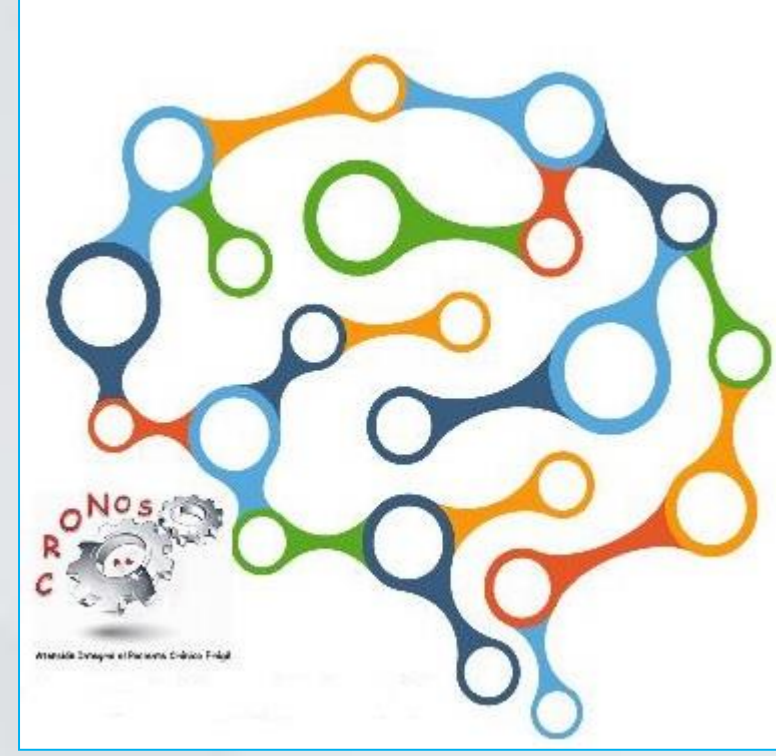


A las 48h del cambio, el paciente continúa vociferante, irritable, nervioso, con taquicardia. Ante esta situación, se confirma con enfermería el tratamiento domiciliario y se descubre que no se está dando el diazepam desde el ingreso porque no estaba prescrito.



¿Estará nuestro paciente sufriendo un **síndrome de abstinencia por benzodiazepinas**?
¿La agitación podría ser consecuencia de la suspensión brusca de las benzodiazepinas?



Síntomas de la suspensión brusca de benzodiacepinas

- **Síndrome de abstinencia.**
 - ✓ Los síntomas de retirada aparecen los primeros días.
 - ✓ Aparecen nuevos síntomas que no se evidenciaban antes del tratamiento.
 - ✓ Aparecen síntomas específicos: somáticos y sensorio-perceptivos.
- **Síntomas más comunes**
 - ✓ Ansiedad.
 - ✓ Insomnio.
 - ✓ Inquietud, agitación.
 - ✓ Irritabilidad.
 - ✓ Tensión muscular.
- **Menos comunes**
 - ✓ Náuseas, sudoración, visión borrosa, pérdida de apetito, fatiga, mareos, pesadillas, ataxia.
- **Rara vez**
 - ✓ Delirios, acúfenos, **confusión**, paranoia, alucinaciones, convulsiones y psicosis.

Síndrome abstinencia por benzodiazepinas

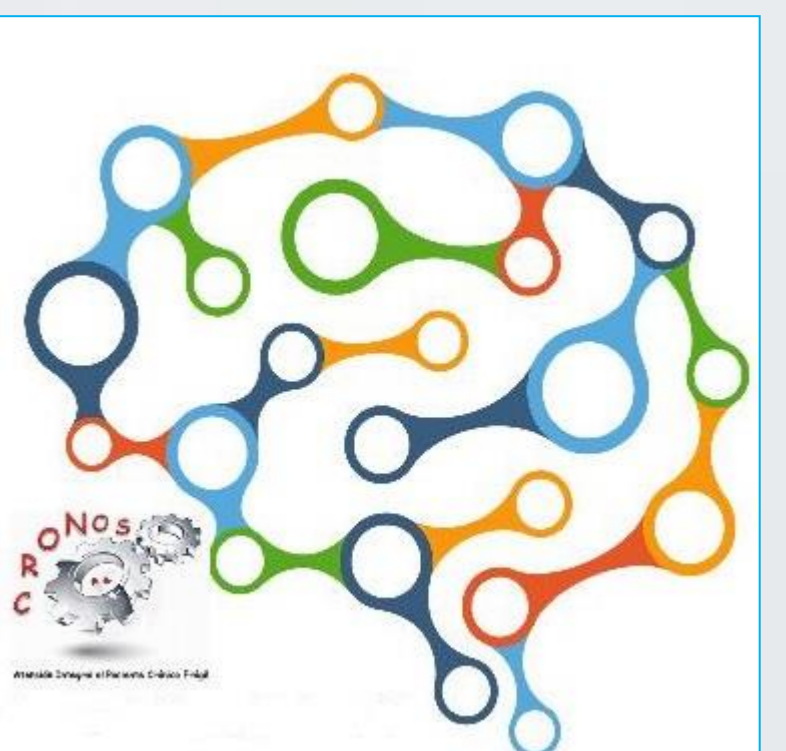
- ¿Por qué ocurre?
 - ✓ Como consecuencia de la tolerancia y la dependencia (en 2-4 sem).
Adaptación del organismo, con disminución de la inhibición GABA y aumento de la excitabilidad del glutamato.
 - ✓ Al suspender la benzodiazepina el organismo reacciona con hiperexcitabilidad.
- ¿Cuándo aparece?
 - ✓ Bz vida media corta en 24-48h.
 - ✓ Bz vida media larga hasta en 3 semanas.
- ¿Cuál es su duración?
 - ✓ Síntomas agudos: dos meses.
 - ✓ Depende de tiempo de tratamiento (mayor a partir de dos semanas), dosis y tipo de benzodiazepinas (mayor a menor vida media).



