



**FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE**

TRABAJO FIN DE GRADO

TÍTULO:

**Papel de la farmacia comunitaria en el tratamiento de la adicción
a benzodiazepinas.**

Autor: Inmaculada Izquierdo Jiménez

Fecha: Junio 2019

Tutor: Rubén Martín Lázaro

ÍNDICE

1. RESUMEN.	2
Palabras clave.	2
2. ABSTRACT.	2
Key words.	2
3. INTRODUCCIÓN.	3
4. OBJETIVOS.	4
5. MATERIAL Y MÉTODOS.	4
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	5
I. Características de las benzodiazepinas	5
II. Retirada del tratamiento con benzodiazepinas:	7
III. Alternativas para tratar el insomnio	11
7. CONCLUSIONES.	14
8. BIBLIOGRAFÍA.	18

RESUMEN.

El presente estudio busca la forma de ayudar desde la oficina de farmacia al paciente adicto a benzodiazepinas.

Para ello se han investigado las razones principales de su prescripción, así como los distintos tipos de benzodiazepinas que se pueden encontrar en el mercado, su mecanismo de acción sobre el organismo y los efectos adversos que ocasionan.

Derivado de los efectos adversos de tolerancia y dependencia principalmente se busca un plan de actuación para ayudar a dejar el tratamiento con este tipo de medicamentos al paciente que presenta un consumo crónico de benzodiazepinas.

Tras el análisis de varios documentos científicos se concluye que una intervención por parte del farmacéutico de manera estructurada e individualizada a cada paciente, contando con su apoyo y ayudándose de ciertas plantas medicinales, se puede lograr una exitosa deshabitación del tratamiento con benzodiazepinas.

Palabras clave:

Benzodiazepinas, adicción, pacientes, farmacéutico, oficina de farmacia, deshabitación y protocolo.

ABSTRACT.

This study looks for ways to help from the pharmacy office to the addicted to benzodiazepines patient.

To this end the main reason for its prescription have been investigated, as well as the different types of benzodiazepines that can be found in the market, its mechanism of action on the organism and the adverse effects that they may cause.

Derived from the adverse effects of tolerance and dependence it mainly seeks an action plan to help stop treatment with this type of drugs to the patient who presents a chronic consumption of benzodiazepines.

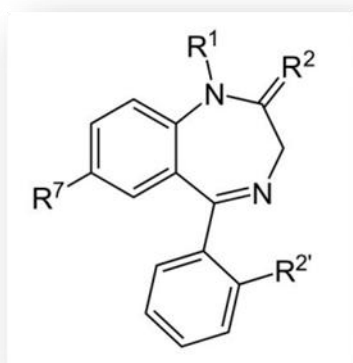
After the analysis of several scientific documents it is concluded that an intervention by the pharmacist in a structured and individualized may to each patient, having his/her support and the aid of certain medicinal plants, it can be achieved a successful cessation of treatment with benzodiazepines.

Key words.

Benzodiazepines, addiction, patients, pharmaceutical, pharmacy, treatment for drug dependency and protocol.

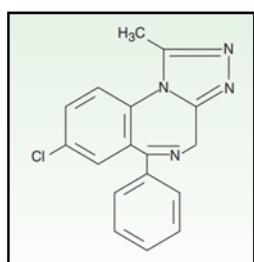
INTRODUCCIÓN.

El insomnio es el trastorno de sueño más prevalente en España. En nuestro país, en torno a un 20% y 48% de la población adulta, en algún momento de su vida, ha sufrido dificultad para iniciar o mantener el sueño¹. Puede deberse a diversas causas: si se presenta a corto plazo, normalmente es debido a una enfermedad o a una alteración emocional; si por el contrario es de carácter crónico suele deberse a causas subyacentes como ansiedad, depresión o dolor². Por dicho motivo, para tratarlo, se está produciendo un aumento del consumo de benzodiacepinas, dado que reducen el tiempo que transcurre hasta que se concilia el sueño, aumenta la duración total del mismo en personas que duermen menos de seis horas por noche y presentan un precio bajo^{2,3}. Las prescripciones de estos medicamentos han aumentado desde 1992 hasta 2012, tanto que suponen un incremento del 179%, siendo los principios activos más prescritos el lorazepam (Orfidal), el alprazolam (Trankimazin), el lormetazepam (Noctamid, Loramet), el zolpidem (Stilnox, Dalparan) y el diazepam (Valium)^{4,5}.

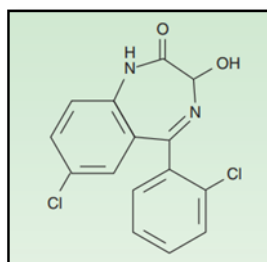


Estructura básica de la molécula de benzodiacepina.

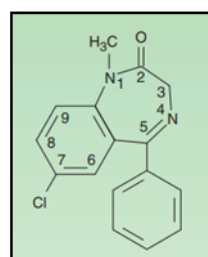
(Ilustración 3.1)



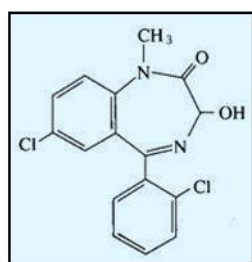
Alprazolam (3.2)



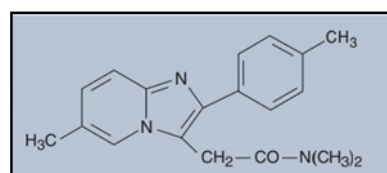
Lorazepam (3.3)



Diazepam (3.4)



Lormetazepam (3.5)



Zolpidem (3.6)

