



PROYECTO BENZORED

Prescripción razonada de benzodiacepinas. Estrategias para su retirada.

Equipo Investigador BENZORED



Aspectos a tratar

- Estudio BENZORED
- Indicaciones y duración del tratamiento con benzodiacepinas
- Aproximaciones a la prevalencia de consumo.
 Variabilidad
- Iniciar una prescripción
- Estrategias de deprescripción
- Casos prácticos



ESTUDIO BENZORED FASE IV





Evaluación de una intervención multifactorial para la reducción del consumo de benzodiacepinas en atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado por clusters.

MRC. FASES PARA EL DESARROLLO DE ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE INTERVENCIONES COMPLEJAS

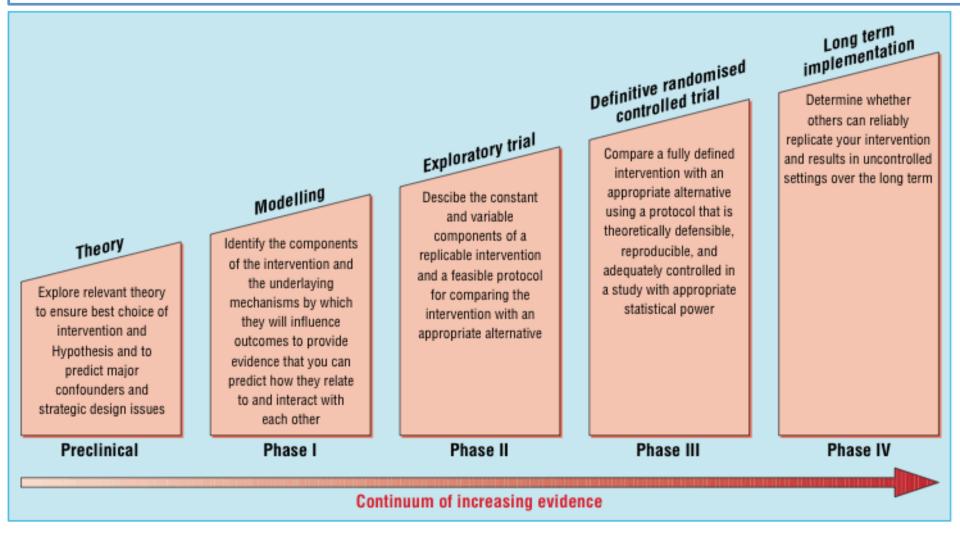


Fig 1 Sequential phases of developing randomised controlled trials of complex interventions

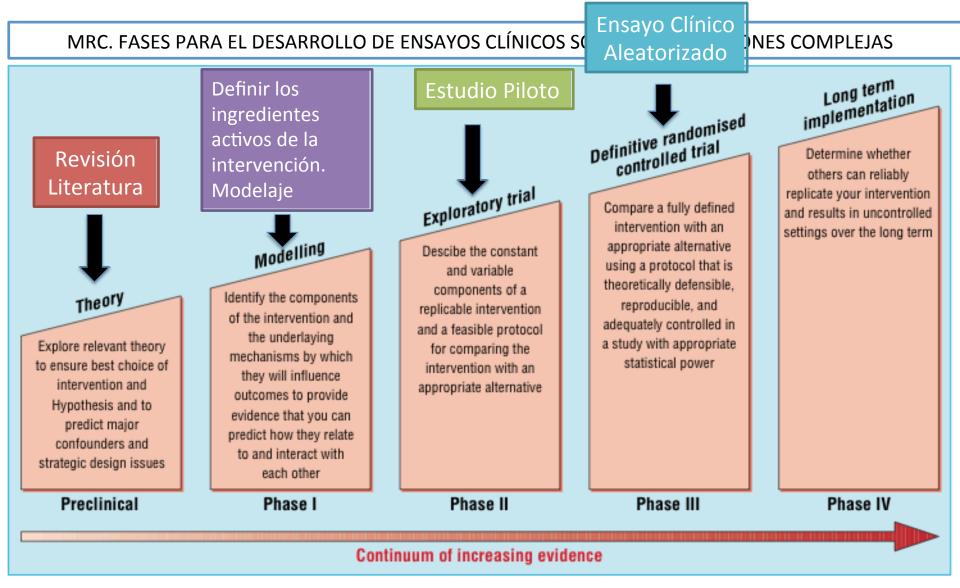


Fig 1 Sequential phases of developing randomised controlled trials of complex interventions

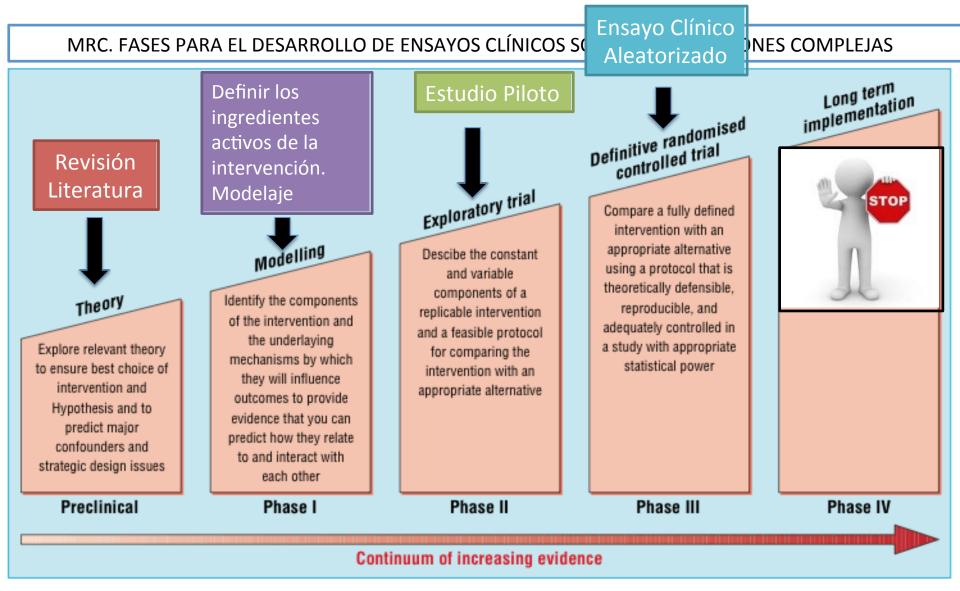
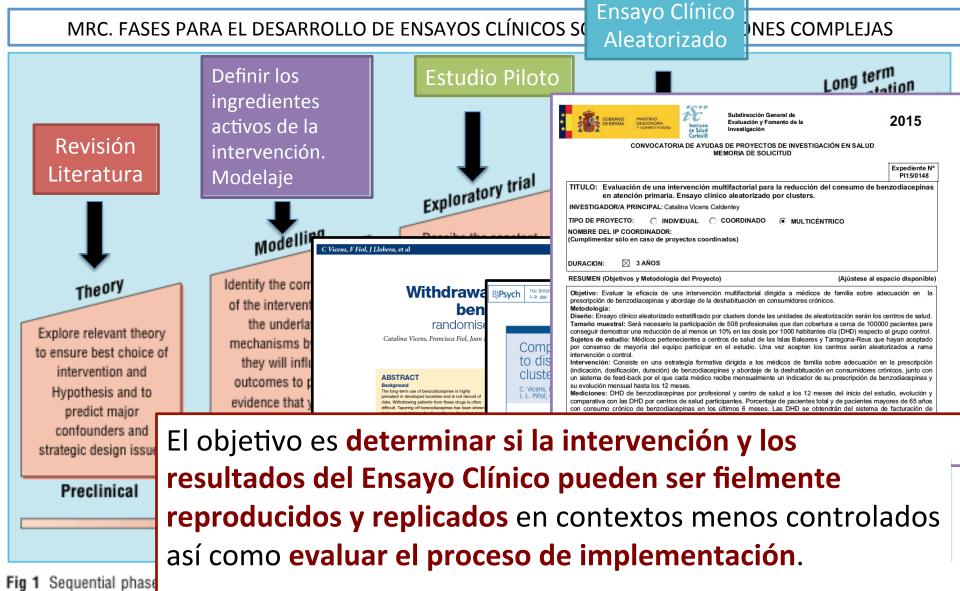


