento** en el trabajo y **pérdida de interés** por las cosas que antes le gustaban.

Antonia



- Evaluar a fondo presencia de **sintomatología depresiva**
- De entrada no modificar pauta ansiolítica
- Si se plantea iniciar un tratamiento antidepresivo, iniciar y una vez **alcanzado el efecto terapéutico** del antidepresivo iniciar **descenso gradual de dosis** con escalones de lorazepam 0,25 mg.
- Mantener el antidepresivo unos meses tras remisión de la sintomatología.
- Psicoterapia de apoyo. **Técnicas de afrontamiento de estrés (ejercicio, potenciar red social...)**

Rafael

Rafael, de 74 años, es hipertenso bien controlado y diagnosticado de hiperplasia benigna de próstata.

Vive con su esposa. Hijos sanos, independientes que hacen ya su vida.

Ha dedicado parte de su vida a la agricultura, y sigue ejerciendo de agricultor.

Toma **bromazepam 1,5 mg desde hace un par de años.** Se lo había prescrito un urólogo, porque Rafael siempre ha sido una persona un poco nerviosa.



Rafael

- Teniendo en cuenta la situación vital estable de Rafael y que no presenta ninguna clínica que lo justifique, nos **planteamos retirar el Lexatin** poco a poco.
- Dado que la presentación farmacéutica son cápsulas se decide **cambiar a diazepam. Las dosis equipotentes de diazepam son 2,5mg**. Se plantea pauta de retirada con reducción de $\frac{1}{4}$ comp cada 3 semanas.
- En pocas semanas, Rafael **cesa el consumo de Lexatin sin ningún problema** en la retirada.



Juan Ramón

Juan Ramón tiene **59 años** y como único antecedente de interés una hiperplasia benigna de próstata.

Está casado, **vive con su mujer** y no tiene hijos. Buena posición económica.

Los últimos años, ha trabajado como **directivo de una entidad bancaria**, pero actualmente está prejubilado.

Ha heredado tierras de la familia y en la actualidad se dedica a cuidarlas.



Juan Ramón

- Juan Ramón toma **alprazolam 0,5 mg/día, desde hace 5 años**. Se lo había prescrito su médico de cabecera per **insomnio y ansiedad**. Su sintomatología estaba relacionada con el cargo profesional de responsabilidad y problemas que tenía en el trabajo.
- Ahora está **prejubilado**, con una situación vital diferente más relajada motivo por el cual nos podemos plantear la retirada del alprazolam.
- Planteamos **retirada del 25%** (0,125mg) cada 3 semanas



Pauta de reducción de benzodiazepinas personalizada

Fecha	Medicación	Desayuno	Comida	Cena	Acostarse
Situación basal	Alprazolam 0,5				1
Cambio a	Alprazolam 0,25				2
3 semanas	Alprazolam 0,25				1,5
3 semanas	Alprazolam 0,25				1
3 semanas	Alprazolam 0,25				0,5
					SUSPENDER

María

- María es una mujer de 63 años. Es hipertensa, tiene muchos **dolores óseos y está diagnosticada de un trastorno mixto de ansiedad y depresión.**
- Es viuda desde hace muchos años. Desde que murió su marido, trabaja haciendo tareas domésticas en diferentes sitios. Tiene hijos en paro; otros con trabajos precarios y ella les ayuda económicamente.
- **Toma alprazolam 0,5 cada 8 horas desde hace 14 años** (aproximadamente desde que se quedó viuda). Se lo recetó su médico de cabecera para **la ansiedad y el insomnio originado por el hecho vital de perder a su marido.**
- Con el pasar de los años, **María se ha ido organizando** y se ha adaptado a su nueva situación actual. Podemos decir que está estable dentro de la situación que está viviendo.