Este dato es bastante alarmante, por ello es necesario buscar el motivo. Un estudio transversal realizado en población española entre 22 y 70 años observó que había un mayor consumo en mujeres respecto a los hombres, que el consumo de ambos sexos se asociaba con la edad y que a mayor nivel de estudios y nivel socioeconómico había un menor consumo⁶. Además, el uso excesivo de ansiolíticos podría deberse a la medicalización de problemas sociales, profesionales o de relaciones interpersonales, los cuales deberían resolverse con otras opciones. Así mismo, el consumo de hipnóticos nos puede indicar un déficit de atención y de educación sanitaria relacionado con los hábitos del sueño⁴. (Anexo 1)

El farmacéutico de farmacia comunitaria tiene la misión de ayudar al paciente a entender mejor el medicamento: comprender cómo debe realizar la administración del mismo y hacer entender cómo actúan sobre el organismo para tratar nuestra afección. Este profesional de la salud es una de las primeras líneas de defensa para parar el abuso a ciertos medicamentos, ya sean con o sin receta, dado que están alerta ante comportamientos erróneos en el consumo de los fármacos, bien sea por no seguir la pauta posológica, la duración del tratamiento o la forma de administración⁷. Su misión en referencia a nuestro estudio sería reconocer las situaciones en las que el uso de benzodiazepinas es inadecuado y llevar a cabo una retirada progresiva.

OBJETIVOS.

El objetivo principal planteado en el presente trabajo es la búsqueda de un protocolo para llevar a cabo a nivel de oficina de farmacia para ayudar a la deshabituación del paciente adicto a benzodiazepinas y hacer aportaciones a los ya existentes con el objetivo de mejorarlos, si es que es posible. Esto va a llevar a investigar cuál o cuáles son las mejores pautas de retirada, las posibles alternativas para tratar el insomnio y saber si se están usando y prescribiendo adecuadamente este tipo de fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica para lo cual se emplearon:

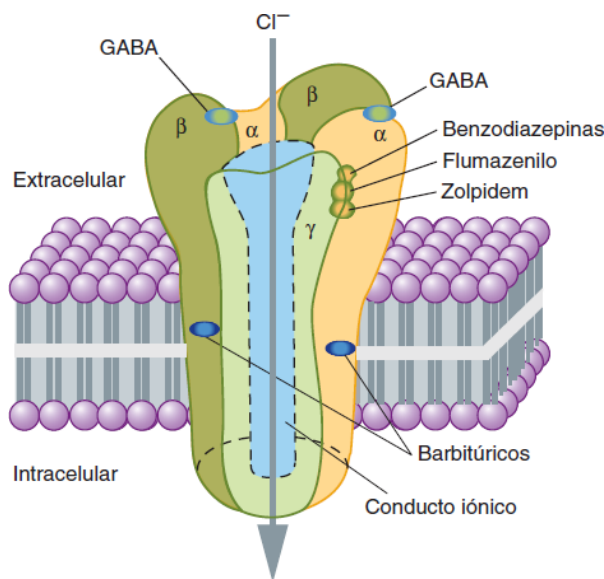
- Bases de artículos científicos: Google académico, Scielo y Pubmed.
- Boletines de distintas comunidades autónomas que tratasen sobre el problema de la adicción a benzodiazepinas.
- Libros de farmacología que hablasen de las benzodiazepinas.
- Organismos públicos: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.
- Revisión de las fichas técnicas de las benzodiazepinas más prescritas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

I. Características de las benzodiazepinas:

Las benzodiazepinas son uno de los grupos de fármacos más usados a pesar de solo dispensarse con receta médica⁴. Se clasifican en dos grupos: hipnóticas y ansiolíticas, siendo su uso principal el tratamiento a corto plazo del insomnio y los trastornos de ansiedad; aunque también se utilizan como anticonvulsivantes, para tratar la abstinencia al alcohol, la espasticidad o espasmos musculares inespecíficos entre otros. Según su semivida plasmática se pueden subdividir en tres categorías: de acción corta, si es menor a diez horas; de acción intermedia, si el tiempo está comprendido entre diez y veinticuatro horas y de acción larga, si es superior a veinticuatro horas^{4,5}.

Las benzodiazepinas actúan selectivamente sobre el receptor GABA_A, mediando la transmisión sináptica inhibitoria del sistema nervioso central. Estos fármacos actúan potenciando la respuesta del GABA facilitando la apertura de los canales de cloruro activados por dicho transmisor, es decir, consigue que se aumente la afinidad del GABA por el receptor mencionado. Los efectos de sedación están mediados por el receptor GABA_A que contienen la subunidad $\alpha 1$; mientras que los ansiolíticos se deben a la subunidad $\alpha 2$.



(Ilustración 6.1)

Las benzodiazepinas deben utilizarse a dosis mínimas eficaces y en trastornos agudos, dado que a dosis mayores a las recomendadas y con una duración de tratamiento excesiva, los efectos secundarios serán más habituales en el individuo debido a que la relación beneficio/riesgo en este caso es más propensa a ser desfavorable.

Todas las benzodiazepinas a corto plazo son eficaces, seguras y de acción rápida, pero en tratamientos prolongados tienen efectos adversos como tolerancia, dependencia o deterioro cognitivo y psicomotor, por lo que hay que tener especial cuidado.

En relevancia al deterioro cognitivo, se ha probado que varios dominios como son: el aprendizaje, la atención y la capacidad visual espacial, quedan afectados en pacientes que consumen estos medicamentos de forma crónica. También se ha observado que pueden inducir amnesia anterógrada alterando la memoria y disminuir los reflejos⁸.

Otro dato a tener presente es la duración de acción del fármaco, dado que una benzodiacepina de vida corta presenta mayor poder adictivo que el resto, pero una de vida media larga presenta más probabilidad de padecer efectos secundarios.

Estos medicamentos tienen efecto sedante y relajante muscular, lo que se traduce en accidentes en el trabajo, en el hogar e incluso en accidentes de tráfico, además de en un aumento en el riesgo a sufrir caídas y consecuentemente fracturas, fundamentalmente en el paciente anciano^{9, 10, 11}.