El paciente tiene unos síntomas compatibles con un **síndrome de abstinencia**. Su cuidadora nos cuenta que esa pastilla se la pusieron porque no podía dormir debido a los problemas y preocupaciones que tenía.

PREGUNTA Nº1 ¿Cuál sería la mejor decisión en este momento?

- a) Esperar a que se pase el síndrome de abstinencia.
- b) Indicar la prescripción de diazepam 5 mg comp y continuar indefinidamente para aliviar su insomnio.
- c) Indicar la prescripción de diazepam para estabilizar al paciente y sugerir la revisión del tratamiento del insomnio.
- d) Prescribir otro fármaco diferente a las benzodiacepinas.



Tratamiento del insomnio en el adulto mayor

- Realizar un diagnóstico correcto del insomnio.
 - ✓ El adulto mayor tiene un ciclo de vigilia-sueño diferente.
 - ✓ Se produce una reducción de la duración del sueño.
 - ✓ Predominan las fases superficiales en detrimento del sueño profundo y REM.
 - ✓ Disminuye la melatonina.
- Evaluación cuidadosa de estado general.
 - ✓ Comorbilidades.
 - ✓ Polifarmacia (interacciones).
 - ✓ Modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas del envejecimiento.

Tratamiento del insomnio en el adulto

1ª LÍNEA

- Elección: terapia psicológica
- Terapia conductual – Terapia cognitivo conductual.

2ª LÍNEA

- Terapia farmacológica: BENZODIACEPINAS, ANÁLOGOS BENZODIAZEPINAS

OTROS

- Melatonina
- Antidepresivos sedantes
- Anticonvulsivantes: gabapentina y pregabalina
- Antihistamínicos OTC
- Antipsicóticos: olanzapina, quetiapina

Tratamiento del insomnio en el adulto mayor

PRIMERA
ELECCIÓN

- Intervención psicológica: **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL- TERAPIA CONDUCTUAL**
- Principios de **HIGIENE DEL SUEÑO**

TERAPIA COGNITIVA

Consiste en disipar ideas falsas sobre el sueño y el insomnio.

INTENCIÓN PARADÓJICA

TERAPIA CONDUCTUAL

CONTROL ESTÍMULOS

RESTRICCIÓN TIEMPO EN LA CAMA

TÉCNICAS RELAJACIÓN

- Superioridad TCC vs farmacológico
- Evidencia: guías clínicas 1ª elección:
 - ✓ US 2008
 - ✓ BAP 2010
 - ✓ Canadienses
- Infrautilizada en España:
 - ✓ Falta profesionales.
 - ✓ Coste.

- TCC disminuye la latencia del sueño y el nº de despertares nocturnos. No cambio notable en el tiempo total de sueño. Mejora el funcionamiento diurno y la calidad de vida.
- Terapia control estímulos la más eficaz.



Tratamiento farmacológico del insomnio en el adulto

US Clinical guidelines 2008

BAP 2010

1ª Opción	BZD vida media corta-intermedia Análogos BZD (zolpidem, zopiclona) Ramelteón	<ul style="list-style-type: none"> • BZD vida media corta • Análogos BZD • Evidencia limitada para antidepresivos sedantes
2ª Opción	Alternar BZD o No BZD o ramelteón	
3ª Opción	Antidepresivos sedantes: doxepina, mirtazapina, trazodona.	
4ª Opción	Combinar hipnóticos con antidepresivos sedantes	
5ª Opción	Otros medicamentos (evidencia limitada): gabapentina, quetiapina, olanzapina, tiagabina	
Otras	Antihistamínicos OTC, hierbas: no recomendado. Barbitúricos no recomendado.	<ul style="list-style-type: none"> • Melatonina lib prol >55 años puede ayudar en el inicio y calidad del sueño. • Olanzapina, quetiapina pueden mejorar el sueño pero se asocia a efectos adversos. • Antihistamínicos, papel limitado.

- Schutte-Rodin S et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med.* 2008; 4(5):487-504
- Wilson SJ et al. British Association of Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnia, and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol.* 2010; 24(11):1577-1600.



Caso: el paciente está en tratamiento con **diazepam 5 mg** por la noche para su insomnio.