María

- Delante de esta reflexión, **nos planteamos la reducción/retirada del alprazolam**. María está de acuerdo.
- Le gustaría tomar menos medicación!!!! Pero hace tanto que la toma que no sabe si podrá pasar sin ella !!
- Se plantea **reducción de 0,25 mg cada 3 semanas** (aprox. 16%)
- Se le entrega una **pauta de reducción personalizada**



Pauta de reducción de benzodiacepinas personalizada

Fecha	Medicación	Desayuno	Comida	Cena	Acostarse
Situación basal	Alprazolam 0,5	1	1	0	1
Cambio a	Alprazolam 0,25	2	2	0	2
3 semanas	Alprazolam 0,25	2	1	0	2
3 semanas	Alprazolam 0,25	1	1	0	2
3 semanas	Alprazolam 0,25	1	1	0	1
3 semanas	Alprazolam 0,25	1	0,5	0	1
3 semanas	Alprazolam 0,25	0,5	0,5	0	1
3 semanas	Alprazolam 0,25	0,5	0,5	0	0,5
3 semanas	Alprazolam 0,25	0,5	0	0	0,5
3 semanas	Alprazolam 0,25	0	0	0	0,5
					SUSPENDER

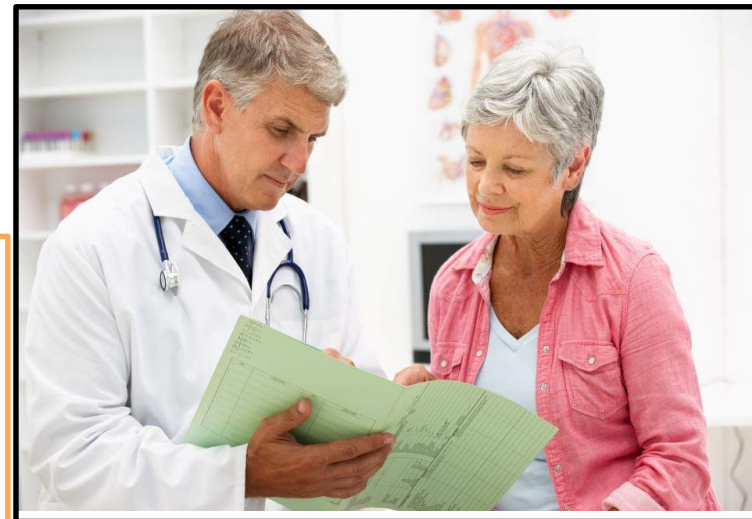
María

- Durante las semanas siguientes al inicio de la reducción, a la hija de María le diagnosticaron una neoplasia pulmonar con mal pronóstico, y murió poco después.
- María, que **había reducido el alprazolam de 0,5 mg cada 12 horas**, sintió que necesitaba volver a tomar la medicación cada 8 horas.
- Dadas las circunstancias personales de la paciente, **se plantea, de momento, no disminuir más la dosis**. Ha presentado múltiples problemas durante este tiempo, por eso se mantiene el tratamiento y la tenemos bajo supervisión.
- Con el paso de los años, **María ha reducido el alprazolam a 0,25 mg cada 12 horas**.