Fig 1 Sequential phases of developing randomised controlled trials of complex interventions







Objetivo:

Evaluar la eficacia de dos intervenciones del médico de familia para la reducción del consumo prolongado de benzodiacepinas.



STUDY PROTOCOL

Open Access

Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long term benzodiazepine use: A protocol for a clustered, randomized clinical trial

Caterina Vicens^{1*}, Isabel Socias², Catalina Mateu¹, Alfonso Leiva³, Ferran Bejarano⁴, Ermengol Sempere⁵, Josep Basora⁶, Vicente Palop⁷, Marta Mengual⁴, Jose Luis Beltran⁸, Enric Aragonès⁹, Guillem Lera¹⁰, Silvia Folch¹¹, Josep Lluís Piñol¹², Magdalena Esteva¹³, Miguel Roca¹⁴, Arturo Arenas¹⁵, María del Mar Sureda¹⁶, Francisco Campoamor¹⁷ and Francisca Fiol¹

Abstract

Background: Although benzodiazepines are effective, long-term use is not recommended because of potential adverse effects; the risks of tolerance and dependence; and an increased risk of hip fractures, motor vehicle accidents, and memory impairment. The estimated prevalence of long-term benzodiazepine use in the general population is about 2,2 to 2,6%, is higher in women and increases steadily with age. Interventions performed by General Practitioners may help patients to discontinue long-term benzodiazepine use. We have designed a trial to evaluate the effectiveness and safety of two brief general practitioner-provided interventions, based on gradual dose reduction, and will compare the effectiveness of these interventions with that of routine clinical practice.

Methods/Design: In a three-arm cluster randomized controlled trial, general practitioners will be randomly allocated to: a) a group in which the first patient visit will feature a structured interview, followed by visits every 2-3 weeks to the end of dose reduction; b) a group in which the first patient visit will feature a structured interview plus delivery of written instructions to self-reduce benzodiazepine dose, or c) routine care. Using a computerized pharmaceutical prescription database, 495 patients, aged 18-80 years, taking benzodiazepine for at least 6 months, will be recruited in primary care health districts of three regions of Spain (the Balearic Islands, Catalonia, and Valencia). The primary outcome will be benzodiazepine use at 12 months. The secondary outcomes will include measurements of anxiety and depression symptoms, benzodiazepine dependence, quality of sleep, and alcohol consumption.

Discussion: Although some interventions have been shown to be effective in reducing benzodiazepine consumption by long-term users, the clinical relevance of such interventions is limited by their complexity. This randomized trial will compare the effectiveness and safety of two complex stepped care interventions with that of routine care in a study with sufficient statistical power to detect clinically relevant differences.

Trial Registration: Current Controlled Trials: ISRCTN13024375

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Fondo de Investigación Sanitaria). PS09/00947.

Desarrollado en tres CCAA: Illes Balears, Catalunya y Comunitat Valenciana. RediAPP.



Métodos



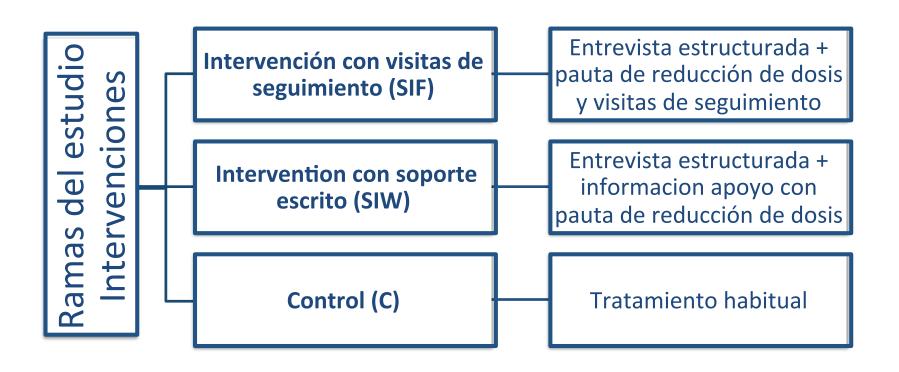
Sujetos:

Pacientes de **18 a 80 años**, que habían estado consumiendo una benzodiacepina o un análogo **durante al menos 6 meses** y que no cumplían criterios de exclusión.

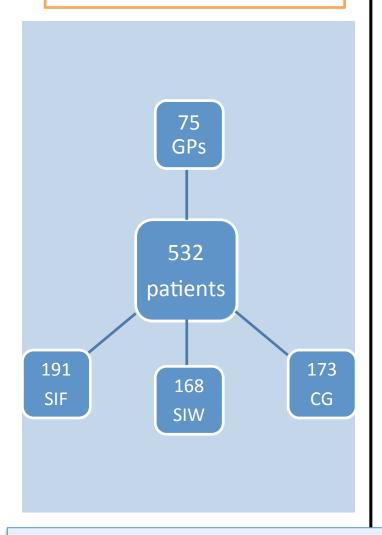


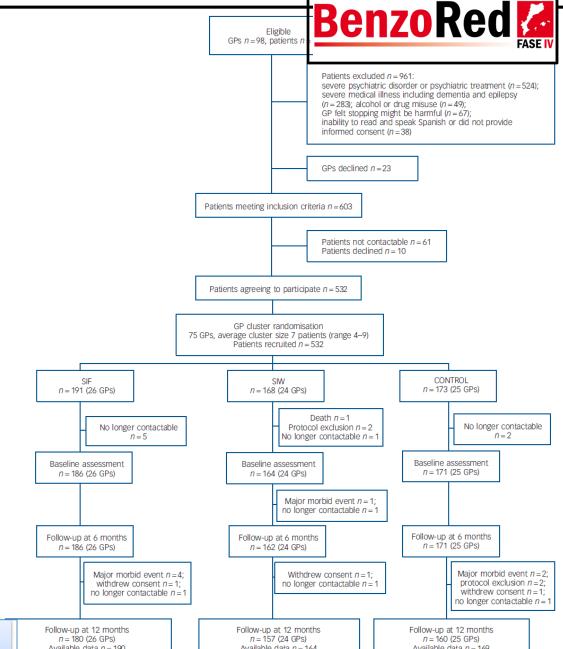


Intervenciones



Resultados. Flow-chart





Perdidas de seguimiento: 35/532 (6.6%)

Datos finales perdidos: 9/532 (1.7%)

Available data n = 190Analysed for primary outcome n = 191

Available data n = 164 Analysed for primary outcome n = 168

Available data n = 169 Analysed for primary outcome n = 173

Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care

C. Vicens, F. Bejarano, E. Sempere, C. Mateu, F. Fiol, I. Socias, E. Aragonès, V. Palop, J. L. Beltran, J. L. Piñol, G. Lera, S. Folch, M. Mengual, J. Basora, M. Esteva, J. Llobera, M. Roca, M. Gili and A. Leiva

Background

prescription claims at 12 months.

