



DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Una propuesta práctica

Paula Domingo Chiva R2 MFYC
Tutora: Anna Solà Sandtner
CS Rafalafena



INTRODUCCIÓN



Las Benzodiacepinas son un amplio grupo de principios activos divididos según su farmacocinética en dos subgrupos terapéuticos.

- **N05B: Ansiolíticos**
- **N05C: Hipnóticos y sedantes**

Actúan sobre **receptores benzodiacepínicos** del receptor GABA potenciando su acción.

Todas ellas tienen efecto ansiolítico, hipnótico, anticonvulsivo y relajante muscular. Todas las benzodiazepinas son ansiolíticas a dosis bajas e hipnóticas a dosis altas, y las diferencias entre cada molécula son farmacocinéticas.

Son fármacos eficaces, de acción rápida y seguros si se emplean durante un tiempo restringido y en dosis habituales.

*Fármacos Z (Zolpidem, Zopiclona), acción sobre receptores benzodiacepínicos, efecto equiparable.

SUBGRUPO	P. ACTIVOS	SUBGRUPO	P. ACTIVOS
N05B: ANSIOLÍTICOS		N05C: HIPNÓTICOS Y SEDANTES	
N05BA a N05BX	Alprazolam	N05CA a N05CX	<i>Humulus lupulus</i> (Lupulo)
	Bentazepam		<i>Melissa officinalis</i> (Melisa)
	Bromazepam		<i>Passiflora incarnata</i> (Pasiflora)
	Clobazam		<i>Valeriana officinalis</i> (Valeriana)
	Buspirona		Brotizolam
	Clorazepato dipotásico		Clometiazol
	Clordiazepóxido		Flunitrazepam
	Clotiazepam		Flurazepam
	Diazepam		Loprazolam
	Halazepam		Lormetazepam
	Hidroxizina		Midazolam
	Ketazolam		Quazepam
	Lorazepam		Triazolam
	Oxazepam		Zolpidem
Pinazepam	Zopiclona		

Tablas obtenidas de: *Medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS*

NOTA DE PRENSA

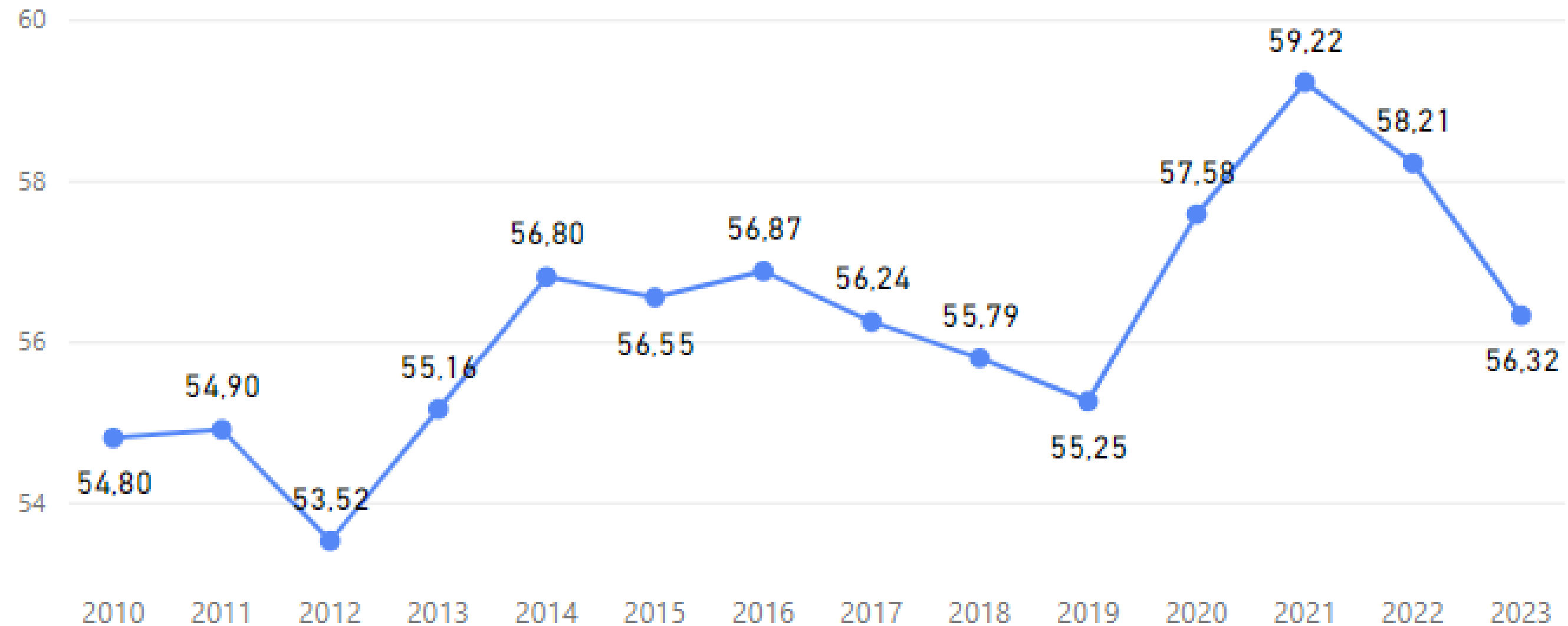
La “medicalización de la vida” convierte a España en el primer país del mundo en consumo de benzodiazepinas