Las benzodiacepinas se encuentran dentro de los medicamentos que se consideran inadecuados para prescribir a personas mayores de 65 años según criterios Beers y Stopp/Start debido a que estos pacientes presentan variaciones en la farmacodinamia y en la farmacocinética, por lo que queda disminuido su metabolismo oxidativo hepático y la excreción renal, lo que puede producir una acumulación del fármaco en el plasma y dar reacciones adversas. Además, tienen mayor sensibilidad a los receptores de las benzodiacepinas, lo que se traduce en una acción farmacológica potenciada, por lo que con dosis más bajas consiguen la misma eficacia, pero una mayor seguridad¹¹.

Otro aspecto relacionado con el anciano, es que se debe evitar en la medida de lo posible, las benzodiacepinas que presenten una vida media larga y se aconseja prescribir si fuese necesario, aquellas que utilizan la vía de la conjugación con el ácido glucurónico a nivel hepático, como sería el caso del lorazepam, porque la vía metabólica conjugativa no se ve afectada con la edad¹¹.

Estudios realizados en población anciana concluyeron que entre el 76% y el 80% consumían benzodiacepinas de vida media intermedia; un 20%-32%, de vida media larga y que tan solo un 40% tiene prescrito lorazepam^{12, 13}.

El síndrome de abstinencia tras una administración crónica puede causar síntomas físicos y psicológicos como insomnio, ansiedad e irritabilidad, convirtiéndose en un gran desafío por parte de los pacientes para dejar de tomarlas^{2, 10}. Por dicho motivo hay que tener en cuenta la pauta posológica que prescribe el médico, así como el tiempo de duración del mismo.

Pese que en las fichas técnicas de estos medicamentos se recomienda no prolongar el tratamiento más de cuatro semanas incluyendo el tiempo de retirada del fármaco, para tratar el trastorno del insomnio, el uso a largo plazo superando este margen recomendado sigue siendo una práctica muy común en nuestros días y que viene dándose desde hace muchos años atrás. En ciertos casos puntuales es posible aumentar la duración de tratamiento más de lo recomendado, pero con un seguimiento muy exhaustivo del paciente. Respecto a este asunto, el "Committee on Safety of Medicines" de la Agencia Británica del Medicamento y Productos Sanitarios, es más restrictivo en el uso de este tipo de medicamentos disminuyendo el tiempo de tratamiento¹⁰. La duración del tratamiento no es una cifra concreta, puede variar en función del organismo que lo valore o depender del paciente entre otros.

Según los datos obtenidos por el estudio D-valor impulsado por la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac), la Fundación Pharmaceutical y con el apoyo de Mylan, el 74% de los pacientes toma durante más de tres meses el fármaco y el 92% desconocen que la duración es limitada³.

II. Retirada del tratamiento con benzodiazepinas:

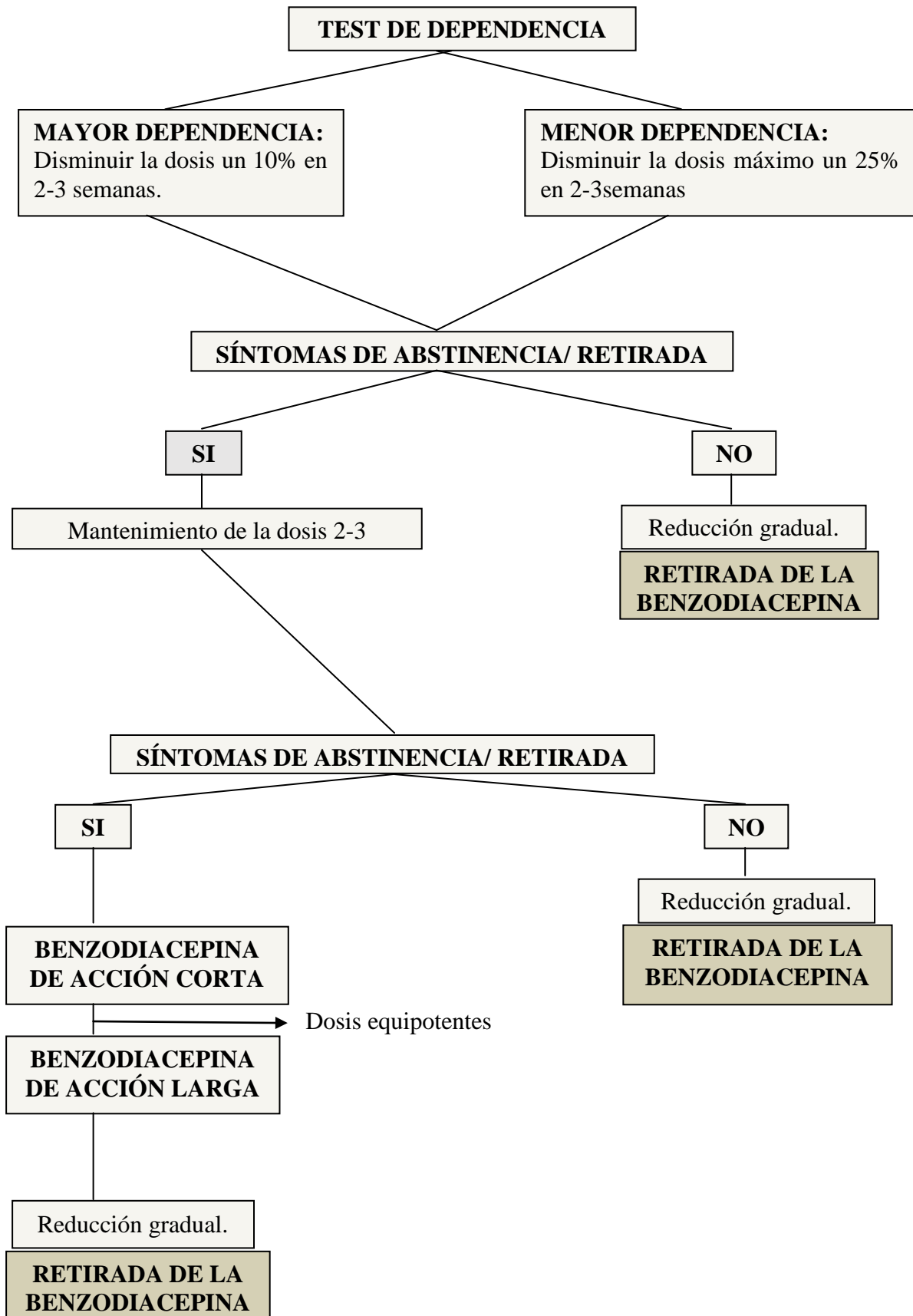
Las guías profesionales recomiendan retirar el tratamiento a la mayor parte de los pacientes que toman benzodiazepinas a largo plazo, siendo un momento determinante aquellos que excedan los tres meses de duración, proponiendo un tiempo de deshabitación que se podría conseguir desde unas pocas semanas a doce meses o incluso más, según el caso individual de cada persona⁹. Este proceso de deshabitación debe ser progresivo e individualizado para cada paciente atendiendo a sus necesidades particulares y sin olvidarnos de proporcionarle apoyo durante todo el proceso⁷. Algunos factores que van a contribuir en este proceso individualizado son: el tipo de benzodiazepina usada, la dosis, la duración de administración, el estilo de vida del paciente, su personalidad y las razones que incentivaron la desprescripción del medicamento^{14,15}.