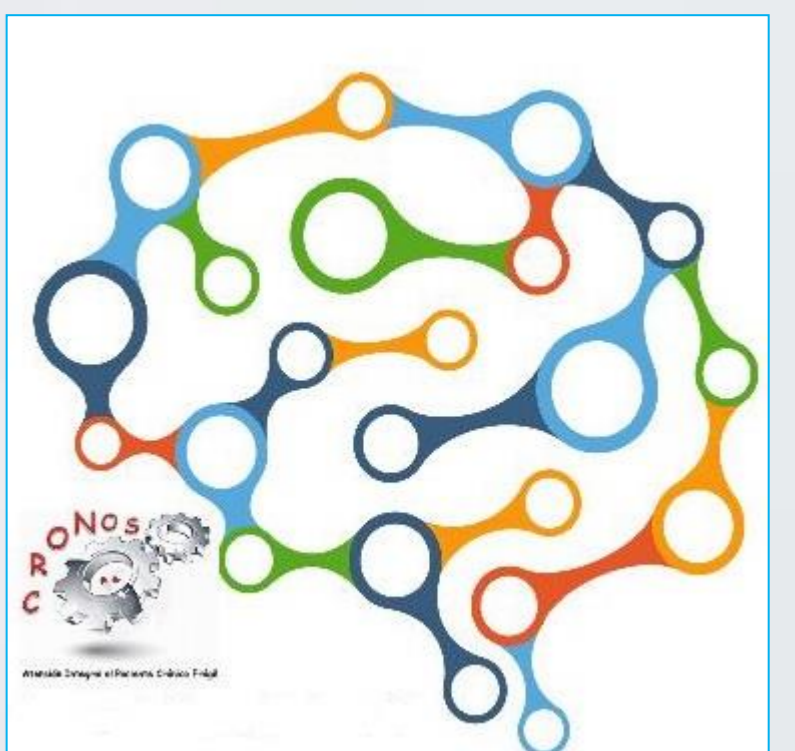
¿Ha sido una buena elección de benzodiacepina?





PREGUNTA Nº 2 ¿Cuál es la terapia de elección para tratar el insomnio del nuestro paciente?

- a) Terapia cognitivo - conductual.
- b) Administrar diazepam 5 mg comp antes de acostar.
- c) Administrar lormetazepam 1 mg comp antes de acostar.
- d) Administrar melatonina.