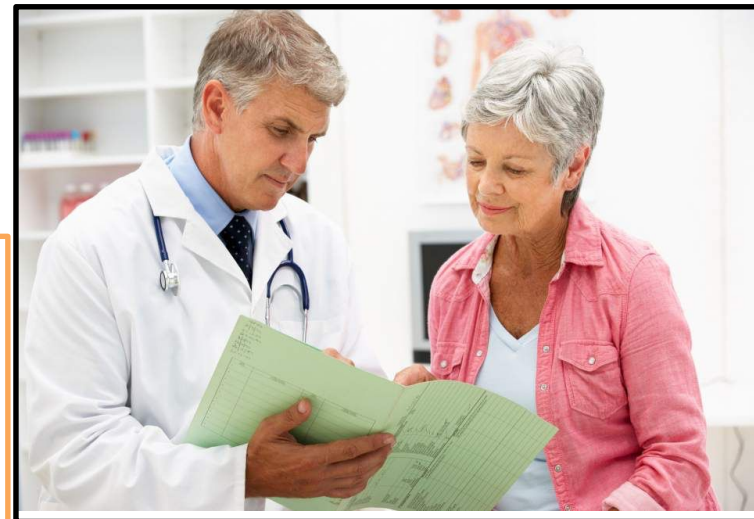
Conchita

- Conchita es una mujer de 73 años, diagnosticada de un **trastorno mixto de ansiedad y depresión, un trastorno de adaptación, osteoporosis y poliartrosis.**
- **Toma lorazepam 1 mg (desde hace 10 años)** para dormir, sertralina 50 mg/24 horas, analgésicos y antiinflamatorios a demanda
- Parte de su seguimiento lo hace en consultas de médicos privados.
- Está casada y **vive con su marido.**
- Cree que tiene dependencia al lorazepam, tiene **miedo de no dormir si lo deja** pero reconoce que está en un momento emocionalmente estable de su vida.



Conchita

- Le proponemos una pauta personalizada de reducción; ir bajando dosis cada dos o tres semanas:
 - Orfidal $\frac{3}{4}$ comp
 - Orfidal $\frac{1}{2}$ comp
 - Orfidal $\frac{1}{4}$ comp
 - Suspender , hecho que **la paciente consigue a los meses.**
- Cuando Conchita llevaba entres tres y cuatro meses sin el lorazepam, hizo un **brote de dolor** generalizado intenso. Por su cuenta, consultó con una Clínica del Dolor y un psiquiatra privados. Éste último le prescribió **duloxetina i diazepam 2,5 mg** cada 12 horas
- Llegados a este punto, se le propone una **pauta de descenso de diazepam de 2,5 mg. cada 12 horas.** Llegó a tomarse 2.5 mg. cada 24 h, sin poder reducir más.



Conchita

- Conchita, con el tiempo, **ha hecho tratamientos discontinuos irregulares**, ella aumenta o reduce dosis según la clínica, todo complicado por las prescripciones que le hacen los diferentes especialistas privados que ella consulta.



Isabel

- Isabel es una mujer de **58 años**, casada y con una hija, que actualmente trabaja de maquilladora artística, aunque antes era comercial.
- Diagnosticada de **lumbalgia crónica** y previamente **problemas con el alcohol**, aunque desde hace tres años ha dejado de beber. No siente deseo de volver a consumir. Se encuentra bien con su familia y en el trabajo. No se nota deprimida ni irritable, aunque si incómoda por el dolor lumbar.
- En el **período final de su adicción al alcohol** comenzó a tomar **alprazolam retard a dosis de 2 mg/12hs**. Refiere que comenzó a tomarlo para poder evitar consumir los 2-3 gin-tonics que se tomaba por la noches para poder dormir. Su anterior MAP le propuso esta pauta para abandonar el alcohol, pero **tras dejarlo con éxito** (sin necesidad de tener que acudir a la unidad de conductas aditivas) **no ha se ha atrevido a reducir los tranquilizantes** por si acaso recae.



Isabel

- Dada la estabilidad de su estado emocional se le plantea la conveniencia de la retirada gradual del alprazolam.
- En una primera visita efectuada por otro motivo, la paciente **afirma que se lo pensará**. Finalmente acude al cabo de un mes decidida a intentarlo.
- Se le explica que, dada la elevada dosis total consumida y el tipo de preparado que ha utilizado, la retirada puede costar meses.
- Se inicia **convirtiendo los 4 mg diarios de alprazolam por una dosis equivalente de diazepam (40 miligramos al día)**
- Se le propone una **reducción del 12.5% (5 mg de diazepam) cada 2-3 semanas** en función de la respuesta.



Isabel

Pauta de reducción de benzodiacepina personalizada					
Fecha	Medicación	Desayuno	Comida	Cena	Acostarse
Situación basal	Alprazolam retard 2	1	0	1	-
Cambio a	Diazepam 5	4	0	4	-
2-3 semanas	Diazepam 5	3	0	4	-
2-3 semanas	Diazepam 5	3	0	3	-
2-3 semanas	Diazepam 5	2	0	3	-
2-3 semanas	Diazepam 5	2	0	2	-
2-3 semanas	Diazepam 5	1	0	2	-
2-3 semanas	Diazepam 5	1	0	1	-
2-3 semanas	Diazepam 5	0	0	1	-
				Suspender	