

# ÁGORA

Medicamentos con capacidad adictiva  
10 octubre de 2023

## Medicamentos con capacidad adictiva: ansiolíticos e hipnosedantes

### *Uso crónico de benzodiazepinas: un problema de salud pública*

Francisco Aienza Martín  
Médico de Familia. CS El Porvenir (Sevilla)





## Sociedad

EDUCACIÓN · MEDIO AMBIENTE · IGUALDAD · SANIDAD · CONSUMO · LAICISMO · COMUNICACIÓN · ÚLTIMAS NOTICIAS

MEDICAMENTOS >

# Mayores enganchados a los tranquilizantes: España es el país con más consumo de benzodiazepinas del mundo

Más de una cuarta parte de los mayores de 65 años toman este tipo de psicofármacos. Su uso suele ir mucho más allá de sus indicaciones



Junta de Andalucía

**Benzodiazepinas  
a largo plazo  
beneficio-riesgo  
desfavorable**

The Hidden Dangers  
of  
**BENZODIAZEPINES**



**Insomnio:**

**NNT:13 NNH:5-6:**

**1 despertar menos  
durante la noche**

**25 min más de sueño**



**Ansiedad:**

**NNT: 5-6.**

**-50% Escala de Hamilton**

**Se iguala a placebo tras 4-6 semanas.**

Meta-análisis. Glass J, et al. BMJ 2005;331:1169

Meta-análisis. Mitte K et al. JCP 2005;25:141-150

Servicio de Proyectos y Desarrollo  
Subdirección de Prestaciones  
Servicio Andaluz de Salud

**ÁGORA**  
Medicamentos con  
capacidad adictiva



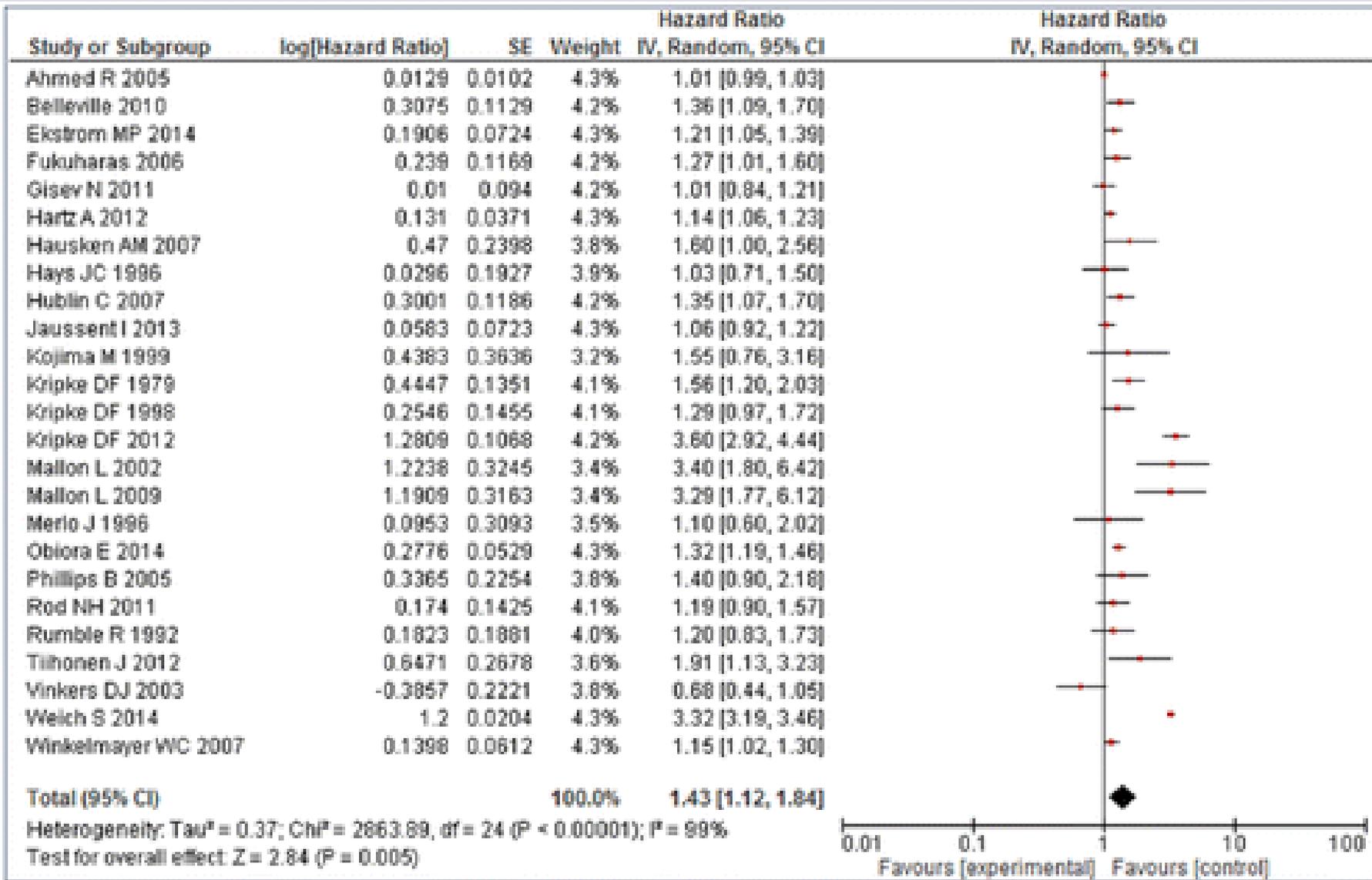
MINISTERIO  
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