Las estrategias de desprescripción se basan en una pauta de retirada paulatina y uniforme, la cual se fundamenta en la disminución de la dosis total diaria que tome el paciente, en un porcentaje variable atendiendo a su nivel de dependencia (anexo2).

La retirada se lleva a cabo con la misma benzodiazepina o sustituyéndola normalmente por diazepam a dosis equipotentes (anexo 3). Esto se hace porque el diazepam presenta una vida media larga, siendo más fácil su retirada que una benzodiazepina de vida media corta, la cual al pautarse cada seis u ocho horas, presentan grandes fluctuaciones de concentración plasmática alcanzándose en poco tiempo T_{max}, es decir, la concentración máxima del fármaco y desapareciendo con idéntica brevedad su efecto. Una benzodiazepina de vida media larga como el diazepam favorece que el organismo se adapte a la concentración decreciente de la benzodiazepina y así evitar oscilaciones en la concentración plasmática. Además, este fármaco presenta otra ventaja, su comercialización en varias dosis: 2mg; 2,5mg; 5 mg; 10mg y 25mg; lo que permite un gran abanico de posibilidades a la hora de jugar con la dosis a prescribir. Este cambio a una benzodiazepina de semivida plasmática más elevada ayuda sobre todo al paciente que muestra fuerte dependencia psicológica por “la pastilla de dormir”, dado que el objetivo final es la desprescripción del medicamento y no mantener al paciente con una benzodiazepina de vida media larga^{10,15}.

Es fundamental, que si aparecen síntomas de abstinencia y/o retirada tras una disminución de la dosis, no se suba de nuevo la misma. Es necesario mantenerla una vez la hemos bajado si fuese necesario el tiempo que se estime oportuno hasta que desaparezcan los síntomas y ya entonces pasar al siguiente nivel del proceso de deshabitación¹⁰.

Pacientes con consumo crónico de benzodiazepinas:¹¹



Dado el caso en el que el paciente no sea capaz de dejar totalmente el medicamento, se aconseja una utilización interrumpida del mismo valorando si es favorable marcar una pauta fija o a demanda.

Hay distintos métodos para deshabituarse al paciente adicto a benzodiazepinas. Estos métodos de intervención se podrían dividir en tres: intervención mínima, intervención estructurada e intervención reforzada.

1. Intervención mínima:

Es una estrategia sencilla, en la cual se informa al paciente, de la necesidad de disminuir el consumo del fármaco, por sus efectos perjudiciales derivados de un uso a largo plazo.

Se da por escrito la pauta de disminución de dosis progresiva, señalando los posibles efectos de la retirada y su solución.

Con esta medida se obtienen tasas de abandono de entre un 18% y un 22%; entendiéndose como abandono un no consumo del medicamento en doce meses.

2. Intervención estructurada:

Consiste en una entrevista realizada por un profesional de la salud, en la que se abordan varios puntos significativos: el beneficio del uso de las benzodiazepinas a corto plazo, el significado de dependencia y tolerancia, así como los de síntomas de abstinencia y retirada y los efectos adversos observados tras un consumo crónico.

En esta entrevista también se explica la necesidad de llevar a cabo una retirada gradual para “ir adaptando de nuevo el organismo” e intentar evitar en la mayor forma posible los efectos secundarios consecuentes a la retirada del fármaco.

Del mismo modo se planifican las distintas visitas de seguimiento.

Con esta medida se obtienen tasas de abandono de entre un 24% y un 62%; entendiéndose como abandono un no consumo del medicamento en doce meses.

3. Intervención reforzada:

Esta estrategia se basa en la anterior pero contempla también un apoyo psicológico y/o de fármacos a lo largo del proceso.

La psicoterapia añade un apoyo basado en la terapia cognitiva conductual, la cual junto con una reducción gradual de la dosis resultan muy efectivas a corto plazo. Esta terapia trata de reconocer y modificar patrones de conducta inadecuados y aprender hábitos beneficiosos relacionados con la higiene del sueño (anexo 4), así como técnicas de relajación.

En cuanto al uso de fármacos apenas hay estudios que respalden su eficacia como coadyuvantes en programas de deshabituación a benzodiazepinas.