- Después del alcohol y el tabaco, es la sustancia con mayor consumo adictivo de España, por encima del cannabis. En nuestro país, se consumen 110 dosis al día por cada 1.000 habitantes frente a las 0.4 dosis de Alemania.

Extraído de: La “medicalización de la vida” convierte a España en el primer país del mundo en consumo de benzodiazepinas. SEMG. 2023

Datos de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en España (2010-2023)

Ansiolíticos



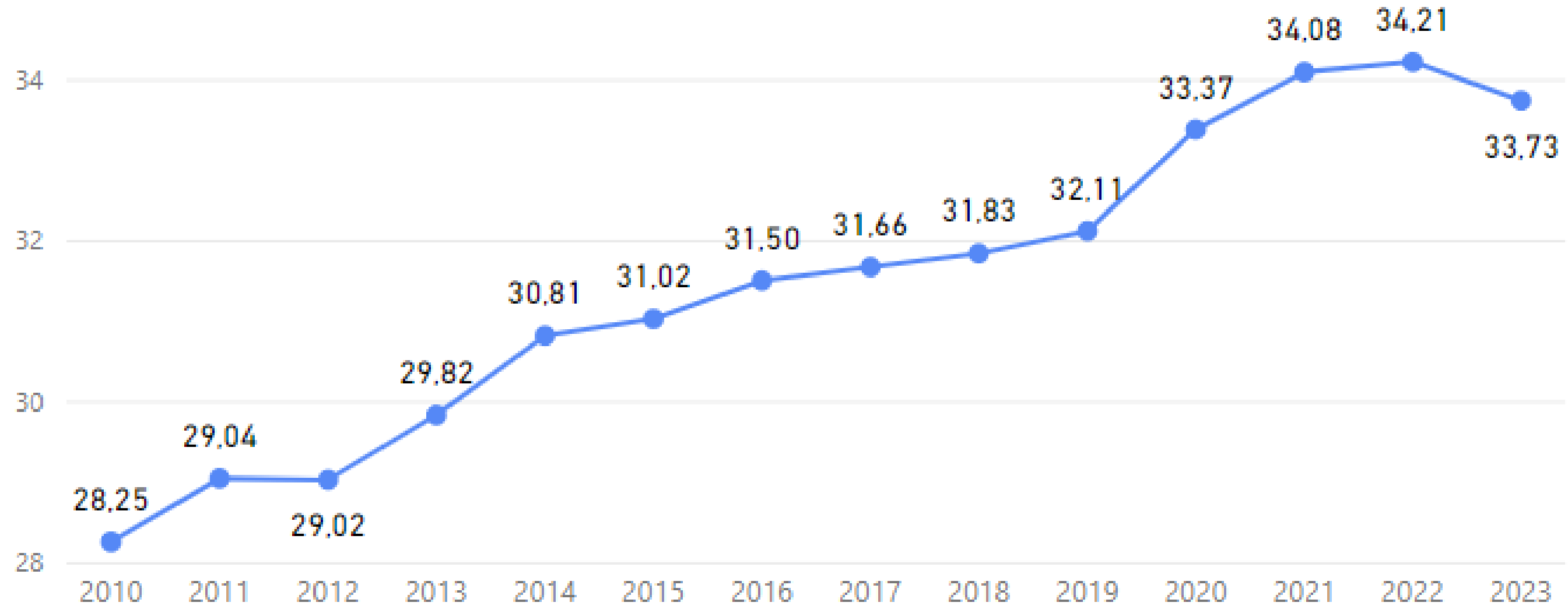
DHD = Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día