# Resumen de los principales riesgos





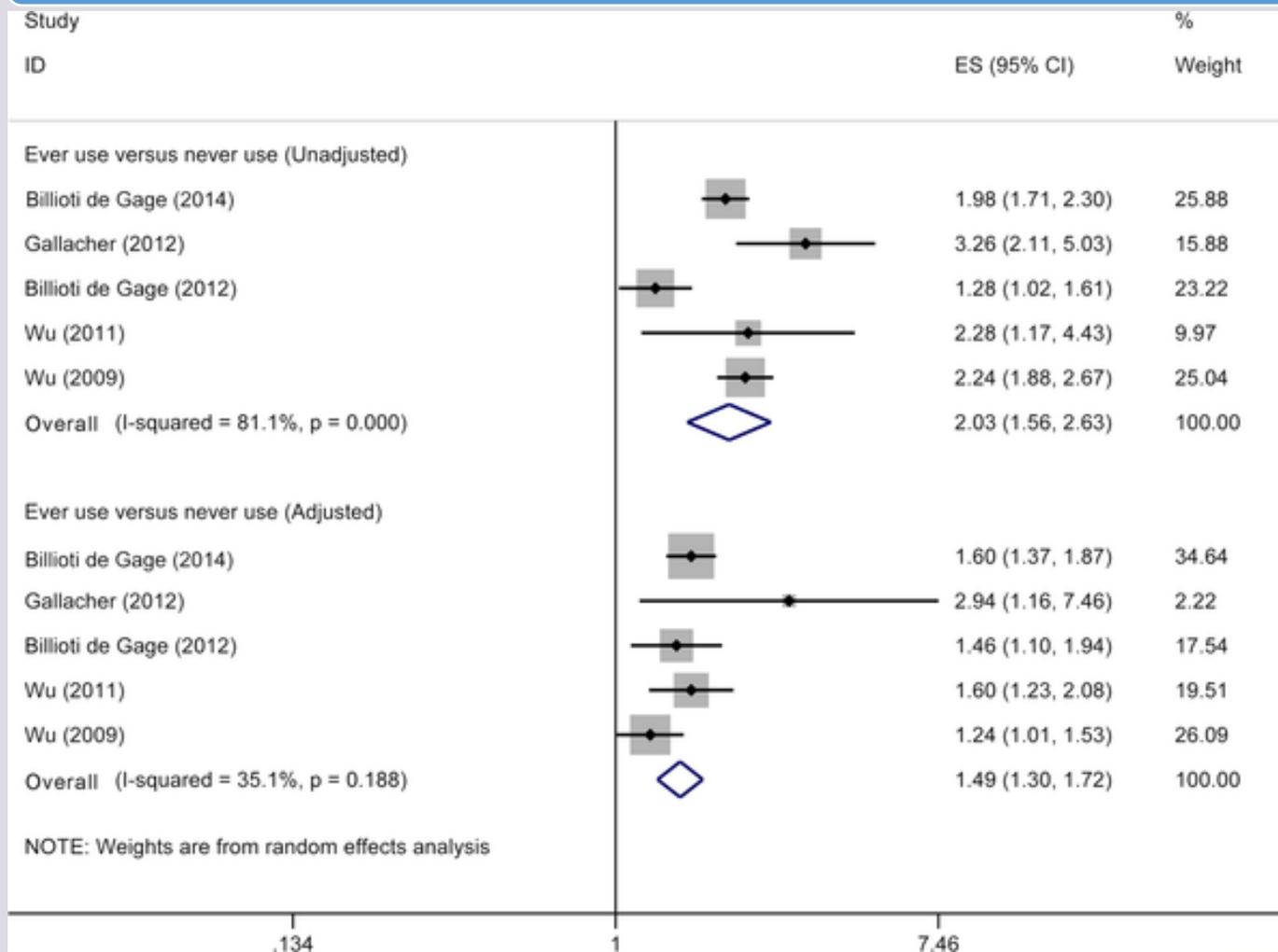
**MORTALIDAD**

HR: 1,43

IC95%: 1,12-1,84]

Parsaik AK et al. Mortality associated with anxiolytic and hypnotic drugs, A systematic review and meta-analysis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2015; 50(6): 520-533

## Meta-analysis on ever use of benzodiazepines and risk of dementia.





Risk of pneumonia with current use of different types of BZRAs

	Cases (N = 4,533)	Controls (N = 16,388)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR <sup>a</sup> (95%CI)
Non user, n (%)	1,766 (39.0)	6,862 (41.9)	Reference	Reference
<b>Current BZD use, n (%)</b>				
<b>By dose</b>				
≤0.50 DDD	490 (10.8)	1,396 (8.5)	1.39 (1.23–1.56) <sup>b</sup>	1.25 (1.09–1.43) <sup>b</sup>
0.51–1.00 DDD	298 (6.6)	821 (5.0)	1.43 (1.24–1.66) <sup>b</sup>	1.28 (1.09–1.50) <sup>b</sup>
>1.00 DDD	185 (4.1)	500 (3.1)	1.44 (1.21–1.73) <sup>b</sup>	1.38 (1.13–1.69) <sup>b</sup>
<b>Current Z-drug use, n (%)<sup>c</sup></b>				
<b>By dose</b>				
≤0.50 DDD	11 (0.2)	26 (0.2)	1.59 (0.78–3.24)	1.49 (0.69–3.23)
0.51–1.00 DDD	45 (1.0)	172 (1.1)	0.93 (0.66–1.31)	0.92 (0.63–1.33)
>1.00 DDD	21 (0.5)	56 (0.3)	1.39 (0.63–2.33)	1.20 (0.69–2.11)