Benzodiazepines are extensively used in primary care, but their long-term use is associated with adverse health outcomes and dependence.

Results

At 12 months, 76 of 168 (45%) patients in the SIW group a 86 of 191 (45%) in the SIF group had discontinued benzodiazepine use compared with 26 of 173 (15%) in the

NNT: 4

Table 3 Comparison of benzodiazepine discontinuation between the control and intervention groups after 6 months and 12 months of follow-up

	6 months				12 months			
	Discontinued benzodiazepines n/N (%)	RR	95% CI	Р	Discontinued benzodiazepines n/N (%)	RR	95% CI	Р
Control group	25/173 (14.4)				26/173 (15.0)		\	
SIW group	72/168 (42.9)	2.97	2.07-4.26	< 0.0001	76/168 (45.2)	3.01	2.03-4.46	< 0.0001
SIF group	71/191 (37.2)	2.58	1.77-3.75	< 0.0001	86/191 (45.0)	3	2.04-4.40	< 0.0001
RR, relative risk; SIF, intervention group with follow-up visits; SIW, intervention group with written instructions.							/	

None.



Ensayo clínico de implementación de una intervención que ha demostrado eficacia en un ensayo clínico controlado.

Desarrollado en tres CCAA







(Cumplimentar sólo en caso de proyectos coordinados)

Subdirección General Investigación



CONVOCATORIA DE AYUDAS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MEMORIA DE SOLICITUD

Expediente N°

	1113/0140						
TITULO: Evaluación de una intervención multifactorial para la reducción del consumo de benzodiacepinas en atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado por clusters.							
INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: Catalina Vicens Caldentey							
TIPO DE PROYECTO: CINDIVIDUAL COORDINADO MULTIC	CÉNTRICO						
NOMBRE DEL IP COORDINADOR:							

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad. Pl 15/01480. Red de Investigación de actividades Preventivas y promoción de la salud (rediAPP).

Metodología:

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado estratificado por clusters donde las unidades de aleatorización serán los centros de salud. Tamaño muestral: Será necesario la participación de 508 profesionales que dan cobertura a cerca de 100000 pacientes para conseguir demostrar una reducción de al menos un 10% en las dosis por 1000 habitantes día (DHD) respecto al grupo control. Sujetos de estudio: Médicos pertenecientes a centros de salud de las Islas Baleares y Tarragona-Reus que hayan aceptado por consenso de mayoría del equipo participar en el estudio. Una vez acepten los centros serán aleatorizados a rama intervención o control.

Intervención: Consiste en una estrategia formativa dirigida a los médicos de familia sobre adecuación en la prescripción (indicación, dosificación, duración) de benzodiacepinas y abordaje de la deshabituación en consumidores crónicos, junto con un sistema de feed-back por el que cada médico recibe mensualmente un indicador de su prescripción de benzodiacepinas y su evolución mensual hasta los 12 meses.

Mediciones: DHD de benzodiacepinas por profesional y centro de salud a los 12 meses del inicio del estudio, evolución y comparativa con las DHD por centros de salud participantes. Porcentaje de pacientes total y de pacientes mayores de 65 años con consumo crónico de benzodiacepinas en los últimos 6 meses. Las DHD se obtendrán del sistema de facturación de farmacia del servicio de salud y los consumidores crónicos del programa de receta electrónica. Factibilidad, aceptabilidad, adopción y fidelidad de la intervención mediante cuestionarios a los médicos del grupo intervención participantes.

TITLE: Evaluation of a multifactorial intervention to reduce the consumption of benzodiazepines in primary care. A randomized cluster clinical trial.



Objetivo

Atención Primaria (taller formativo sobre el manejo de la retirada de benzodiacepinas y de la adecuación de la primera prescripción, seguido de monitorización mensual de la prescripción individual) para reducir la prescripción de benzodiacepinas.

Evaluar la factibilidad del proceso de implementación.



Método

Diseño: Ensayo clínico multicéntrico aleatorizado por conglomerados.

Reclutamiento-población de estudio: Todos los Centros de Salud pertenecientes a las tres regiones del estudio serán propuestos para participar. Se requiere aceptación de al menos 2/3 partes de los médicos del equipo.

Tamaño muestral: Se requiere un tamaño muestral de **638** MFs (316 en cada rama) para detectar una diferencia de al menos 5 dosis habitante día (DHD) en la prescripción de benzodiacepinas.

Aleatorización: Los Centros de Salud se estratificarán en base a Comunidad Autónoma, prescripción del benzodiacepinas del equipo en DHD y proporción de pacientes >65 años del CS.

Intervención

Taller formativo

Manejo de la retirada de benzodiacepinas en consumidores crónicos.

Adecuación de la prescripción de benzodiacepinas. Enfatizar la primera prescripción.

Monitorización

Feed-back mensual sobre la prescripción individual de benzodiacepinas en DHD

Página web del proyecto con enlaces seleccionados, información de apoyo y casos prácticos.



Variables

Variable principal

 DDDs/1000 habitantes/día de benzodiacepinas (DHD) por MF y Centro de Salud a los 12 meses de la intervención.

Variables secundarias

- Porcentaje de pacientes con consumo prolongado de benzodiacepinas (> 6 meses) por profesional y Centro de Salud a los 12 meses.
- Porcentaje de pacientes > 65 años con consumo prolongado de benzodiacepinas (> 6 meses) por profesional y Centro de Salud a los 12 meses.
- Proceso de Implementación: Factibilidad, Acetpabilidad, Adopción y Fidelidad de la intervención. Cuestionario ad-hoc.
- Los datos de prescripción se obtendrán de la base de datos de prescripción del ibsalut (principios activos incluidos en los grupos terapéuticos N05B y N05C de la clasificación ATC de la OMS).



Que esperamos saber?

- Si una intervención breve implementada en una amplia población de MF tiene algún impacto en la reducción del volumen de prescripción de benzodiacepinas.
- Si esta intervención reduce el número de consumidores crónicos de benzodiacepinas.
- Si la intervención es fácilmente implementable en la práctica clínica habitual de los MF.