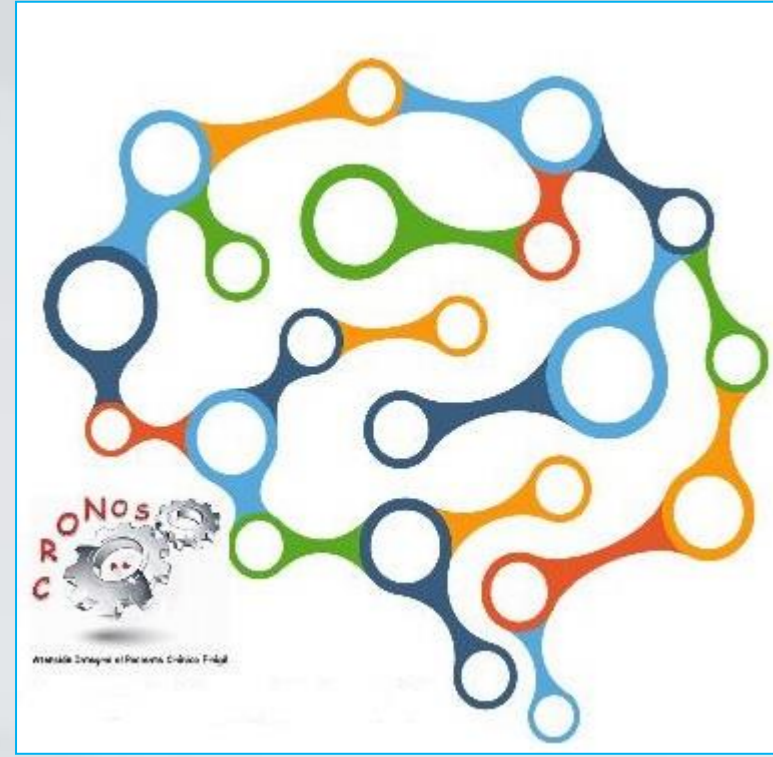


Perfil farmacológico de benzodiazepinas actualmente comercializadas

	PRINCIPIO ACTIVO	INICIO DE ACCIÓN* (vía oral)	POTENCIA**	METABOLISMO	INDICACIÓN	DOSIS EQUIVALENTE (mg) a 5 mg de DIAZEPAM
Vida media corta o ultracorta (menos de 6 horas)						
2-4 h	Triazolam (Halcion®)	rápido		oxidación	hipnótico	0,12-0,25
1-3 h	Midazolam (Dormicum®)	rápido	A	oxidación	hipnótico	7,5
4-8 h	Brotizolam (Sintonal®)	rápido		oxidación	hipnótico	0,25
2,5-4,5 h	Bentazepam (Tiadipona®)	rápido		oxidación	ansiolítico	25
Vida media intermedia (de 6 a 24 horas)						
5,8- 6,3 h	Clotiazepam (Distensan®)	rápido		oxidación	hipnótico y ansiolítico	
11-13 h	Alprazolam (EFG®, Trankimazin®)	rápido	A	oxidación	ansiolítico	0,25-0,5
12 h	Lorazepam (Donix®, EFG®, Orfidal®; Placinoral®)	intermedio-lento	A	conjugación	hipnótico y ansiolítico	0,5-1
10 h	Lormetazepam (Aldosomnil®), Loramet®, Noctamid®, EFG®)	rápido		conjugación	hipnótico	0,5-1
4-15 h	Loprazolam (Somnovit®)	rápido		conjugación	hipnótico	0,5-1
7-10 h	Oxazepam (Suxidina®)	lento	B	conjugación	ansiolítico	15
8-32 h	Bromazepam (Lexatin®)	lento	I	oxidación	ansiolítico	3-6
Vida media larga (más de 24 horas)						
51-100 h	Flurazepam (Dormodor®)	rápido		oxidación	hipnótico	15
30-60 h	Clorazepato dipotásico (EFG®, Dorken®, Tranxilium®, Nansius®)	rápido		oxidación	hipnótico y ansiolítico	7,5
25-41 h	Quazepam (Quiedorm®)	rápido		oxidación	hipnótico	10
15-60 h	Diazepam (Valium®, EFG®)	rápido	B	oxidación	ansiolítico	5
36-79 h	Clobazam (Noiafrem®)	rápido		oxidación	ansiolítico	10
52 h	Ketazolam (Sedotime®)	rápido		oxidación	ansiolítico	7,5

* Inicio de acción: rápido (0,5-1 hora); intermedio (1-3 horas); lento: (> 3 horas).

** Potencia. A: alta; I: intermedia; B: baja.



¿Por qué no se deben usar benzodiazepinas en el adulto mayor?

- **No** están **recomendadas en el adulto mayor** por sus reacciones adversas:
 - ✓ Dependencia y tolerancia.
 - ✓ Sedación, confusión.
 - ✓ **Riesgo de caídas y fracturas.**
 - Por aumento del tiempo de reacción, alteración del equilibrio, de la visión y por la sedación.
 - Riesgo dosis dependiente.
 - Aumenta el riesgo e un 50%
 - ✓ **Deterioro cognitivo y demencia.**
 - Alteración de la memoria, atención y aprendizaje.
 - No está clara la relación causal del uso de benzodiazepinas y demencia.



CRITERIOS BEERS

Organ System, Therapeutic Category, Drugs	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
<u>Long-acting</u> Clorazepate Chlordiazepoxide (alone or in combination with amitriptyline or clidinium) Clonazepam Diazepam Flurazepam Quazepam	May be appropriate for seizure disorders, rapid eye movement sleep disorders, benzodiazepine withdrawal, ethanol withdrawal, severe generalized anxiety disorder, and periprocedural anesthesia			
Meprobamate	High rate of physical dependence; very sedating	Avoid	Moderate	Strong
<u>Nonbenzodiazepine, benzodiazepine receptor agonist hypnotics</u> Eszopiclone Zolpidem Zaleplon	Benzodiazepine-receptor agonists have adverse events similar to those of benzodiazepines in older adults (e.g., delirium, falls, fractures); increased emergency department visits and hospitalizations; motor vehicle crashes; minimal improvement in sleep latency and duration	Avoid	Moderate	Strong
Pnenobarbital Secobarbital				
<u>Benzodiazepines Short- and intermediate- acting</u> Alprazolam Estazolam Lorazepam Oxazepam Temazepam Triazolam	Older adults have increased sensitivity to benzodiazepines and decreased metabolism of long-acting agents; in general, all benzodiazepines increase risk of cognitive impairment, delirium, falls, fractures, and motor vehicle crashes in older adults	Avoid	Moderate	Strong

(Continued)

AGS 2015 BEERS CRITERIA UPDATE EXPERT PANEL

2015 AGS UPDATED BEERS CRITERIA



CRITERIOS STOPP-START

B. Sistema nervioso central y psicofármacos

1. ATC con demencia (*riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo*)
2. ATC con glaucoma (*posible exacerbación del glaucoma*)
3. ATC con trastornos de la conducción cardíaca (*efectos proarrítmicos*)
4. ATC con estreñimiento (*probable empeoramiento del estreñimiento*)
5. ATC con un opiáceo o un antagonista del calcio (*riesgo de estreñimiento grave*)
6. ATC con prostatismo o con antecedentes de retención urinaria (*riesgo de retención urinaria*)
7. Uso prolongado (i.e. más de 1 mes) de benzodiazepinas de vida media larga (como clordiazepóxido, flurazepam, nitrazepam, clorazepato) o benzodiazepinas con metabolitos de larga acción (como diazepam) (*riesgo de sedación prolongada, confusión, trastornos del equilibrio, caídas*)



Vol. 53. Núm. 5. Septiembre - Octubre 2018,
páginas 243-308

Apartados

resumen

palabras clave

abstract

keywords

introducción

•••

ORIGINAL BREVE

DOI: 10.1016/j.regg.2018.03.001

Los criterios STOPP/START más frecuentes en España. Una revisión de la literatura

The most common STOPP/START criteria in Spain. A review of the literature

Esther Salgueiro^a, Bryana Candelaria Elizarde^a, Ana Isabel Elola^a, Beatriz García-Pulido^a, María Luisa Nicieza-García^{a,b}, Gloria Manso^a, 

^a Departamento de Medicina, Área de Farmacología, Universidad de Oviedo, Oviedo (Asturias), España

^b Servicio de Farmacia de Atención Primaria, Hospital Carmen y Severo Ochoa, Oviedo (Asturias), España



Objetivo

Analizar los criterios STOPP/START encontrados con más frecuencia en los estudios llevados a cabo en España, con el fin de identificar las áreas principales de prescripción potencialmente inadecuada.