Wang MT, Wang YH, Chang HA, Tsai CL, Yang YS, et al. (2017) Benzodiazepine and Z-drug use and risk of pneumonia in patients with chronic kidney disease: A population-based nested case-control study. PLOS ONE 12(7): e0179472. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179472>  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0179472>



Por qué  
Porque  
Porqué  
Por que



## Envejecimiento y salud mental >

Volumen 8, 2004 - Número 3

Enviar un artículo

Página de inicio de la revista

**Creencias y actitudes N: 192 personas mayores que eran usuarios a largo plazo.**

- **la mayoría de los pacientes no se habían preocupado por los posibles efectos nocivos de los hipnóticos, tal vez por no saber de ellos.**
- **66% de los pacientes dijeron que no les habían informado sobre los posibles daños**
- **< 20% habían recibido información sobre los daños o sobre el tratamiento en general de su médico de cabecera.**
- **66% todavía experimentaban problemas para dormir, a pesar de tomar hipnóticos.**

SIEMPRE QUE SEA POSIBLE  
INTENTA ALTERNATIVAS  
NO FARMACOLÓGICAS



Las benzodiazepinas se deberían de prescribir

Tras un  
abordaje no  
farmacológico

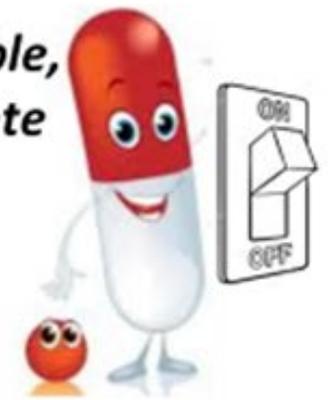
cuando los síntomas  
sean severos e  
incapacitantes,