*La utilización de 50 DHD en un año determinado puede ser interpretada como si cada día de dicho año, un promedio de 50 de cada 1.000 habitantes hubiesen recibido una dosis diaria del fármaco.

Gráfico extraído de: *Utilización de Medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Observatorio Uso de Medicamentos. 2024.

Datos de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en España (2010-2023)

Hipnóticos y sedantes



DHD = Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día

Gráfico extraído de: *Utilización de Medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Observatorio Uso de Medicamentos. 2024.

EL USO PROLONGADO DE BENZODIACEPINAS O EN DOSIS ELEVADAS, ESTÁ ASOCIADO CON RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS:

- ALTERACIONES PSICOMOTRICES (CAÍDAS)
- AUMENTA LA PROBABILIDAD DE SUFRIR ACCIDENTES
- DETERIORO COGNITIVO
- DELIRIUM
- SEDACIÓN EXCESIVA
- SOBREDOSIS E INCLUSO LA MUERTE

ESPECIALMENTE SI SE UTILIZAN EN COMBINACIÓN CON DEPRESORES DEL SNC (ALCOHOL, OPIOIDES)



TABLA 1

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

BZD o análogo	Concentración máxima en plasma (h) ^a	Semivida plasmática (h) ^a	Dosis equivalente (mg) ^{a,b}
Acción larga (> 24 h)			
Diazepam	1	20-100	5
Clorazepato dipotásico	1	30-48	7,5
Acción corta-intermedia (6-24 h)			
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
Acción ultracorta (< 6 h)			
Zolpidem	0,5	2,5	10

^aLa semivida plasmática presenta una considerable variabilidad individual.

^bLas dosis equivalentes varían según los autores consultados.

SE CLASIFICAN EN FUNCIÓN DE:

- SEMIVIDA PLASMÁTICA
- POTENCIA RELATIVA

CONOCER DICHAS CARACTERÍSTICAS, PERMITE EFECTUAR CAMBIOS ENTRE ELLAS SI FUERA NECESARIO.

**DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO 1ARIA
BENZODIAZEPINAS. RANGO TERAPEUTICO Y CARACTERISTICAS DE SU ACCIÓN**