Métodos

Revisión de la literatura de los estudios originales realizados en España que aplicaron los criterios STOPP/START, versión 2008, y que describían los criterios STOPP o START más comunes. En cada estudio, se realizó un análisis ponderado de los criterios encontrados, asignando una puntuación 5 al criterio encontrado en la primera posición, 4 al criterio en segunda posición y así sucesivamente hasta el quinto criterio. Posteriormente se obtuvieron las puntuaciones totales para cada criterio analizado.

Resultados

Se seleccionaron 19 estudios originales que analizaban los criterios STOPP, de los cuales 14 analizaban también todos los criterios START. Del total de estudios, 11 se desarrollaron en atención extrahospitalaria y 8 en atención hospitalaria. El criterio STOPP con la valoración ponderada más alta fue el B7 (uso prolongado de benzodiazepinas de vida media larga), seguido del J (cualquier prescripción regular de 2 fármacos de la misma clase). El criterio START con la valoración ponderada más alta fue el F4 (estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular), seguido del E3 (suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida [con evidencia radiológica o fractura por fragilidad previa o cifosis dorsal adquirida]).

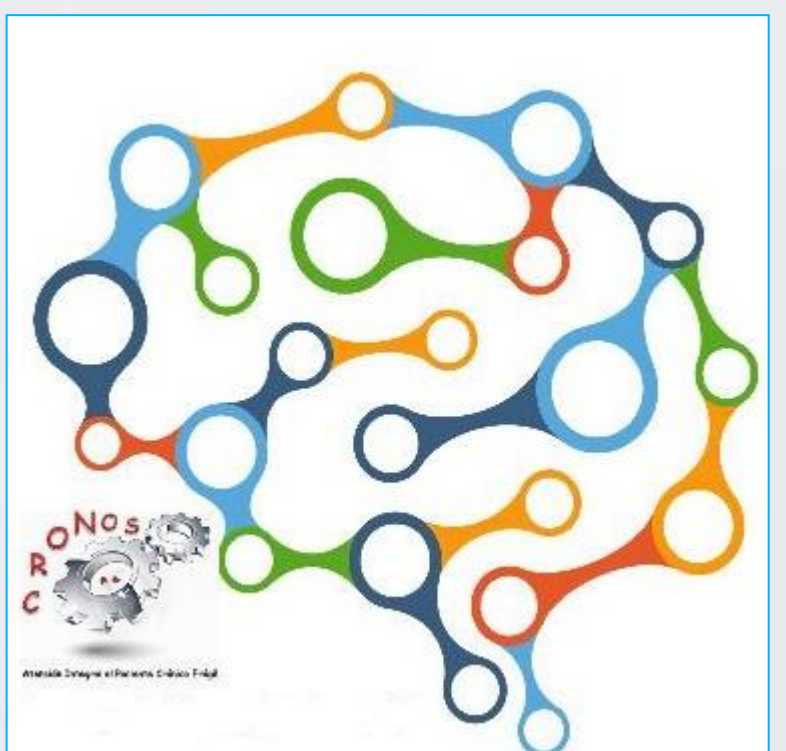
Conclusiones

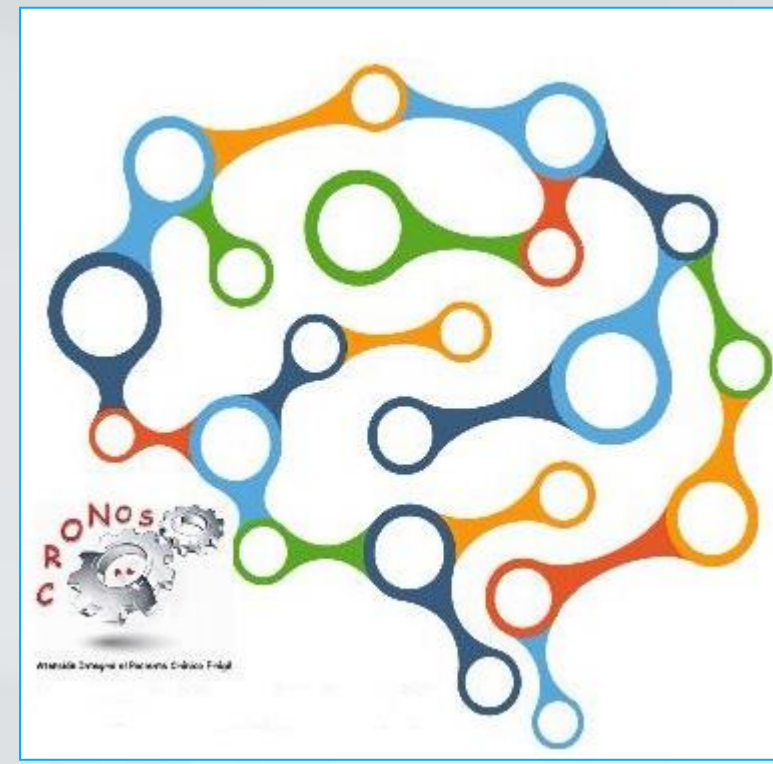
Las áreas de prescripción potencialmente inadecuada están bien definidas y señalan la pertinencia de intervención en algunos puntos terapéuticos concretos.