e informando al paciente  
de los problemas de  
seguridad que originan



a la menor dosis posible,  
de manera intermitente



por un periodo máximo  
de 4-6 semanas  
incluyendo el periodo de  
reducción



SEMANA	DIAS						
1	●	●	●	●	●	●	●
2	●	●	●	●	●	●	●
3	●	●	●	●	●	●	●
4	●	●	●	●	●	●	●
5	●	●	●	●	●	●	●
6	●	●	●	●	●	●	●
7	●	●	●	●	●	●	●
8	●	●	●	●	●	●	●
9	●	●	●	●	●	●	●
10	●	●	●	●	●	●	●
11	●	●	●	●	●	●	●
12	●	●	●	●	●	●	●
13	●	●	●	●	●	●	●
14	●	●	●	●	●	●	●
15	●	●	●	●	●	●	●
16	●	●	●	●	●	●	●
17	●	●	●	●	●	●	●
18	●	●	●	●	●	●	●
19	●	●	●	●	●	●	●
20	●	●	●	●	●	●	●
21	●	●	●	●	●	●	●
22	●	●	●	●	●	●	●
23	●	●	●	●	●	●	●
24	●	●	●	●	●	●	●
25	●	●	●	●	●	●	●
26	●	●	●	●	●	●	●
27	●	●	●	●	●	●	●
28	●	●	●	●	●	●	●
29	●	●	●	●	●	●	●
30	●	●	●	●	●	●	●
31	●	●	●	●	●	●	●

incorporando  
una pauta de  
descenso

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	



# Recomendaciones **NO HACER**



**NICE**  
'do not do'  
recommendations

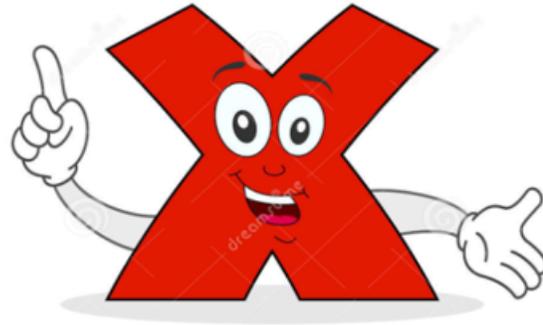


*Balance beneficio/riesgo negativo a largo plazo*

*No como primera opción en mayores*



*No de vida media larga*



*sin primero un intento de intervenciones no farmacológicas*



*No continúe rutinariamente las iniciadas durante un ingreso hospitalario*

*No a largo plazo sin incluir una estrategia de descenso*



# ALTERNATIVAS



**ÁGORA**  
Medicamentos con  
capacidad adictiva



SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

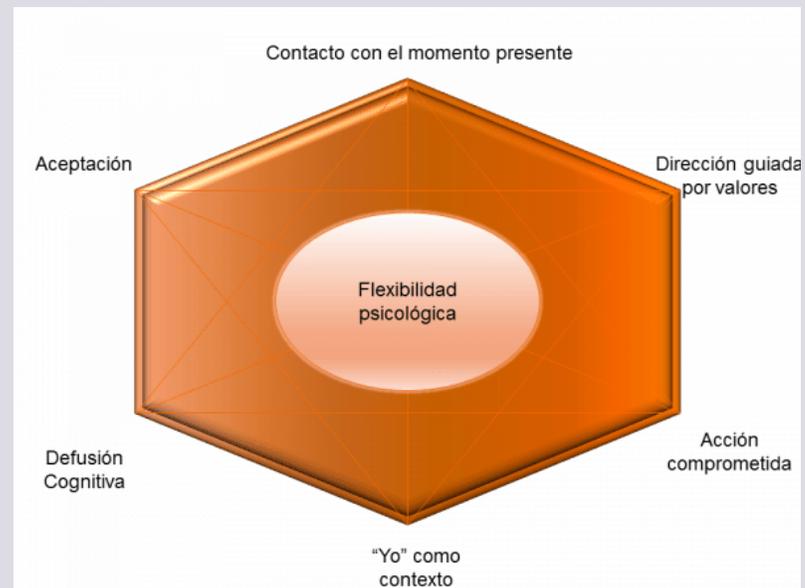
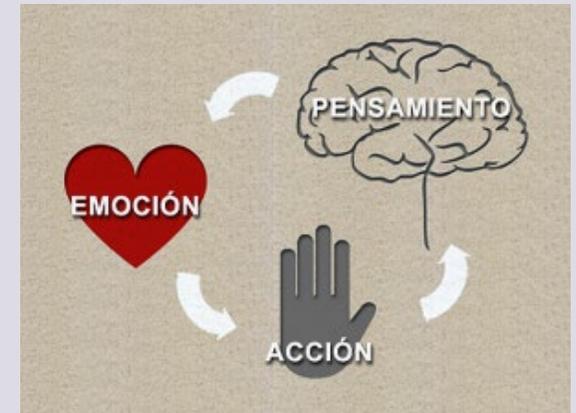
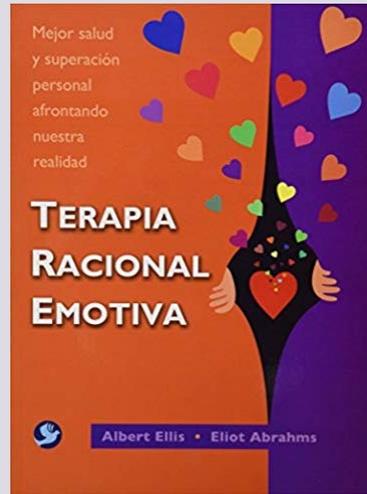
# 1. Intervenciones psicológicas y psicosociales de baja intensidad:

- Autoayuda individual no guiada
- Autoayuda individual guiada
- Grupos psicoeducativos



## 2. Intervenciones psicológicas de alta intensidad

- Terapia de relajación
- TCC individual



# Alternativas terapéuticas en insomnio

Causa	Terapia apropiada
Hábitos de vida y entorno que no favorecen el sueño	<b>Higiene del sueño</b>
Pensamientos negativos o expectativas irreales sobre el sueño y las consecuencias de su pérdida	<b>Terapia cognitiva</b>
Tener asociado el hecho de irse a la cama y no poder dormir	<b>Control de estímulos</b>
Sueño ligero que lleva a un sueño intermitente o un tiempo excesivo para levantarse	<b>Restricción de sueño</b>
Incapacidad física y mental de relajarse por la noche	<b>Técnicas de relajación</b>

# EXPERIENCIA DE BENZOSTOPJUNTOS

**ESTUDIO DE INTERVENCIÓN COLABORATIVA  
(CENTRO DE SALUD/FARMACIA COMUNITARIA)  
PARA REDUCIR EL USO CRÓNICO DE BENZODIACEPINAS.**



## Grupo investigador:

### **Atienza Martín, Francisco (SAS-SEMERGEN).**

Médico de Familia. UGC Porvenir. Distrito Atención Primaria Sevilla. SAS. Secretario y responsable del área de competencias profesionales Semergen Andalucía. Cátedra Semergen Universidad de Granada.

### **Ferrer López, Ingrid (SAS-SEFAP).**

Farmacéutica de Atención Primaria. Técnico de Apoyo del Servicio de Proyectos y Desarrollo. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, SAS. Miembro de la Sociedad Española y Andaluza de Farmacia de Atención Primaria.

### **García Bermúdez, Encarnación (RICOFSE).**

Farmacéutica. Coordinadora del Centro de Información de Medicamento del Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. RICOFSE.

### **García-Delgado Morente, Amalia (SEFAC).**

Farmacéutica Comunitaria en Sevilla. Presidenta de la delegación de Andalucía de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. SEFAC.

### **Murillo Fernández, María Dolores (SEFAC).**

Farmacéutica Comunitaria en Sevilla. Vicepresidenta 3ª de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. SEFAC.

### **Sánchez Cañete, Yolanda (SAS-ASANEC).**

Enfermera. UGC Amante Laffón. Distrito Atención Primaria Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. SAS. Vocal I de la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Sevilla. Miembro de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria ASANEC.

**Apoiados en Benzostopjuntos-1: Martínez Celdrán, María; Florencio Sayago, Miguel; Sumariva Bernal, María A. (Residentes de Medicina de Familia. SAS)**



# La intervención es efectiva

Tras un promedio de

3 meses: 31%

6 meses: 34%

**12 meses: 20-25,5%**

(sin dispensaciones en los últimos 2 meses)

75% pacientes toma la decisión en los primeros 6 meses