Tras evaluar dichas estrategias se ha visto que los mejores resultados se obtienen con una intervención reforzada con psicoterapia, OR= 5,06 (IC 95% 2,68-9,57), dicho de otro modo: al ser el Odds Ratio mayor a 1, la asociación realizar una intervención reforzada con psicoterapia para deshabituarse al paciente es positiva, es decir, establecer una intervención con

psicoterapia se asocia con una mayor ocurrencia de deshabitación en el paciente adicto a benzodiazepinas, existiendo un 83,5% de probabilidad de que la deshabitación esté asociada a esa intervención, afirmando además con el intervalo de confianza, que dicha relación es estadísticamente significativa.

Del mismo modo, las intervenciones mínimas también resultan eficaces OR= 1,43 (IC 95% 1,02-2,02), existiendo un 58,8% de probabilidad de que la deshabitación esté asociada a esa intervención.

Por el contrario con una intervención reforzada con fármacos no se mostraron diferencias significativas OR= 1,31 (IC 95% 0,68-2,53), aunque el Odds Ratio presenta un valor superior a 1 traduciéndose en una asociación positiva para la relación intervención reforzada con fármacos y que esta acción concluya en deshabitación a benzodiazepinas, el intervalo de confianza nos indica que esta asociación no es estadísticamente significativa.¹⁰

Un estudio llevado a cabo a lo largo de diez años en el que se evaluaba un programa de desprescripción por medio de intervenciones mínimas con carta, el 59% de los pacientes no volvieron a consumirlas y un 14% las utilizaron a dosis mínimas de forma intermitente y no de forma crónica¹⁶.

Otra investigación realizada en Barcelona en 2012, en la cual se realizaba una entrevista en la que se planteaban temas como: qué es el sueño y el insomnio, en qué consisten las benzodiazepinas, los beneficios y riesgos que se derivan de su consumo a largo plazo, en la que se fijaba fechas de retirada y revisiones periódicas cada cuatro semanas, mostró un descenso clínicamente relevante del 20% a los seis y doce meses, atendiendo a la variable ausencia de consumo de benzodiazepinas. Tras un año, el 64,7% mantenía la abstinencia. Los pacientes objeto de la investigación realizaron al comienzo y a los seis meses un cuestionario validado de salud. Se observó una mejora en el comportamiento mental, al igual que una mejora estadísticamente significativa de la ansiedad y la depresión en el grupo que consiguió la deshabitación¹⁷.

En un grupo de pacientes mayores de 65 años en el que el 60% de ellos habían tomado benzodiazepinas más de diez años, se demostró que la deshabitación les mejoraba a nivel cognitivo y psicomotor y que la eficacia del medicamento era mínima debido a la tolerancia que se presentaba al mismo. En este estudio, el 80% de los pacientes logró dejar las benzodiazepinas a los seis meses¹⁸.

Un ensayo multicéntrico en el cual participaron 532 pacientes que tomaban benzodiazepinas durante más de seis meses, la eficacia de la intervención estructurada con y sin visitas de seguimiento fue similar, consiguiendo un 45% de abandonos, entendiendo como abandono abstinencia tras doce meses, comparado con un 15% del grupo control¹⁰.

III. Alternativas para tratar el insomnio:

➤ Fármacos:

↪ Melatonina:

Indicada en monoterapia para el tratamiento a corto plazo del insomnio primario caracterizado por un sueño de mala calidad, en pacientes mayores de 55 años. No es eficaz en el insomnio derivado de otros problemas ni en trabajadores con turnos nocturnos. La duración máxima aconsejada del tratamiento son trece semanas

Puede modificar la latencia, la duración total del sueño, la calidad del sueño y la capacidad para desempeñar actividades habituales al día siguiente, dado que actúa sobre el receptor MT1 encargado de la inducción del sueño y sobre MT2 encargado de la sincronización del ciclo circadiano¹⁹.

↪ Antidepresivos:

Aprovechando su uso fuera de indicación a dosis subterapéuticas.

Pueden mejorar a corto plazo el insomnio ligado a depresión, pero no hay evidencia de su beneficio tras una utilización a largo plazo.

Los más prescritos son: doxepina, mirtazapina, amitriptilina, trimipramina y trazodona^{10,11}.

↪ Antihistamínicos AH1:

Aprovechando su efecto secundario de somnolencia.

Una de sus desventajas es el rápido desarrollo de tolerancia hipnótica que origina una retirada brusca del medicamento y un insomnio de rebote.

Su balance beneficio/riesgo es desfavorable debido a sus efectos secundarios anticolinérgicos, las posibles alteraciones cognitivas y la somnolencia diurna entre otros.

En el caso de los ancianos según los criterios Beers este tipo de fármacos se describen como potencialmente inadecuados para tratar el insomnio.

Los más prescritos son: difenhidramina, clorfeniramina, prometazina, hidroxizina y doxilamina^{10,11}.

↪ Clometiazol:

Alternativa frente a las benzodiacepinas en ancianos que presentan confusión e insomnio propio de la edad.

Varias investigaciones han comparado ambos fármacos concluyendo que no presentan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la eficacia y a la tolerancia.

Presenta dependencia física y psíquica en tratamientos superiores a los diez días, por lo que su uso es limitado^{10,11}.

➤ Plantas medicinales:

↪ Amapola de California:

Nombre científico: *Eschscholzia californica Cham.*

Parte utilizada: parte aérea florida.

Contiene la eschscholtzina, un hipnótico natural de la familia de los alcaloides. Este compuesto ejerce un efecto beneficioso sobre la calidad del sueño en la fase de conciliación. Es sedante, aunque sin ser narcótica. Combate el estrés y permite reducir el nerviosismo que producen los trastornos del sueño. Posee propiedades antiespasmódicas, por lo que está indicada para atenuar los espasmos y calambres que acompañan a algunos trastornos del sueño.

↪ Espino albar:

Nombre científico: *Crataegus laevigata*

Parte utilizada: sumidad florida.