PREGUNTA Nº 3 ¿Si seleccionamos una benzodiazepina, cual sería la más adecuada en el anciano?

- a) Alprazolam.
- b) Diazepam.
- c) Lormetazepam.
- d) Flurazepam.





¿Cómo hubiésemos tratado mejor a nuestro paciente?

- Aplicando **higiene del sueño**.
- Terapia psicológica: **cognitivo conductual**.
- De las benzodiazepinas, se elegiría: **lormetazepam, lorazepam, loprazolam**:
 - ✓ Vida media: **corta- intermedia**.
 - ✓ Metabolismo: **glucuronidación**.
- Durante no más de **4 semanas** de tratamiento con posterior suspensión lenta.
- Con hipnóticos no benzodiazepínicos: **zolpidem o zopiclona**.
- Con antidepresivos: trazodona y mirtazapina.
 - ✓ Limitar su uso en insomnio asociado a depresión o ansiedad.
 - ✓ El efecto hipnótico se debe al efecto antihistamínico.
- Antihistamínicos: difenhidramina y doxilamina.
 - ✓ No recomendado por efectos anticolinérgicos.
- Antipsicóticos: quetiapina.
 - ✓ Se utiliza como hipnóticos en algunas ocasiones en casos de demencia.
 - ✓ No se recomiendan.
- **Melatonina liberación prolongada** en mayores 55 años.
 - ✓ Prometedora, se necesitan más estudios.



Caso: el paciente se estabiliza y vuelve a su residencia habitual. Se considera lo más adecuado suspender el diazepam 5 mg

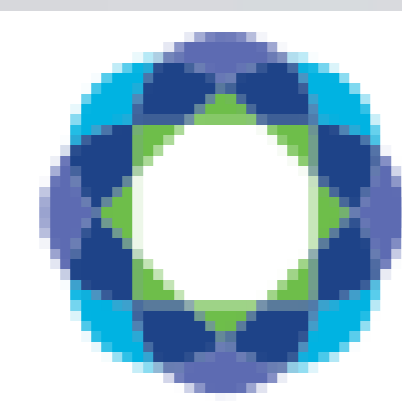
¿Cómo realizamos este proceso de desprescripción?



❖ Grupos de trabajo:

- Australian deprescribing network.
- Canadian deprescribing network:
<https://www.deprescribingnetwork.ca/canadian-deprescribing-network/>
- Grupo CRONOS: criterios Less-Chron.

❖ Web: <https://deprescribing.org/>



Why is patient taking a BZRA?

If unsure, find out if history of anxiety, past psychiatrist consult, whether may have been started in hospital for sleep, or for grief reaction.

- Insomnia on its own OR insomnia where underlying comorbidities managed
- For those ≥ 65 years of age: taking BZRA regardless of duration (avoid as first line therapy in older people)
- For those 18-64 years of age: taking BZRA > 4 weeks

- Other sleeping disorders (e.g. restless legs)
- Unmanaged anxiety, depression, physical or mental condition that may be causing or aggravating insomnia
- Benzodiazepine effective specifically for anxiety
- Alcohol withdrawal

Engage patients (discuss potential risks, benefits, withdrawal plan, symptoms and duration)

Recommend Deprescribing

- ### Continue BZRA
- Minimize use of drugs that worsen insomnia (e.g. caffeine, alcohol etc.)
 - Treat underlying condition
 - Consider consulting psychologist or psychiatrist or sleep specialist

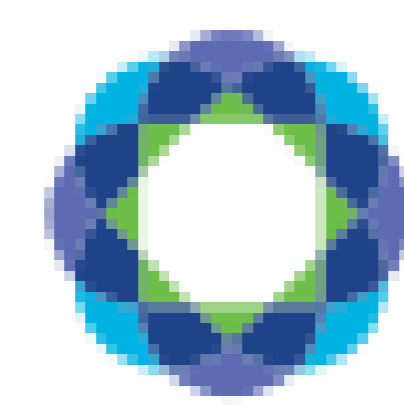
- ### Taper and then stop BZRA
- (taper slowly in collaboration with patient, for example ~25% every two weeks, and if possible, 12.5% reductions near end and/or planned drug-free days)
- For those ≥ 65 years of age (strong recommendation from systematic review and GRADE approach)
 - For those 18-64 years of age (weak recommendation from systematic review and GRADE approach)
 - Offer behavioural sleeping advice; consider CBT if available (see reverse)

- ### Monitor every 1-2 weeks for duration of tapering
- Expected benefits:
- May improve alertness, cognition, daytime sedation and reduce falls
- Withdrawal symptoms:
- Insomnia, anxiety, irritability, sweating, gastrointestinal symptoms (all usually mild and last for days to a few weeks)

- Use non-drug approaches to manage insomnia
- Use behavioral approaches and/or CBT (see reverse)

- If symptoms relapse:
- Consider
- Maintaining current BZRA dose for 1-2 weeks, then continue to taper at slow rate
- Alternate drugs
- Other medications have been used to manage insomnia. Assessment of their safety and effectiveness is beyond the scope of this algorithm. See BZRA deprescribing guideline for details.