Principio activo	Nombre comercial*	Rango terapéutico	Vida media en horas**	Acción ansiolítica	Acción hipnótica	Acción sedante	Acción antipánico, somatización	Acción anticonvulsiva	Acción relajante muscular
ACCIÓN ULTRACORTA (MENOS DE 6 HORAS)									
<i>Bentazepam</i>	TIADIPONA®	50-100	2-5	BAJA	MUY ALTA	MUY ALTA	BAJA	BAJA	BAJA
<i>Brotizolam</i>	SINTONAL®	0,25-0,5	3-8	BAJA	MUY ALTA	MEDIA	BAJA	BAJA	BAJA
<i>Midazolam</i>	DORMICUM®	7,5-15	1-5	MEDIA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	BAJA	BAJA
ACCIÓN CORTA (DE 6 A 24 HORAS)									
<i>Alprazolam</i>	TRANKIMAZIN®	0,5-6	12-15	ALTA	ALTA	ALTA	MUY ALTA	BAJA	BAJA
<i>Bromazepam</i>	LEXATIN®	1,5-12	8-20	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	BAJA	ALTA
<i>Lorazepam</i>	ORFIDAL®, IDALPREM®	1-10	10-15	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	BAJA	BAJA
<i>Lormetazepam</i>	NOCTAMID®	1-4	10-15	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	BAJA	BAJA
<i>Oxazepam</i>	SUXIDINA®	40-100	5-10	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	BAJA	BAJA
ACCIÓN LARGA (MÁS DE 24 HORAS)									
<i>Clobazam</i>	NOIAFREN®	10-40	10-30	ALTA	BAJA	MEDIA	BAJA	ALTA	BAJA
<i>Cloracepato dipotasico</i>	TRANXILIUM®	5-30	10-40	MEDIA	BAJA	MEDIA	BAJA	ALTA	BAJA
<i>Diazepam</i>	VALIUM®	5-50	50-60	MUY ALTA	MEDIA	ALTA	BAJA	MUY ALTA	ALTA
<i>Clordiazepóxido</i>	HUBERPLEX®	10-100	10-35	ALTA	BAJA	MEDIA	BAJA	BAJA	ALTA
<i>Flurazepam</i>	DORMODOR®	15-30	24-100	BAJA	MUY ALTA	MEDIA	BAJA	BAJA	BAJA
<i>Ketazolam</i>	SEDOTIME®	15-60	6-25	ALTA	BAJA	ALTA	BAJA	BAJA	BAJA
<i>Quazepam</i>	QUIEDORM®	7,5-15	40-55	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	BAJA	BAJA
<i>Clonazepam</i>	RIVOTRIL®	0,5-6	18-50	MEDIA	ALTA	ALTA	BAJA	MUY ALTA	BAJA
<i>Tetrazepam</i>	MYOLASTAN®	25-50	6-26	BAJA	BAJA	MEDIA	BAJA	BAJA	ALTA

Análogos de las benzodiazepinas

<i>Zopiclona</i>	LIMOVAN®	7,5	3,5-6,5	BAJA	ALTA	BAJA	BAJA	BAJA	BAJA
<i>Zolpidem</i>	STILNOX®	10	1-3	BAJA	ALTA	BAJA	BAJA	BAJA	BAJA
<i>Zaleplon</i>	SONATA®	5-10	1	BAJA	ALTA	BAJA	BAJA	BAJA	BAJA

Tabla de equivalencias entre benzodiacepinas

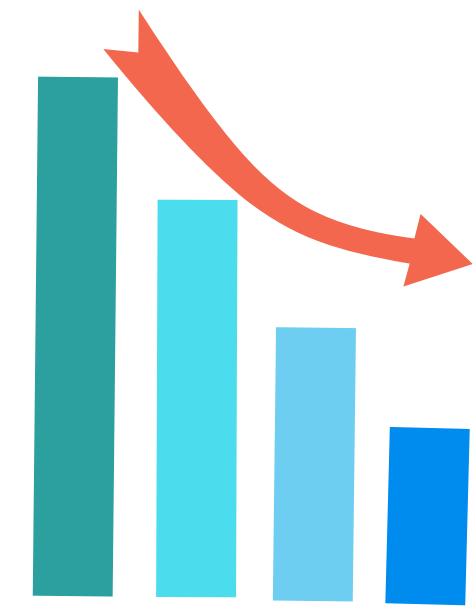
Principio activo	Semivida (h)*	Dosis equivalentes (mg)**
Acción ultracorta (< 6 horas)		
Bentazepam (Tiadipona®)	2 – 5	25
Brotizolam (Sintonal®)	3 – 8	0,25
Medazepam† (Nobritol®)	2	5 mg
Midazolam (Dormicum®...)	1 – 5	7,5
Triazolam (Halción®)	3 – 5	0,125 – 0,25
Zolpidem (Stilnox®, Dalparan®..)	2 – 3	10 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

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

Tablas extraídas de: *Benzored. Evaluación de una intervención multifactorial para la reducción del consumo de benzodiacepinas en atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado por clusters. Disponible en: <http://benzored.es/documentos-de-soporte/>*

CARACTERÍSTICAS



Benzodiazepinas de acción larga:

- Efecto **acumulación** con la administración repetida
- Posibilidad de sedación excesiva, propensión a los accidentes, caídas...
- Eliminación lenta del fármaco
- **Menores síntomas de retirada**