Monitorización

Los médicos pertenecientes al grupo intervención recibirán información mensual sobre la evolución de su prescripción de benzodiacepinas en DHD en comparación con la media de su Centro de Salud y la media de la Comunidad Autónoma.



Página Web

- http://benzored.es
- Acceso a la presentación
- Documentos de soporte
- Artículos de interés
- Casos clínicos prácticos



Evaluación de una intervención multifactorial para la reducción del consumo de benzodiacepinas en atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado por clusters.

Acceso participantes















Evaluación de una intervención multifactorial para la reducción del consumo de benzodiacepinas en atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado por clusters.

Acceso participantes













Evaluación de una intervención multifactorial para la reducción del consumo de benzodiacepinas en atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado por clusters.

INICIO ESTUDIO EFICACIA EQUIPO DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTOS DE SOPORTE BIBLIOGRAFIA CASOS CLÍNICO

Ensayo Benzored - Deshabituación de benzodiacepinas desde Atención primaria



¿Es eficaz una intervención para la retirada de las benzodiacepinas realizada por los médicos de atención primaria?

Vídeo guía completa





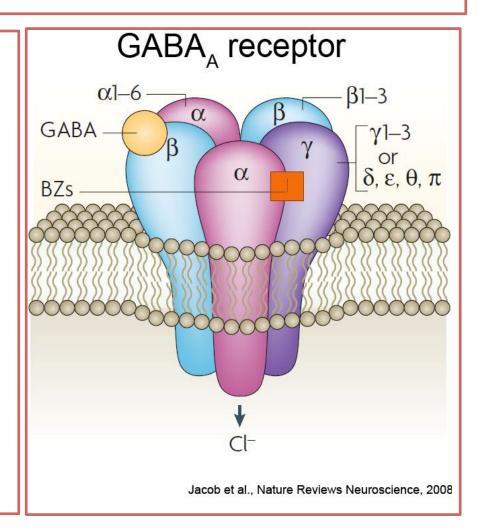


INDICACIONES Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS



Actúan....

- Las benzodiacepinas poseen propiedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes y miorrelajantes.
- Elevada eficacia y seguridad a dosis habituales.
- Estructura química común y las diferencias están en los radicales.
- Actúan a través de los receptores del ácido gammaminobutírico (GABA).
- Se clasifican según su semivida plasmática.
- Los "análogos" de las BZD o hipnóticos-Z, mecanismo de acción similar.



Indicaciones y duración tratamiento con benzodiacepinas.

Guia para el manejo ansiedad, insomnio, GuiaSalud, Guias NICE anxiety and depression, Guia de prescripción terapéutica

	Indicaciones de las benzodiacepinas	Consideraciones duración tratamiento
Trastornos del sueño. Insomnio	Manejo del insomnio severo e incapacitante que interfiere con las actividades de la vida diaria. Fracaso de medidas no farmacológicas	Cuzndo se utilicen hipnóticos, éstos deben ser utilizados durante un breve periodo (2-4 semanas) y de acuerdo con las indicaciones aprobadas.
 Ansiedad T. Ansiedad Generalizada T. Angustia con crisis de pánico 	Tratamiento sintomático de las manifestaciones ansiosas intensas o invalidantes.	La duración global del tratamiento no debería exceder las 8-12 semana.
Depresión	Como coadyuvante en la depresión con síntomas de ansiedad importantes al iniciar el tratamiento.	Durante un breve periodo no superior a las 2-3 semanas.
Desintoxicación alcohólica	Prevención del delirium tremens	Tratamiento breve del order de 8-13 días, individualizar.

Recomendaciones para la prescripción de benzodiacepinas

Guías Clínicas para el manejo de los trastornos de ansiedad y del insomnio (MSC, 2008 y 2009) en atención primaria. Guiasalud.

Guía de **prescripción Terapéutica** (MSC 2006)

Recomendaciones de la AEMPS

Guidelines of the RACGP.

Haute Autorité de la Santé (HAS).

Guía NICE manejo ansiedad NHS.















Recomendaciones generales

AEMPS:

- Utilizar solo cuando el trastorno es intenso, limita la actividad del paciente o le somete a un estrés importante.
- Utilizar la dosis mínima eficaz
- Utilizar el mínimo tiempo posible, en general no sobrepasar las 4 semanas de tratamiento.
- Realizar seguimiento periódico si hay que prolongar el tratamiento.

BNF:

 El uso de BZD para el tratamiento de la ansiedad leve y pasajera es inapropiado.

Recomendaciones NO hacer

Recomendaciones No hacer del Ministerio de sanidad/SEMFyC:

7. No prescribir benzodiacepinas (e hipnóticos no benzodiacepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio.

El insomnio (la incapacidad crónica para conciliar o mantener el sueño) es un problema de salud frecuente en la consulta, sobre todo en personas mayores.





American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel

Ejemplos de Medicación potencialmente inapropiada (Beers)

- Antihistamínicos con efecto anticolinérgico
- Alfa-bloqueantes
- Amiodarona
- Sotalol
- Digoxina a dosis > 0,125mg/d
- Antidepresivos tricíclicos
- Antipsicóticos
- Benzodiacepinas
- Análogos Z Benzodiacepinas

professionals, consumers, payors, and health systems should lead to closer monitoring of drug use in older adults. J Am Geriatr Soc 63:2227–2246, 2015.

Key words: Beers List; medications; Beers Criteria; drugs; older adults; polypharmacy

risk of adverse eria have been of strategies for

in Older Adults purces about the der adults. The geriatric clinical opment of qualhe responsibility Criteria and, in eria since 2003. date the criteria late are not as but in addition omponents have adjustment is

required based on kidney function and 2) drug-drug interactions. Neither of these new additions is intended to be comprehensive, because such lists would be too extensive. An interdisciplinary expert panel focused on those drugs and drug-drug interactions for which there is evidence in older adults that they are at risk of serious harm if the dose is not adjusted or the drug interaction is overlooked.



CONSECUENCIAS CONSUMO PROLONGADO



Consecuencias del uso prolongado de benzodiacepinas.

Tras consumo continuado durante algunas semanas aparece tolerancia y el desarrollo de dependencia que se debe a la adaptación fisiológica del organismo tras su uso prolongado.

El riesgo de dependencia se incrementa con la dosis y la duración del tratamiento aunque también aparece con dosis habituales no elevadas.

Es la responsable de que al interrumpir su administración aparezcan los síntomas de abstinencia o retirada.



Consecuencias del uso prolongado de benzodiacepinas.