Contiene hiperósido y vitexina, los cuales actúan como reguladores del ritmo cardíaco. Disminuyen las palpitaciones en personas con ansiedad y nerviosismo. También ejerce actividad sedante en el sistema nervioso central, mitigando el nerviosismo, la tensión y la irritabilidad. Esta característica permite reducir la dificultad para dormir.

↪ Hipérico:

Nombre científico: *Hypericum perforatum L.*

Parte utilizada: sumidad florida.

Contiene hipericina, a la que se le otorga efectos antidepresivos y soporíferos. Es una buena opción para tratar la depresión ligera y moderada ya que actúa frente a los estados de decaimiento que cursan con pérdida de interés, cansancio y alteraciones del sueño.

↪ Melisa:

Nombre científico: *Melissa officinalis L.*

Parte utilizada: hoja.

Presenta una acción sedante y beneficiosa sobre el nerviosismo, la tensión y la ansiedad. Del mismo modo, favorece el sueño.

↪ Pasiflora:

Nombre científico: *Passiflora incarnata L.*

Parte utilizada: parte aérea.

Contiene flavonoides y alcaloides responsables de su efecto sobre los trastornos del sueño, restaurando progresivamente un sueño reparador y de calidad en personas con insomnio.

Suele recomendarse en casos moderados de estrés mental y para ayudar a dormir.

↪ Pavolina:

Nombre científico: *Papaver rhoeas L.*

Parte utilizada: pétalo.

Contiene alcaloides los cuales actúan sobre las alteraciones del sueño. El efecto sedante que presenta ayuda a controlar el nerviosismo, la ansiedad y la irritabilidad.

↪ Rhodiola:

Nombre científico: *Rhodiola rosea*

Parte utilizada: rizoma.

Colabora con el organismo para que este se adapte a la tensión emocional y al esfuerzo físico. Además ayuda a disminuir la fatiga mental.

↪ Valeriana:

Nombre científico: *Valeriana officinalis L.*

Parte utilizada: raíz.

Posee efectos sedantes, y relajantes. Del mismo modo favorece la conciliación del sueño, el descanso, las jaquecas nerviosas y la depresión.

Hay numerosas plantas medicinales que presentan características similares a las anteriormente citadas, para tratar los trastornos del sueño, pero las mencionadas son las más habituales para dichas indicaciones.

Por tanto, las plantas medicinales son una buena opción para tratar el insomnio como alternativa al uso de benzodiacepinas.

Asociaciones:

- ⇒ Estrés: Espino albar + Rhodiola
- ⇒ Nerviosismo: Espino albar +/o Rhodiola +/o Melisa +/o Valeriana
- ⇒ Problemas de conciliación del sueño: Espino albar + Pavolina
- ⇒ Deshabitación de hipnóticos/ansiolíticos: Espino albar + Pasiflora
- ⇒ Pesadillas: Pasiflora + Pavolina²⁰

Aunque todas estas plantas medicinales tienen muy bien descritos estos posibles empleos, en la actualidad es necesario seguir realizando estudios que evidencien su beneficio en el tratamiento del insomnio. Aun así, una infusión nocturna siempre va a aportar un momento de relajación y tranquilidad previo a acostarse y facilitar así la transición al sueño²¹.

Un metanálisis comparó la eficacia de la valeriana versus el placebo. Los resultados revelaron un aumento no significativo del tiempo de latencia del sueño favorable a la valeriana y una mejora de la calidad subjetiva del sueño²².

Las benzodicepinas suponen costes sociales y sanitarios, que constituyen una carga importante a nivel económico y social. Estos costes se pueden clasificar en dos:

- ⇒ Costes directos: Derivados de la prescripción de recetas.
Las benzodicepinas suponen el 5,6% de los medicamentos prescritos en el Sistema Nacional de Salud implicando un total de 52.603.700 envases en 2016, que repercuten en un gasto de 97.941.400 € (PVP-IVA: Precio de Venta al Público - Impuesto sobre el Valor Añadido)²³.
- ⇒ Costes indirectos: Derivados de su uso prolongado.
Aumento del riesgo de accidentes; fracturas de cadera, lo que supone un coste medio de 8.365 € por estancia; intentos de suicidio; comportamientos agresivos; agresiones físicas; costes de la terapia cognitivo conductual; etc¹¹.

Estos costes se verían disminuidos si los tratamientos con benzodicepinas se prescribiesen solo cuando fuesen estrictamente necesarios y se realizasen las revisiones oportunas para proceder a su retirada en el momento pertinente.

También es importante recordar que en nuestro país contamos con 22.046 farmacias, lo que supone una farmacia por cada 2.112 habitantes y que el 99% de la población dispone de al menos una oficina de farmacia en su lugar de residencia²⁴. Dicho de otra forma, el farmacéutico es el profesional de la salud más accesible al ciudadano y sobre el que nos podemos apoyar para llevar a cabo esta labor de deshabitación, seguimiento y apoyo al paciente en el proceso de tratar su adicción a las benzodicepinas.

CONCLUSIONES.

Hay población que consume este tipo de fármacos sin receta médica, pero supone tan solo un 2,7% de la población.

Es preciso realizar más estudios que nos permitan identificar y conocer mejor que factores llevan a la población consumir este tipo de medicamentos, dado que sería un gran pilar sobre el que basar políticas, programas y estrategias para prevenir y tratar la adicción a benzodicepinas.

Es importante saber la causa de insomnio del paciente antes de administrar cualquier tipo de hipnótico, muchas veces un tratamiento óptimo del insomnio crónico se basa en modificar conductas en lugar de tomar fármacos; dicho de otro modo, prescribir una benzodicepina sólo cuando las medidas de higiene del sueño, las técnicas de relajación y las técnicas psicológicas para manejar el estrés y la ansiedad no han sido favorables para tratar el insomnio y a su vez suspender el tratamiento cuando ya no sea necesario.