Benzodiazepinas de acción corta:

- Menos efectos secundarios debidos a acumulación del fármaco
- Menor variabilidad en ancianos (**ausencia de metabolitos activos**)
- **Efectos adversos relacionados con ascensos y descensos bruscos de niveles plasmáticos**: insomnio y ansiedad de rebote, reacciones de agresividad, amnesia anterógrada, síndrome de retirada, etc

DEPENDENCIA Y ABSTINENCIA



El **equilibrio entre los riesgos y beneficios** de recetar benzodiazepinas (BZD) puede cambiar con el tiempo a medida que los pacientes envejecen y cambian sus condiciones de salud física o mental, así como otros medicamentos que tengan prescritos.

La dependencia física es un resultado esperado del uso continuado de las benzodiazepinas.

Síntomas de abstinencia graves y potencialmente mortales si interrupción abrupta o reducción repentina en consumidores regulares.

DEPENDENCIA Y ABSTINENCIA



Síndrome de abstinencia aumenta en posibilidad con la dosis y la duración del tratamiento.

Síntomas de retirada:

- Ansiedad y síntomas somáticos de la misma (insomnio, irritabilidad, disforia, temblor, palpitaciones, vértigo, sudoración, espasmos musculares).
- Trastornos de la percepción (intolerancia al ruido y la luz, sensación de movimiento, sabor metálico).
- Insomnio de rebote en los hipnóticos de acción corta.

La intensidad y duración de la sintomatología depende de la farmacocinética. En las benzodiazepinas de acción larga el cuadro es suave y dura varios días, en las de acción corta es intenso y breve.

EL DESAFÍO QUE SUPONE LA INTERRUPCIÓN

Proporcionar a los pacientes información sobre las limitaciones y riesgos de las benzodiazepinas en un formato estructurado aumenta la eficacia de la deprescripción.

Se pueden alcanzar **éxito de entre el 25 - 85 % con estrategias de reducción gradual** si los pacientes están adecuadamente **informados**, cuentan con un **plan claro de deprescripción** y son **advertidos** sobre los posibles síntomas de abstinencia.





EL DESAFÍO QUE SUPONE LA INTERRUPCIÓN

REGLAS PARA MINIMIZAR LOS CUADROS DE ABSTINENCIA:

1. Prescribir la menor dosis eficaz posible
2. La duración del tratamiento no debe de superar los 4-6 meses.
Duración recomendada < 4 semanas.
3. Evaluar de manera periódica la posibilidad de retirar el tratamiento
4. No suspender súbitamente y sin reducción gradual un tratamiento prolongado.

¿QUÉ HACER ANTES DE PRESCRIBIR UN FÁRMACO QUE CREA TOLERANCIA?



- Explicar otras opciones de tratamiento o manejo conservador antes de iniciar tratamiento
- Mantener conversación fluida con el paciente sobre la indicación y prescripción de manera conjunta
- Explicar riesgos y beneficios junto con posibles efectos adversos
- Enfatizar que se trata de un tratamiento que debe ser temporal
- Abordar los posibles síntomas de abstinencia que se relacionan con la retirada del fármaco y el esquema de retirada de que debe de implementar
- Comentar que debería revisarse la necesidad de continuar con el tratamiento en consultas sucesivas

BENZODIAZEPINAS EN ANCIANOS

- **Deficiencias en la biotransformación hepática = acumulación.**
La semivida de ciertas benzodiazepinas pueden llegar a duplicarse.
- **Mayor sensibilidad a la acción farmacológica:** a dosis más bajas se perciben más tanto los efectos beneficiosos como los perjudiciales.

REGLAS DE TRATAMIENTO CON BZD EN ANCIANOS:

- 1) Seleccionar benzodiazepinas que no sufran biotransformación hepática y que no se acumulen.
- 2) Pautas posológicas que se ajusten progresivamente.



BENZODIAZEPINAS EN ANCIANOS

Consideraciones prácticas

- Objetivo: suspender o reducir la dosis a un nivel donde los **riesgos no superen los beneficios**.
- Realizar **revisión completa de la medicación** antes de iniciar el proceso.
- Tapering más lento y con **reducciones de dosis pequeñas** debido a mayor sensibilidad.