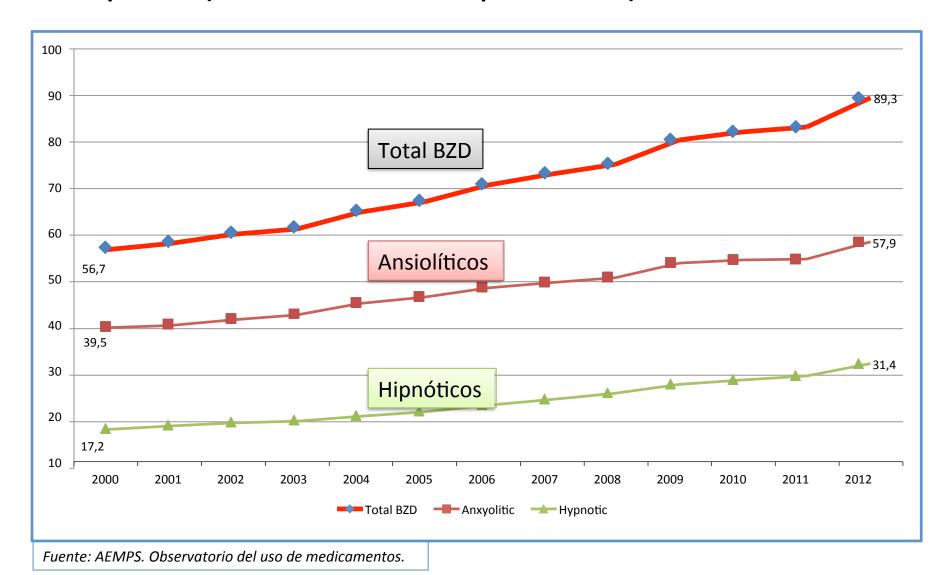
El consumo prolongado de benzodiacepinas se ha relacionado con:

- Alteraciones de la memoria y cognitivas,
 incremento del riesgo de demencia (Billoti de Gage et al., 2012;
 Baker et al., 2004; Neutel et al., 2002)
- Aumento de caídas y fracturas de cadera (Khong et al., 2012; Cuming y Le Couteur 2003; Herrings et al., 1995)
- Incremento del riesgo de accidentes de tráfico (Barbone et al., 1998; Orriols et al., 2011)
- Aumento de mortalidad global (Kripke et al., 2012, 1998; Mallon et al., 2009; Belleville et al., 2010, Weich et al., 2014)



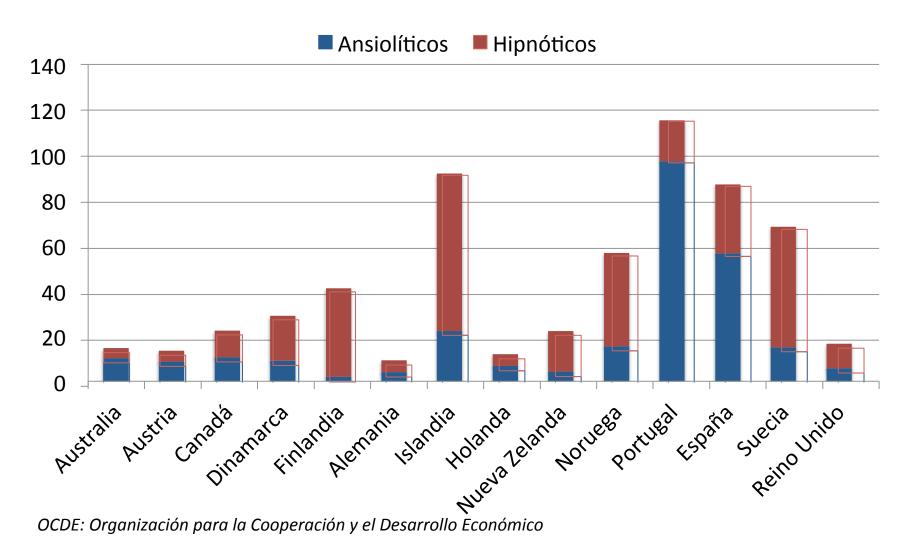
PREVALENCIA DE CONSUMO. VARIABILIDAD

Evolución del consumo de benzodiacepinas en España (ansiolíticos e hipnóticos) 2000-2012 (DHD)



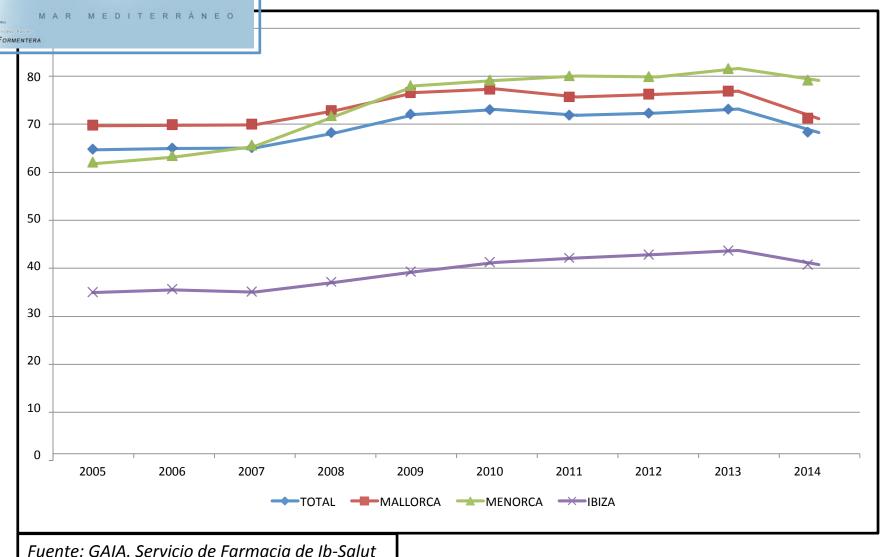
Consumo benzodiacepinas en diferentes países. Informe OCDE 2016

Año 2014





Evolución del consumo de benzodiacepinas en Baleares 2005-2014 (DHD)



Moléculas más prescritas

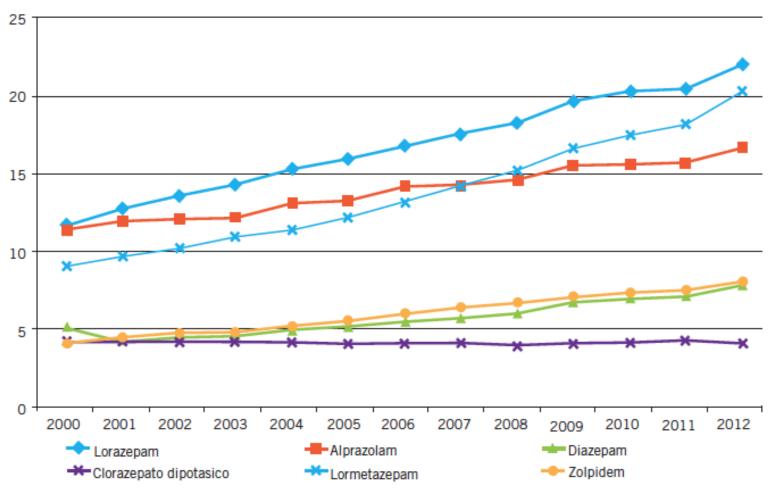
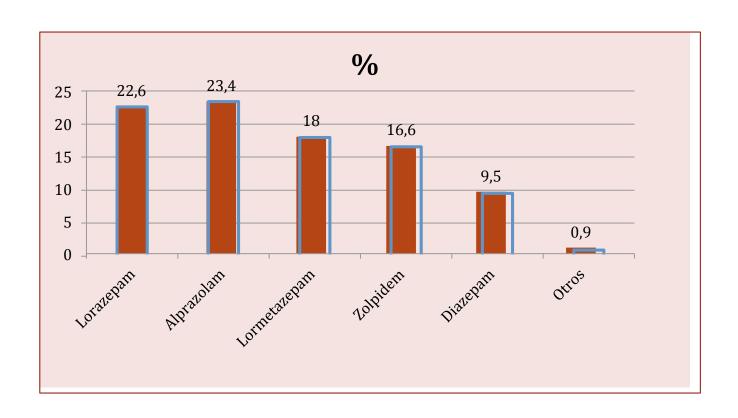


Figura 2. Evolución del consumo de los principios activos (ansiolíticos e hipnóticos) más prescritos en España 2000-2012 en DHD. Fuente: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Benzodiacepinas: Perfil de principios activos más prescritos (Baleares 2012).