BZRA Availability

BZRA	Strength
Alprazolam (Xanax®) ^T	0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Bromazepam (Lectopam®) ^T	1.5 mg, 3 mg, 6 mg
Chlordiazepoxide (Librax®) ^C	5 mg, 10 mg, 25 mg
Clonazepam (Rivotril®) ^T	0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Clorazepate (Tranxene®) ^C	3.75 mg, 7.5 mg, 15 mg
Diazepam (Vallium®) ^T	2 mg, 5 mg, 10 mg
Flurazepam (Dalmane®) ^C	15 mg, 30 mg
Lorazepam (Ativan®) ^{T,S}	0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Nitrazepam (Mogadon®) ^T	5 mg, 10 mg
Oxazepam (Serax®) ^T	10 mg, 15 mg, 30 mg
Temazepam (Restoril®) ^C	15 mg, 30 mg
Triazolam (Halcion®) ^T	0.125 mg, 0.25 mg
Zopiclone (Imovane®, Rhovane®) ^T	5mg, 7.5mg
Zolpidem (Sublinox®) ^S	5mg, 10mg

T = tablet, C = capsule, S = sublingual tablet

BZRA Side Effects

- BZRAs have been associated with:
 - physical dependence, falls, memory disorder, dementia, functional impairment, daytime sedation and motor vehicle accidents
- Risks increase in older persons

Engaging patients and caregivers

Patients should understand:

- The rationale for deprescribing (associated risks of continued BZRA use, reduced long-term efficacy)
- Withdrawal symptoms (insomnia, anxiety) may occur but are usually mild, transient and short-term (days to a few weeks)
- They are part of the tapering plan, and can control tapering rate and duration

Tapering doses

- No published evidence exists to suggest switching to long-acting BZRAs reduces incidence of withdrawal symptoms or is more effective than tapering shorter-acting BZRAs
- If dosage forms do not allow 25% reduction, consider 50% reduction initially using drug-free days during latter part of tapering, or switch to lorazepam or oxazepam for final taper steps

Behavioural management

Primary care:

- Go to bed only when sleepy
- Do not use bed or bedroom for anything but sleep (or intimacy)
- If not asleep within about 20-30 min at the beginning of the night or after an awakening, exit the bedroom
- If not asleep within 20-30 min on returning to bed, repeat #3
- Use alarm to awaken at the same time every morning
- Do not nap
- Avoid caffeine after noon
- Avoid exercise, nicotine, alcohol, and big meals within 2 hrs of bedtime

Institutional care:

- Pull up curtains during the day to obtain bright light exposure
- Keep alarm noises to a minimum
- Increase daytime activity & discourage daytime sleeping
- Reduce number of naps (no more than 30 mins and no naps after 2 pm)
- Offer warm decaf drink, warm milk at night
- Restrict food, caffeine, smoking before bedtime
- Have the resident toilet before going to bed
- Encourage regular bedtime and rising times
- Avoid waking at night to provide direct care
- Offer backrub, gentle massage

Using CBT

What is cognitive behavioural therapy (CBT)?

- CBT includes 5-6 educational sessions about sleep/insomnia, stimulus control, sleep restriction, sleep hygiene, relaxation training and support

Does it work?

- CBT has been shown in trials to improve sleep outcomes with sustained long-term benefits

Who can provide it?

- Clinical psychologists usually deliver CBT, however, others can be trained or can provide aspects of CBT education; self-help programs are available

How can providers and patients find out about it?

- Some resources can be found here: <http://sleepwellns.ca/>





Table 2. Deprescribing methods from eligible trials in systematic review

STUDY	TAPERING STRATEGY	NOTES
Baillargeon et al, 2003 ³⁰	Reduce dose by 25% every 1-2 wk until stopped	Patients followed up weekly; could remain at same dose if they experienced withdrawal symptoms
Belleville et al, 2007 ³¹	Reduce dose by 25% every 2 wk until lowest available dosage is reached; then introduce drug-free nights progressively	Drug-free nights planned in advance Rate of taper could vary depending on presence of withdrawal symptoms
Curran et al, 2003 ²⁸	Reduce dose by 25%-50% every 2 wk until stopped	Rate specific to patient's original dose and BZRA
Garfinkel et al, 1999 ³²	Reduce dose by 50% for 2 wk; then reduce by 25% for 2 wk, and then discontinue	NA
Habraken et al, 1997 ³³	Reduce dose by 25% weekly for 3 wk; then reduce by 12.5% for 2 wk	All participants took lorazepam
Morin et al, 2004 ³⁴	Reduce dose by 25% every 2 wk until lowest available dosage is reached; then introduce drug-free nights	Drug-free nights planned in advance Specific instructions could vary based on withdrawal symptoms
Pat-Horenczyk et al, 1998 ³⁵	Reduce dose by 50% for 1 wk; then discontinue	All subjects took zopiclone or flurazepam
Shapiro et al, 1995 ³⁶	Switch to zopiclone for 4 wk and then recommend abrupt cessation of zopiclone	All patients switched from BZDs through 1 of the following methods: stopping BZD for 3 d and then starting zopiclone; directly switching to zopiclone; or overlapping existing BZD with zopiclone for 3-8 d, and then stopping BZD and continuing zopiclone
Vissers et al, 2007 ³⁷	Reduce dose by 25% every 2 wk for 6 wk; then reduce by 12.5% for 2 wk and then stop	First converted to diazepam and stabilized for 2 wk
Voshaar et al, 2003 ³⁸	Reduce dose by 25% weekly for 4 wk; participants could choose to split last step into 12.5% reduction for 4 d	First converted to diazepam and stabilized for 2 wk