Fundamental el trabajo conjunto entre Atención Primaria, Especialidades hospitalarias y entorno del paciente

- Informar al paciente y su entorno con **material educativo sencillo**.
- Favorecer la **toma de decisiones compartida**, adaptada a cada caso.
- Considerar deterioro cognitivo leve o moderado en el diseño del plan.

¿Paciente ≥ 65 años y tratamiento con BZD?

NO

No continuar con diagrama

SÍ

¿Tiene indicación clara y vigente para BZD?

SÍ

Valorar riesgos vs. beneficios

• **Riesgos:** Caídas, deterioro cognitivo, sedación, polifarmacia.

→ **Considerar reducción BZD** →

• **Beneficios:** Control de síntomas específicos (agitación, ansiedad).

Continuar tratamiento con **monitorización periódica**

NO

Considerar suspensión o alternativa

- Planificar **reducción gradual** de dosis.
- **Incluir** al paciente y cuidadores en la toma de decisiones.
- **Individualizar.**
- **Seguimiento.**
- Considerar **alternativas** (ISRS, TCC, higiene sueño)

BENZODIAZEPINAS EN ENFERMEDAD MENTAL

FUNDAMENTAL:

- **Manejo conjunto Atención Primaria + Salud Mental** durante la deprescripción en pacientes con enfermedad mental grave
 - Necesidad de **optimizar el tratamiento psiquiátrico** antes/durante la deprescripción
 - **Monitorización estrecha del sueño** en pacientes con trastorno del ánimo o psicóticos (evitar descompensaciones con episodios maníacos en pacientes con trastorno bipolar)
- ✦ **Si hay insomnio grave:** *pausar la reducción gradual de benzodiazepinas hasta estabilización.*

La retirada de benzodiazepinas puede agravar síntomas psiquiátricos, por lo que es importante **educar** al paciente sobre posibles síntomas de rebote, y que si perciben empeoramiento de su sintomatología, deben de **consultar de manera precoz**.

La **monitorización continua y apoyo psicosocial** en pacientes con enfermedad mental son claves para una discontinuación farmacológica segura,

BENZODIAZEPINAS EN EMBARAZO Y LACTANCIA

Se debe considerar cuidadosamente si continuar o reducir la prescripción de BZDs en pacientes embarazadas (Consenso Clínico, Recomendación Fuerte).

- **Riesgos del uso de BZDs en el embarazo:** Aumento de riesgos de aborto espontáneo, parto prematuro y bajo peso al nacer.
- **Síndrome de abstinencia neonatal:** 20-40% de los neonatos expuestos.
- **Beneficios de tratar trastornos psiquiátricos durante el embarazo:** No tratar la ansiedad, el estado de ánimo o los trastornos del sueño también aumenta los riesgos para la madre y el feto, como el aborto espontáneo y el parto prematuro.



Preferible Lorazepam en embarazo y lactancia: ausencia de metabolitos activos y baja transferencia a la leche materna.

BENZORED

Ensayo clínico aleatorizado por clusters que evaluaba la intervención multifactorial para la reducción de consumo de benzodiacepinas en Atención Primaria. Participaron 75 médicos de familia de Cataluña, Islas Baleares y Comunidad Valenciana, y se reclutaron 532 pacientes consumidores crónicos de benzodiacepinas.

Se evaluó la eficacia de dos intervenciones diferentes basadas en el uso de una entrevista estructurada explicando beneficios-riesgos del uso prolongado de la medicación y explicar una pauta gradual de retirada.

- ✓ La primera opción de intervención programaba **visitas de seguimiento para valoración c/2-3 semanas**
- ✓ La segunda opción entregaba por escrito **la pauta de retirada para reforzar la misma**

Ambas intervenciones se compararon con el tratamiento habitual. Se evaluó la eficacia, seguridad y resultados de cada una, demostrando que cualquiera de las dos intervenciones es más eficaz que el tratamiento habitual sin que aumente los niveles de ansiedad, depresión, ni altere la calidad del sueño.

AMBAS PRESENTARON UNA EFICACIA SIMILAR.