Elevado consumo de benzodiacepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria

Ferran Bejarano Romero^a, Josep Lluís Piñol Moreso^b, Núria Mora Gilabert^c, Pere Claver Luque^c, Núria Brull López^c y Josep Basora Gallisa^d

Psicothema 2003. Vol. 15, n° 4, pp. 650-655 www.psicothema.com

ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG Copyright © 2003 Psicothema

El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España)

Roberto Secades Villa, Elías Rodríguez García*, Julio Valderrey Barbero*, José R. Fernández Hermida, Guillermo Vallejo Seco y Juan M. Jiménez García**

Universidad de Oviedo, * Comisión de Conductas Adictivas del Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias y ** Servicio

Atención Primaria. Vol. 25. Núm. 2. 15 de febrero 2000 R. Escrivá Ferrairó et al.—Prescripción de benzodiacepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor

administrados. I benzodiacep prolongada (mujeres, el 773% estaba a

ORIGINALES BREVES

Prescripción de benzodiacepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor

R. Escrivá Ferrairó^a, A. Pérez Díez^b, C. Lumbreras García^c, J. Molina París^a, T. Sanz Cuesta^d y M.A. Corral Sánchez^b

Centro de Salud Palomares. Leganés (Madrid).



Principales resultados de los estudios epidemiológicos

- Consumo mas elevado en mujeres y en mayores de 65 años.
- Cerca del 7% población atendida en atención primaria consume de forma prolongada benzodiacepinas
- Entre el 30 y 35% de las mujeres >65 consumen habitualmente
- De los consumidores de BZD cerca de 2/3 partes las consumen de forma prolongada



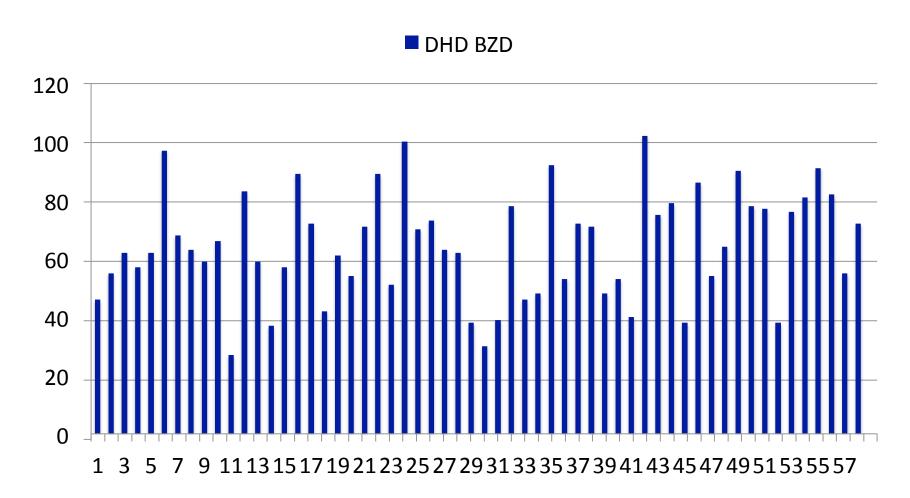
Existen enormes diferencias en volumen de prescripción de BZD entre equipos de atención primaria e incluso entre los médicos de un mismo equipo.

VARIABILIDAD PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS



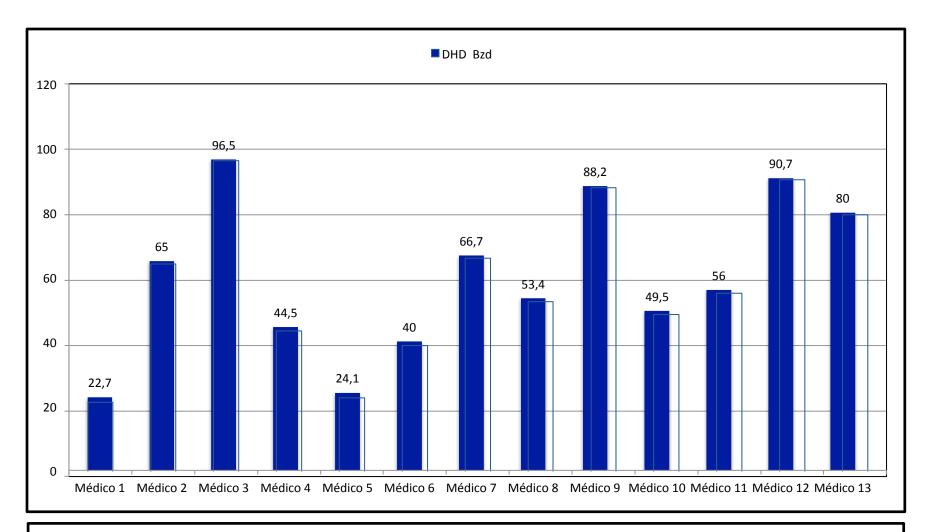
Variabilidad prescripción de benzodiacepinas por Centros de Salud.

Islas Baleares 2015



Variabilidad en la prescripción de benzodiacepinas por MF (2013)





Prescripción de benzodiacepinas por MF en un Centro de Salud. Palma de Mallorca. Ib-salut. Base de datos Farmacia.



INICIAR UNA PRESCRIPCIÓN

Al iniciar una prescripción de BZD



- Proponer estrategias no farmacológicas.
- Importancia de la información que acompaña la prescripción.
- Al iniciar una prescripción disponemos de una oportunidad de oro para conseguir que el tratamiento no se convierta en crónico.
- Limitar duración. Explicar beneficios esperados y posibles riesgos asociados.
- Incidir en riesgo de dependencia para tratamientos más allá de 3-4 semanas y posibilidad de síntomas de abstinencia.