BZD—benzodiazepine, BZRA—benzodiazepine receptor agonist, NA—not applicable.





¿Cómo se debe abordar la reducción de dosis?

- Entrevista con el paciente: administrar información escrita.
- Reducciones de dosis graduales hasta la menor dosis disponible.
- Puede implicar procesos de meses de duración.
- Cambiar a una benzodiacepina de vida media larga (diazepam) no ha demostrado reducir la incidencia de síndrome de abstinencia ni mejora el éxito del proceso frente a los de vida media corta.
- Existe gran variabilidad interindividual en la aparición de síndrome de abstinencia. Si aparecen disminuir el ritmo de desprescripción y volver a la dosis anterior estable.
- Pacientes en tratamiento con dosis bajas y duración corta consiguen mayores éxitos.
- Las comorbilidades disminuyen el éxito en la retirada.
- Parece que zolpidem es menos probable que cause tolerancia y menos síndrome de retirada.





¿Qué otras estrategias de desprescripción existen?

- **Añadir otro fármaco:**

- ✓ Beta bloqueantes: propranolol.
- ✓ Antidepresivos: mirtazapina, trazodona.
- ✓ Anticonvulsivantes: ácido valproico, carbamazepina, pregabalina.
- ✓ Melatonina.

- **Inconvenientes:**

- ✓ Posibilidad de aparición de reacciones adversas a los nuevos fármacos.
- ✓ En el adulto mayor el objetivo incluye la disminución de fármacos que no se cumple con esta estrategia.





¿Cómo lo hacemos en nuestro caso?

FECHA INICIO	MEDICAMENTO	TIEMPO SEMANAS	PAUTA COMP	PAUTA MG	% DOSIS REDUCIR	DOSIS REDUCIR MG	FECHA FIN
	Diazepam 5 mg comp		0-0-1	0-0-5	20%	1	
	Diazepam 2 mg comp	2 sem	0-0-2	0-0-4	25%	1	
	Diazepam 2 mg comp	2 sem	0-0-1,5	0-0-3	17%	1	
	Diazepam 2,5 mg comp	2 sem	0-0-1	0-0-2,5	20%	0,5	
	Diazepam 2 mg comp	2 sem	0-0-1	0-0-2	25%	0,5	
	Diazepam 2 mg comp	2 sem	0-0-0,75	0-0-1,5	17%	0,25	
	Diazepam 2 mg/ml sol	2 sem	0-0-0,625 ml	0-0-1,25	20%	0,25	
	Diazepam 2 mg/ml sol	2 sem	0-0-0,5 ml	0-0-1	25%	0,25	
	Diazepam 2 mg/ml sol	2 sem	0-0-0,375 ml	0-0-0,75			



¿Cómo lo hacemos en nuestro caso?

TABLE 1. Example of a Benzodiazepine Tapering Protocol^a

Week	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
1 and 2	Full	Full	Full	Full	Full	Half	Full
3 and 4	Full	Half	Full	Half	Full	Half	Full
5 and 6	Half	Half	Half	Half	Half	Half	Half
7 and 8	Half	Half	Half	Half	Half	Quarter	Half
9 and 10	Half	Quarter	Half	Quarter	Half	Quarter	Half
11 and 12	Quarter	Quarter	Quarter	Quarter	Quarter	Quarter	Quarter
13 and 14	Quarter	Quarter	Quarter	Quarter	Quarter	0	Quarter
15 and 16	Quarter	0	Quarter	0	Quarter	0	Quarter
17 and 18	Quarter	0	0	Quarter	0	0	Quarter
19	0	0	0	Quarter	0	0	0
20	0	0	0	0	0	Quarter	0
21	0	0	0	0	0	0	Quarter
22	0	0	0	0	0	0	0

^aCells represent proportions of the initial daily dose. Full = full daily dose before tapering; Half = 50% of the initial dose; Quarter = 25% of the initial dose; 0 = a benzodiazepine-free day.

Modified from *JAMA Intern Med.*¹⁷





¡Muchas gracias!

Marian Iriarte Izura

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria

Board Certified Psychiatric Pharmacist

E-mail: mairiarte.mennipamplona@hospitalarias.es

Clínica Psiquiátrica Padre Menni. Pamplona

Hermanas Hospitalarias