RECOMENDACIONES PARA LA DEPRESCRIPCIÓN

REDUCCIÓN DE DOSIS INICIAL DE 5-10% C/2-4 SEM.

- No exceder un 25% de reducción de dosis cada 2 semanas.
- En etapas finales: % de reducción de dosis más bajos y/o días alternos
- Si dosis bajas/corta evolución: valorar esquema de deprescripción más rápido.
- Si las formas farmacéuticas no permiten reducciones tan pequeñas, se puede considerar una reducción inicial del 50 % de la dosis (valorando sintomatología), y posteriormente introducir días alternos sin medicación en fases finales.
- Opción de deprescripción de bzd por insomnio: recomendar no tomarla 1 noche/sem durante 7 días → luego 2 noches durante 7-14d → 3 noches la siguiente semana... etc.

RECOMENDACIONES PARA LA DEPRESCRIPCIÓN

De manera periódica realizar monitorización y reevaluación del paciente en consulta (presencial/telefónica) para valorar si aparecen síntomas de abstinencia graves. En caso de aparición, valorar ralentizar el ritmo de reducción.

A TENER EN CUENTA: ¡Puede costar meses-años la retirada total de benzodiazepinas!

Las estrategias de manejo tanto de la dependencia física como psicológica (terapia psicológica cognitivo conductual, mindfulness, técnicas de relajación, actividad física...) durante la retirada aumentan la probabilidad de éxito en la interrupción.

Cambiar de BZD (de acción corta a prolongada) **no ha demostrado mayores las tasas de éxito** de deprescripción ni reducir la incidencia o gravedad de los síntomas de abstinencia.

- Sin embargo, en abusos por bzd de semivida corta, las estrategias de switching a Diazepam continúan vigentes y son útiles para hacer más suave y llevable la retirada de las mismas.

EJEMPLOS PRÁCTICOS

Miguel, 75 años. Paciente nuevo en nuestro cupo.

Insomnio de conciliación desde hace años tras la pérdida de su hermano, con prescripción de Lorazepam 2 mg antes de acostarse.

No recuerda cuándo comenzó con el tratamiento, sin embargo, él asegura que lo toma a diario.

- Niega sedación excesiva diurna
- Su mujer nos comenta que nota que presenta olvidos frecuentes con confusión y desorganización en algunos momentos
- Refiere que a veces siente “niebla” en la cabeza
(pero nunca había pensado que podría ser un efecto adverso de su medicación)

DISPUESTO A REDUCIR CONSUMO DE BZD AUNQUE PREOCUPADO POR EL INSOMNIO



EJEMPLOS PRÁCTICOS

DISPUESTO A REDUCIR CONSUMO DE BZD AUNQUE PREOCUPADO POR EL INSOMNIO:

- Explicamos que las benzodiazepinas no están destinadas para ser empleadas durante un largo periodo de tiempo
- Comentamos las estrategias de higiene de sueño
- Realizar una entrevista motivacional y animar a la reducción gradual de benzodiazepinas
- Informar sobre los síntomas de abstinencia que podría experimentar y la necesidad de comunicación sin los percibe como intolerables



POSIBLE ESQUEMA DE DEPRESCRIPCIÓN:

1er paso: reducción de 0.25mg a 0.5 mg (1.75 mg o 1.5 mg) durante 2-3 semanas

→ si aparecen sx de abstinencia, informar y mantener esta dosis

2º paso: si buena tolerancia, tras un par de semanas disminuir a 1.25 mg durante 2 sem

3er paso: reducir a 1 mg durante 2 sem

4º paso: reducir a 0.75 - 0.5 mg durante 2 sem

5º paso: reducir a 0.5mg durante 2 sem

De cara al final de la reducción disminuir el ritmo de reducción, (reducción de $\frac{1}{4}$ de pastilla) hasta poder empezar a tomarlo de manera alterna durante las semanas hasta retirarlo.



EJEMPLOS PRÁCTICOS

María, 63 años.

AP: HTA, artrosis y trastorno ansiedad-depresión.