Anexo 4.1: INFORMACIÓN DE APOYO

- Las benzodiacepinas (tranquilizantes) son fármacos cuyas indicaciones principales son los trastornos de ansiedad y el insomnio. También se utilizan en las convulsiones y como relajantes musculares.
- Mejoran los síntomas. No constituyen un tratamiento curativo de la enfermedad.
- Son medicamentos muy eficaces cuando se consumen durante un breve período de tiempo o
 de forma intermitente, sin embargo su uso prolongado no aporta beneficios y expone a quien las
 consume a una serie de riesgos.
- Cuando la duración del tratamiento ha sobrepasado algunos meses se produce una adaptación fisiológica del organismo a esta sustancia que hace que si se retira de forma brusca produzca un malestar significativo con síntomas desagradables (ansiedad, irritabilidad, insomnio...) que refuerza su consumo. Esto es lo que llamamos dependencia y los síntomas desagradables son los síntomas de abstinencia. Estos síntomas suelen ser limitados en el tiempo pero pueden ser evitados si la retirada de la medicación se realiza de forma gradual y progresiva.
- Además, el consumo prolongado de estas sustancias se ha relacionado con disminución de reflejos, incremento de riesgo de caídas y fracturas de cadera en personas mayores, de accidentes de tráfico y alteraciones de la memoria. El riesgo aumenta si la edad es avanzada.
- Existen otros abordajes no farmacológicos que pueden ayudarle en el tratamiento del insomnio y de los trastornos de ansiedad (higiene del sueño, técnicas de relajación, yoga...).

Barreras para la prescripción adecuada de BZD

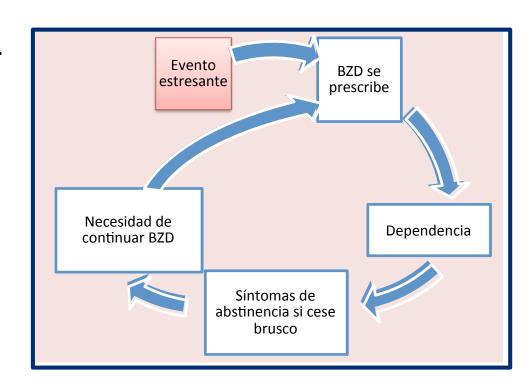


- Principal prescriptor de benzodiacepinas (>70%) es el médico de familia.
- Gran demanda asistencial por problemas de malestar emocional.
- Necesidad de proporcionar alivio al malestar.
- Carga de trabajo y escaso tiempo en consulta dificulta otros abordajes y favorece la medicalización.
- Pacientes reacios a abandonar el tratamiento.
- Falta de confianza del MF en manejo de retirada y preocupación por malestar del paciente al retirarlas.



Continuidad de tratamiento

- Cuando el paciente solicita renovar una prescripción de benzodiacepina, evaluar si es necesario mantener el tratamiento.
- Si el motivo para mantener el tratamiento es evitar síntomas de abstinencia





ESTRATEGIAS DE DEPRESCRIPCIÓN



Estrategias de retirada de benzodiacepinas evaluadas

Intervención mínima por carta.

(Bashir et al., 1994; Cormack et al., 1994; Gorgels et al., 2005).

Intervención breve en consulta médica.

(Bashir et al., 1994; Belleville et al., 2007).

Estrategias aumentadas con medidas psicológicas.

(Baillageron et al., 2003; Morin et al., 2004; Oude Voshaar et al., 2003b)

Estrategias aumentadas con terapia farmacológica.

(Denis et al., 2006; Rickels et al., 1999).

Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use

Meta-analysis

RICHARD C. OUDE VOSHAAR, JAAP E. COUVÉE, ANTON J. L. M. VAN BALKOM, PAUL G. H. MULDER and FRANS G. ZITMAN

imal

vice in

alarge

nent

und th

ntions

n

one

Library in December 2004, using the keywords BENZODIAZEPINE(S) in combination with WITHDRAWAL, DETOXIFICATION, DEPENDENCE, DISCONTINUATION or LONG-TERM. This search was extended by a manual search of the reference lists of all benzodiazepine discontinuation studies and benzodiazepine discontinuation augmentation studies (Fig. 1).

w if they

treatment

east 3

w papers,

research

- Cualquier intervención estructurada tiene una eficacia superior a la consulta habitual.
- Intervenciones con apoyo psicológico pueden aportar beneficio a cambio de una mayor inversión de recursos.
- No existe evidencia suficiente para recomendar tratamiento farmacológico adyuvante para utilizarlo de forma sistemática.
- Evidencia sólida de la **estrategia basada en la retirada gradual de dosis.**

Conclusions Evidence was found for the efficacy of stepped care (minimal intervention followed by systematic discontinuation alone) in discontinuing long-term benzodiazepine use.

study, OR – 64, 75% CI 2.0–18.6).

Augmentation of systematic

discontinuation with impramine (two

inclusion criteria. Two groups of

of benzodiazepines is controversial, limited evidence suggests long-term efficacy in specific diagnostic groups such as panic disorder and social phobia (Schweizer et al, 1993; Otto et al, 2000). The prevalence of these disorders among people who are long-term benzodiazepine users, however, is relatively low (Zandstra et al, 2004).

Problems experienced by patients stopping long-term benzodiazepine use initiated the development of treatment strategies for discontinuing these drugs. Russell & Lader (1993) proposed a stepped care approach to address the problem of longterm use. They advised starting with a minimal intervention and, if this failed, gradually intensifying treatment from benzodiazepine treatment for a fixed period, and animal research. Authors R.C.O.V. and J.E.C. independently checked the inclusion and exclusion criteria of the identified studies.

Selection procedure, data extraction and quality assessment

Included studies were coded twice by R.C.O.V. and J.E.C. Discrepancies in the two coding forms were resolved by consensus after discussion or by referring to the data in the original article. This method yielded one coding form per article. The intervention type was added to the coding form by distinguishing between minimal interventions and systematic discontinua¿A quién retirar la medicación? ¿Cómo desprescribir? Entrevista y reducción gradual de dosis. ¿Qué pasa si no se tolera la retirada?



DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS. TÉCNICA.



¿A quién deprescribir?

- Pacientes con cierta estabilidad emocional.
 - Ausencia de síntomas depresivos
 - Ausencia de situación estresante aguda en el momento de plantear la retirada de BZD
- Ausencia de enfermedad médica severa que ocasione malestar importante al paciente.
- Paciente que acepta intentar retirada de medicación.



¿Cómo deprescribir?

- Elegir el contexto adecuado (tiempo, disponibilidad...10-15 min)
- Evaluar el grado de dependencia en función de los factores que la determinan
 - Duración del consumo
 - Dosis elevadas
 - Tipo de benzodiacepina consumida (semivida corta/larga)
- Estos factores condicionan el ritmo de retirada
- Explorar inquietudes, creencias y necesidades del paciente acerca del consumo de benzodiacepinas (mitos erróneos), calidad del sueño..
- Siempre retirar de forma gradual.

BenzoRed FASE IV

Entrevista con el paciente. Conceptos a abordar

- Qué son las benzodiacepinas.
- Para qué sirven (incidiendo en que es un tratamiento sintomático) y disminución de eficacia tras varias semanas.
- Concepto de dependencia, síntomas de abstinencia/ retirada.
- Efectos desfavorables a largo plazo.
 - Disminución de reflejos con incremento de riesgo de caídas y fracturas de cadera en personas mayores.
 - Aumento del riesgo de accidentes de tráfico.
 - Alteraciones de la memoria anterógrada y cognitivas.
 - El riesgo aumenta si la edad es avanzada.