No debemos afirmar ahora que el uso de las benzodiazepinas debería estar prohibido. Estos fármacos son importantes para determinadas afecciones a corto plazo, como indican las fichas técnicas de los mismos. Se aconseja no superar las doce semanas en trastornos de ansiedad y las cuatro, en trastornos de insomnio; incluyendo siempre en ese tiempo el periodo de retirada del medicamento, el cual debe ser gradual y nunca brusco. Aún así hay que tener en cuenta los efectos adversos a corto y largo plazo, además de la dependencia que pueden causar en la persona que los consuma.

En el momento en el que el paciente acude al médico a tratar su insomnio ambos deben considerar y reflexionar sobre qué camino debe escoger para tratar el problema.

El paciente debe conocer los efectos adversos que presentan las benzodiazepinas y es muy importante remarcarle si finalmente se decide tratarlo con estos medicamentos, que debe seguir la pauta de tratamiento que le marque el médico, la cual no sobrepasará las cuatro semanas de duración.

Tanto en la prescripción por parte del médico, como en la dispensación por parte del farmacéutico es importante recalcar al paciente la duración del tratamiento con benzodiazepinas.

No se debe olvidar la importancia de planificar revisiones al médico para que este evalúe el estado del paciente durante el tratamiento, así como la pauta de retirada cuando llegue el momento oportuno.

Un papel significativo de los profesionales de la salud es educar a la población en el cuidado de la salud y en referencia al tema que abarca el presente estudio, educar al paciente sobre todo por parte del profesional del medicamento, que es el farmacéutico, del riesgo que presenta el mal uso de los fármacos.

A la hora de llevar a cabo la deshabitación hay que seguir una serie de pasos que nos van a ayudar a llegar a nuestro objetivo:

1. Identificar pacientes susceptibles de ser deshabitados y buscar la causa de la prescripción, ya que en repetidas ocasiones este tipo de medicamentos se prescriben en ingresos hospitalarios y se conservan después del alta, aunque ya no exista la causa que llevó a su prescripción.
2. Informar al paciente a través de intervenciones sobre la necesidad de disminuir el consumo del fármaco, por sus efectos perjudiciales derivados de un uso a largo plazo e implicarle en el proceso de la retirada, ya que sin su cooperación es prácticamente imposible limitar el consumo.
3. Valorar la dependencia que presenta el paciente a la benzodiazepina.
4. Ejecutar el plan de retirada en función del perfil del paciente.

Varios estudios llegan a la idea, de que una intervención mínima para la desprescripción de benzodiazepinas resulta eficaz y duradera siempre que se establece junto con el paciente el calendario de retirada a seguir y contando con el apoyo profesional que la persona requiera. Además siempre es ventajoso para conseguir la deshabitación a la benzodiazepina dar por escrito la pauta de retirada al paciente.

Como solución a la deshabituación puede ser conveniente ayudarnos de plantas medicinales con características apropiadas para tratar alteraciones del sueño. De esta forma, ayudándonos del protocolo de actuación propuesto en la hoja 8 del presente trabajo, a medida que disminuimos la dosis de fármaco podemos irnos ayudando de infusiones a base de plantas medicinales.

	Dosis de benzodiacepina	Infusión
Etapa 1	↓	↑
Etapa 2	↓↓↓	↑↑↑
Etapa 3	-	↑

Como solución a este problema de adicción a benzodiacepinas se debería contar con la ayuda del farmacéutico que trabaja en oficina de farmacia, dado que posee grandes cualidades y conocimientos para llevar a cabo esta tarea de vigilancia y ayuda al paciente en el proceso de deshabituación al fármaco.

La atención farmacéutica ha demostrado reducir el número de prescripciones inapropiadas y los problemas relacionados con la medicación.

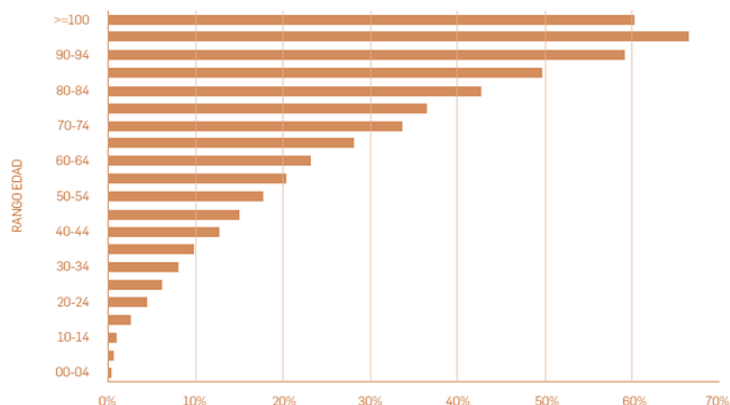
La labor en el tratamiento de la adicción a benzodiacepinas está dentro de las competencias del farmacéutico en la atención farmacéutica. Una intervención por parte de este profesional sanitario mejoraría el uso de las benzodiacepinas y conllevaría una mejora del estado de salud del paciente.

El farmacéutico es el profesional sanitario más accesible al paciente y al que muchos recurren a consultar antes de ir al médico u otro profesional de la salud.

Es importante contar con el papel que desempeña la farmacia comunitaria para ayudar en el tratamiento de la adicción a benzodiacepinas.

Por último recordar que las benzodiacepinas conllevan una importante carga económica a nivel directo e indirecto, los cuales se podrían disminuir realizando un buen uso del medicamento.

Anexo 1. Porcentajes de pacientes tratados con benzodiacepinas según rangos de edad¹⁰.



Anexo 2. Test de predicción de dependencia a hipnóticos²⁵.