Es viuda desde hace muchos años, y desde que murió su marido, trabaja haciendo tareas domésticas en diferentes sitios. Tiene dos hijos en paro, y otros dos con trabajos precarios, por lo que ella les ayuda económicamente.

- Toma **Alprazolam 0,5 cada 8 horas** desde hace **14 años** (desde que se quedó viuda).

Se lo recetó su médico de familia para la ansiedad e insomnio por la pérdida de su marido. María se ha ido organizando y se ha adaptado a su nueva situación actual. Estable dentro de la situación que está viviendo.



EJEMPLOS PRÁCTICOS

Nos planteamos la reducción y retirada del Alprazolam. Hablándolo con María, nos dice que le gustaría tomar menos medicación, le da miedo no poder prescindir de esa medicación.

Plantemos **reducción: 0,25 mg cada 3 semanas** (aprox. 16%)

Se le entrega una pauta de reducción personalizada

Pauta de reducción de benzodiazepinas 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

EJEMPLOS PRÁCTICOS

Durante las semanas siguientes al inicio de la reducción, a la hija de María le diagnosticaron una neoplasia pulmonar con mal pronóstico.

Dadas las circunstancias personales de la paciente, se plantea por el momento no disminuir más la dosis ante la situación difícil que está atravesando María. Mantenemos el tratamiento bajo supervisión estrecha y con controles periódicos.

Con el paso de los años, María ha conseguido una reducción de Alprazolam a 0,25 mg cada 12 horas (pasó de 1.5 mg/día a 0.5mg día).



CONCLUSIONES

- Las benzodiazepinas están asociadas a riesgos y múltiples efectos secundarios
- Los efectos terapéuticos son a corto plazo, por lo que la duración ideal del tto sería < 1 mes.
- Se debería evitar su uso más allá de 6 meses.
- La reducción gradual mejora las tasas de suspensión evitando la aparición de síntomas de abstinencia graves.
- Tratar de no exceder la reducción de dosis de >25% cada 2 semanas.
- Se puede realizar el switching a bzd de vida media larga (Diazepam) para realizar la deprescripción, aunque no se ha observado que se aumenten las tasas de éxito de retirada en comparación con la reducción de dosis gradual de la benzodiazepina vigente.
- Pacientes más receptivos si comprenden el motivo de la retirada del tratamiento, participan de manera activa en el plan de reducción y reciben asesoramiento conductual.
- La retirada puede dilatarse durante meses/años, por lo que deberemos ajustar expectativas y tener paciencia durante el proceso.
- No frustrarnos si no conseguimos retirarlas completamente, si se consigue reducir aunque sea mínimamente el consumo total de benzodiazepinas, debemos de considerarlo un logro.

BIBLIOGRAFÍA

- **Vicens Caldentey C, Sempere Verdú E. Benzodiazepinas. AMF 2014;10(7)**
- **Benzodiazepinas. Blog 1aria 2023. Disponible en: <https://1aria.com/entrada/benzodiazepinas>**
- **Ansiolíticos e hipnóticos. Botplus. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/documentos/2015/2/18/82546.pdf>**
- **Brunner E, Chwen Yuen E et al. The Joint Clinical Practice Guideline On Benzodiazepine Tapering: Considerations when Benzodiazepine Risks Outweigh Benefits. 2025.**
- **Benzored. Evaluación de una intervención multifactorial para la reducción del consumo de benzodiazepinas en atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado por clusters. Disponible en: <http://benzored.es/proyecto/>**
- **Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing network. Disponible en: <https://www.deprescribingnetwork.ca/translated-resources/#spanish>**
- **Steinman M, Rheeve E. Deprescribing. UpToDate. Marzo 2025.**
- **Utilización de Medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Observatorio Uso de Medicamentos. 2024.**
- **A guide to deprescribing benzodiazepines. Phn Tasmania, Primary Health Tasmania. 2022.**
- **Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults (NG215)". NHS. NICE Guidelines.**
- **Benzodiazepine deprescribing guideline. Disponible en: <https://www.deprescribingnetwork.ca/translated-resources/#spanish>**



**KEEP CALM
AND
CARRY ON
DEPRESCRIBING**

**GRACIAS POR
VUESTRA ATENCIÓN**