Retirada de benzodiacepinas

Conseguir un **acuerdo** con el paciente, conseguir que el paciente esté motivado para "intentar" retirar la medicación.

Negociar un plan de retirada gradual consensuado:

- Reducir la dosis total diaria de la benzodiacepina entre un 10 y un 25% en intervalos de 2-3 semanas según tiempo de consumo y grado de dependencia esperado.
- Se puede utilizar una pauta escrita de descenso gradual de dosis hasta el cese del consumo.
- La retirada puede durar 3 meses o más de un año. Algunos casos pueden ser más breves. Adaptarse al ritmo del paciente.

Hoja con información de apoyo para el paciente.

Escribir pauta de descenso gradual de dosis.

Anexo 4.1: INFORMACIÓN DE APOYO Y PAUTA DE RETIRADA (GIM)

- Las benzodiacepinas (tranquilizantes) son fármacos cuyas indicaciones principales son los trastornos de ansiedad y el insomnio. También se utilizan en las convulsiones y como relajantes musculares.
- · Mejoran los síntomas. No constituyen un tratamiento curativo de la enfermedad.
- Son medicamentos muy eficaces cuando se consumen durante un breve período de tiempo o
 de forma intermitente, sin embargo su uso prolongado no aporta beneficios y expone a quien las
 consume a una serie de riesgos.
- Cuando la duración del tratamiento ha sobrepasado algunos meses se produce una adaptación
 fisiológica del organismo a esta sustancia que hace que si se retira de forma brusca produzca un
 malestar significativo con síntomas desagradables (ansiedad, irritabilidad, insomnio...) que
 refuerza su consumo. Esto es lo que llamamos dependencia y los síntomas desagradables son los
 síntomas de abstinencia. Estos síntomas suelen ser limitados en el tiempo pero pueden ser
 evitados si la retirada de la medicación se realiza de forma gradual y progresiva.
- Además, el consumo prolongado de estas sustancias se ha relacionado con disminución de reflejos, incremento de riesgo de caídas y fracturas de cadera en personas mayores, de accidentes de tráfico y alteraciones de la memoria. El riesgo aumenta si la edad es avanzada.
- Existen otros abordajes no farmacológicos que pueden ayudarle en el tratamiento del insomnio y de los trastornos de ansiedad (higiene del sueño, técnicas de relajación, yoga...).
- Lea atentamente esta información y proceda a realizar la reducción de las dosis tal y como su médico se lo indica en esta tabla.

Pauta de reducción de benzodiacepinas personalizada

Fecha	Medicación	Desayuno	Comida	Cena	Acostarse

Ejemplo

Pauta de reducción de benzodiacepinas personalizada

Medicación	Desayuno	Comida	Cena	Acostarse
Lorazepam				3/4
Lorazepam				1/2
Lorazepam				1/4
				SUSPENDER
	Lorazepam	Lorazepam Lorazepam	Lorazepam	Lorazepam



¿Cambiar a Diazepam?

- No siempre es necesario, es una opción a tener en cuenta especialmente cuando:
 - Benzodiacepinas de semivida corta y alta potencia como son alprazolam, lorazepam.
 - Preparaciones que no se pueden partir (Lexatín, Tranxilium...).
 - Cuando durante la reducción de una molécula de vida media corta el paciente ha presentado síntomas de abstinencia y no ha tolerado.
 - No cambiar a diazepam si insuficiencia hepática.
 - Cambiar a dosis equipotentes e ir reduciendo el diazepam.



Cambiar

- No siempre es neces: en cuenta especialmo
 - Tipo de molécula cor potencia como son al
 - Preparaciones que no Tranxilium...)
 - Cuando durante la re media corta el pacier abstinencia y no ha to
 - No cambiar a diazepa

Principio activo	Semivida (h)*	Dosis equivalentes (mg)**	
Acción ultracorta (< 6 horas)			
Bentazepam (Tiadipona®)	2 – 5	25	
Brotizolam (Sintonal®)	3 – 8	0,25	
Medazepam [†] (Nobritol®)	2	5 mg	
Midazolam (Dormicum®)	1 – 5	7,5	
Triazolam (Halción®)	3 – 5	0,125 - 0,25	
Zolpidem (Stilnox®, Dalparan®)	2 – 3	10 mg	
Zopiclona (Limovan®)	3 – 7	7,5 mg	
Acción corta (6 – 24 horas)			
Alprazolam (Trankimazin®)	12 – 15	0,25 – 0,5	
Bromazepam (Lexatin®)	10 – 20	3 – 6	
Clotiazepam (Distensan®)	5 – 10	5 mg	
Loprazolam (Somnovit®)	4 – 15	0,5 – 1	
Lorazepam (Orfidal®)	11 – 30	0,5 – 1	
Lormetazepam (Loramet®)	11 – 30	0,5 – 1	
Oxacepam** (Adumbran®)	5 – 10	15	
Pinazepam (Duna®)	10 – 15	2,5 – 5 mg	
Acción larga (> 24 horas)			
Clobazam (Noiafren®)	18	10	
Cloracepato dipotásico (Tranxilium®)	30 – 48	7,5	
Diazepam (Valium®)	20 – 100	5	
Flurazepam (Dormidor®)	24 – 100	15	
Ketazolam (Sedotime®)	6 – 25	7,5	
Quazepam (Quiedorm®	40 – 55	10	
Clonazepam (Rivotril®)	18 – 50	0,25 - 0,5	

¹Medazepam solo está comercializado en España como Nobritol®, una asociación a dosis fija con amitriptilina Se presentan los nombres comerciales de uso más común.

^{*} La semivida media presenta una considerable variabilidad individual.

^{**} Las dosis equivalentes varían según diferentes autores.



Seguimiento

- Explicar duración de los síntomas de abstinencia, y tolerar cierto grado de ansiedad que será pasajera.
- Si la retirada no se tolera, no desanimarse, reducir la dosis hasta donde haya tolerado y mantener la dosis hasta un segundo intento más adelante.
- Reevaluar síntomas depresivos antes de intentarlo de nuevo.
- Considerar alternativas no farmacológicas (relajación, ejercicio físico, mindfulness....) como técnicas de afrontamiento de estrés.
- Explicar a veces síntomas leves pueden persistir una vez retiradas durante algunos meses.
- Posibilidad de toma puntual si ansiedad/insomnio de nuevo (2-3 veces al mes).



Cuando el paciente se niega a retirarlas...

- No presionar ni obligar.
- Escuchar razones del paciente.
- Argumentar que los síntomas que le producen malestar se minimizan con la reducción gradual.
- Argumentar los beneficios de retirar la medicación.
- Considerar la opción de mantener el tratamiento (pacientes elevadas dosis y años de tto).
- Plantear simplemente reducir la dosi.
- Quizás más adelante.....