Requisito	Puntuación
Benzodiazepinas	3
Dosis superiores a la dosis media	2
Duración > 3 meses	2
Personalidad dependiente/ historia de dependencia a drogas y alcohol	2
Vida media corta	2
Tolerancia o aumento de dosis	2

➤ Resultados:

- ⇒ 1-4: cierto riesgo de dependencia, retirada gradual mínimo dos semanas.
- ⇒ 5-8: elevado riesgo de dependencia, retirada gradual entre cuatro y doce semanas.
- ⇒ 8-13: dependencia presente. Programa de retirada individualizado.

Anexo 3. Benzodiazepinas: vida media y dosis orales equipotentes¹⁰.

Principio activo	Vida media (horas)	Dosis aproximada (mg)
Hipnóticos		
Acción corta:		
Zolpidem	1,5-2,4	10
Acción intermedia:		
Lormetazepam	11-30	0,5-1
Ansiolíticos		
Acción intermedia:		
Alprazolam	12-15	0,25-0,5
Lorazepam	11-30	0,5-1
Acción larga:		
Diazepam	20-100	5

Anexo 4. Medidas higiénico sanitarias¹⁰.

- ✓ Reducir/evitar el consumo de bebidas estimulantes como la cafeína, así como alcohol o hipnóticos.
- ✓ Evitar comidas copiosas antes de irse a la cama.
- ✓ Crear un ambiente adecuado para dormir evitando aparatos eléctricos en las horas previas, al igual que la luz y los ruidos dado que pueden importunar nuestro descanso.
- ✓ Acostarse y levantarse todos los días a la misma hora, para crear una rutina aprovechando los ciclos de luz para ajustar los horarios.
- ✓ Evitar siestas durante el día.
- ✓ Realizar ejercicio moderado al final de la tarde y evitarlo antes de irse a dormir.
- ✓ Evitar actividades estresantes en las horas previas a acostarse.
- ✓ Practicar ejercicios de relajación antes de ir a la cama.
- ✓ Tomar duchas de agua a temperatura corporal por su efecto relajante.
- ✓ Irse a dormir solo cuando se tenga sueño.
- ✓ Evitar quedarse en la cama despierto más del tiempo necesario.

BIBLIOGRAFÍA.

- ¹ Sociedad Española de Neurología. 15 de marzo de 2019: Día Mundial del Sueño. 2019.
- ² Rang H.P, Ritter J.M, Flower R.J, Henderson G. Rang y Dale Farmacología. 8th ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences Spain - T; 2016.
- ³ Correo Farmacéutico. Deshabitación de benzodicepinas: un posible servicio asistencial muy necesario. 2019.
- ⁴ Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS. Uso de benzodicepinas en España (1992-2006). 2019.
- ⁵ Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. 2019.
- ⁶ Matud Aznar M, García Pérez L, Bethencourt Pérez J, Rodríguez-Wangüemert C. Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. 5th ed. Journal of feminist, gender and women studies. 2017. p. 23-29.
- ⁷ National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services.
- ⁸ Baker MJ, Greenwood KM, Jackson M, et al. Cognitive effects on long- term benzodiazepine use: a meta-analysis. CNS Drugs. 2004. p: 37-48.
- ⁹ Hayhoe B, Lee-Davey J. Tackling benzodiazepine misuse. The BMJ. 2018. p. 1-2.
- ¹⁰ Azparren Andía A, García Romero I. Estrategias para la deprescripción de benzodicepinas. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. 2014;(Vol 22 N°2):1-10.
- ¹¹ Martínez García, González Gero, Cano Hinarejos, Caniego Rodrigo, Lara Olivares, Muharram Rey. Estrategias en la retirada de benzodicepinas: otras alternativas. Boletín farmacoterapéutico de Castilla La Mancha. 2012;(Vol. XIII N°5)p:1-7.
- ¹² Velert , Velert M, Salar L, et al. Adecuación de la utilización de benzodicepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. Atención primaria. 2012.
- ¹³ González M, Cabrero P, Lancho S, Torres Sánchez A. consumo crónico de benzodicepinas en ancianos. Atención primaria.2004.
- ¹⁴ Roca M, Delgado L. Retirada del tratamiento con benzodicepinas. Builetí d'informació terapeutica. 2011. p: 3-12

-
- ¹⁵ Roca Andreu M, Delgado Cruz L. Retirada del tratamiento con benzodiazepinas. Butlletí d'informació terapèutica. 2011;(Vol 22 N° 2).
- ¹⁶ De Gier NAH, Gorgels WJMJ, Lucassen PLBJ, Oude Voshaar R, Mulder J and Zitmans F. Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10 year follow up. Family Practice. 2011.
- ¹⁷ López-Peig C, Mundet X, Casabella B del Val JL, Lacasta D y Diogene E. Analysis of benzodiazepine withdrawal program managed by primary care nurse in Spain. BMC Research Notes. 2012.
- ¹⁸ Curran HV, Collins R, Fletcher S, Kee SCY, Woods B and Iliffe S. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. Psychological medicine. 2003.
- ¹⁹ Ficha técnica Circadin 2 mg 30 comprimidos de liberación prolongada. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.
- ²⁰ Guía práctica de plantas medicinales y activos naturales. ABC de las plantas. 2017. p:18-57.
- ²¹ Prescire Rédaction. Plaintes d'insomnie chez les adultes: traitement non médicamenteux et phytothérapie. 2012. N°343
- ²² Fernández San Martín MI, Masa Font R, Palacios Soler L, Sancho Gómez P, Calbó Caldentey C, Flores Mateo G. Effectiveness of Valerian on insomnia: a meta-analysis of randomized placebo controlled trials. Sleep Med. 2010.
- ²³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Prestación Farmacéutica: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017.
- ²⁴ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceúticos. Estadísticas de Colegiados Farmacéuticos y Farmacias Comunitarias 2017. 2018.
- ²⁵ Tyrer P. ABC of sleep disorders: withdrawal from hypnotic drugs. BMJ. 1993. p: 706-708.

Imágenes:

Katzung B, Masters S, Trevor A. Basic & clinical pharmacology. 12th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2012.