

Tratamiento de deshabituación de las benzodiacepinas

Tratamiento de deshabituación de las benzodiacepinas

Indicación deshabituación benzodiacepinas

Consumidores de benzodiacepinas que cumplen criterios diagnósticos de dependencia de DSM-IV.

La enfermedad que causo la indicación del fármaco no está en fase activa.

No padece enfermedad mental grave.

No existe adicción a otros fármacos o drogas.

Deseo del paciente de interrumpir el consumo.

Criterios diagnósticos de dependencia a las benzodiacepinas según DSM-IV (versión reducida)

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres(o más) de los siguientes ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses.

Tabla 1.

1.	Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a. Necesidad de aumentar notablemente las cantidades de sustancia para conseguir efecto deseado. b. Marcada disminución del efecto tras el empleo continuado de la misma cantidad de sustancia.
2.	Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a. Presencia de un síndrome específico debido al cese o reducción de un consumo prolongado y en grandes cantidades. Aparecen dos (o más) de los siguientes síntomas: hiperactividad autónoma, temblor de manos, insomnio, náuseas o vómitos, ilusiones o alucinaciones transitorias (de tipo visual, táctil o auditivo), agitación psicomotora, ansiedad y convulsiones epilépticas. b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3.	La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4.	Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.
5.	Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (ej; múltiples visitas a consulta).
6.	Reducción importante de actividades sociales y laborales debido al consumo de la sustancia.
7.	Se continúa tomando sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos que parecen causados o exacerbados por el consumo.

Tratamiento de deshabituación de las benzodiacepinas

Interés de la deshabituación

El tratamiento con benzodiazepinas a largo plazo produce una serie de inconvenientes: capacidad para producir dependencia, aumento del riesgo de accidentes de tráfico, incremento del riesgo caídas y fracturas de cadera y, finalmente, deterioro de memoria. La dependencia será mayor si la duración del tratamiento es larga, si la dosis consumida es alta, si se utiliza una benzodiazepinas de vida media corta o si hay antecedentes de dependencia a otras drogas.

Método de la deshabituación

Descender entre un 10 a 25 % la dosis total diaria cada 2-3 semanas aproximadamente, acercándose al 10% cuanto mayor estimemos que es la dependencia y al 25% cuando supongamos una dependencia menor.

Es preferible repartir y espaciar las dosis, dando la última dosis por la noche.

Si apareciesen síntomas de abstinencia, mantendremos la misma dosis unas semanas más antes de bajar al siguiente escalón, o incluso podemos volver a la dosis previa.

Las etapas para reducir las dosis serán más largas cuanto más elevado sea el nivel de dependencia.

En pacientes que consuman benzodiacepinas de vida media corta, es preferible cambiar por otra de vida media larga como, por ejemplo, el diazepam. La dosis diaria de diazepam debe ser equivalente a la de la benzodiazepinas consumida ([ver tabla 2](#)), pudiéndose fraccionar o dar en toma única nocturna para mejorar la calidad del sueño.

Fármacos sustitutivos

Los antidepresivos como la trazodona y la mirtazapina pueden añadir un beneficio a la tasa de deshabituación de los pacientes con insomnio, pudiéndose administrar a dosis de trazodona 100 o mirtazapina 15 mg respectivamente en dosis nocturnas.

Medidas no farmacológicas

Entrevistas semanales o quincenales.

Felicitar por la evolución y el logro conseguido.

Reforzar hábitos higiénicos de estrés e insomnio.

Técnicas de psicoterapia y modificación de conducta (Unidades de Conductas Adictivas).

Tratamiento de deshabituación de las benzodiacepinas

Prevención de la dependencia

Utilizarlas en períodos cortos y a la dosis mínima efectiva para la patología por la que se prescriben.

Si a la segunda semana del consumo no hay mejoría, replantearse diagnóstico y tratamiento.

Vigilar regularmente su efectividad y prestar atención al desarrollo de tolerancia.

Si se prevé un largo período de prescripción, utilizar benzodiazepinas de vida media larga.

No prescribir en pacientes con antecedentes de abuso de drogas, alcohol u otro tipo de fármacos.

Criterios de derivación (unidad de conductas adictivas)

Fracaso en un primer intento de deshabituación.

Dependencia alcohólica o consumo de drogas ilegales.

Patología psiquiátrica seguida en la unidad de salud mental.

Tratamiento de deshabituación de las benzodiacepinas

Tabla 2. Vida media y dosis orales equivalentes de las principales benzodiazepinas.

Principio activo (nombre comercial, presentación mg)	Vida Media (horas)*	Dosis equivalentes (mg)**
Acción ultracorta (<6h)		
Bentazepam (Tiadipona 25)	2-5	25
Botrizolam (Sintonal 0,25)	3-8	0,25
Triazolam (Halcion 0,125)	3-5	0,125-0,25
Acción corta (6-24h)		
Alprazolam (Trankimazin 0,25; 0,5; 1; 2)	12-15	0-25-0,5
Bromazepam (Lexatin 1,5; 3; 6)	10-20	3-6
Flunitracepam (Rohipnol 1; 2)	15-30	0,5-1
Loprazolam (Somnovit 1)	4-15	0,5-1
Lorazepam (Orfidal 1)	11-30	0,5-1
Lormetazepam (Loramet 1; 2)	11-30	0,5-1
Acción larga (>24h)		
Clobazam (Noiafren 10)	18	10
Cloracepato dipotásico (Tranxilium 5; 10; 15; 50)	30-48	7,5
Diazepam (2; 2,5; 5 y 10)	20-100	5
Flurazepam (Dormodor 30)	24-100	15
Halazepam (Alapryl 40)	30-100	10
Ketazolam (Sedotime 15; 30; 45)	6-25	7,5
Quazepam (Quiedorm 15)	40-55	10
Clonazepam (Rivotril 0,5; 2)	18-50	0,25-0,5
(*) La vida media presenta una considerable variabilidad individual.		
(**) Las dosis equivalentes varían según diferentes autores.		

Conflicto de interés

No declarados.

Autores

- Rosa Borrás Vila
Centro Salud de Manises (Valencia)
- Olga Pons Martínez
Centro Salud de Manises (Valencia)

Autor para correspondencia

- Rosa Borrás Vila
E-mail: rosetamari@hotmail.com

Bibliografía

1. Oude Voshaar RC, Couvée JE, Van Balkom A, Mulder P, Zitman F G. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use. British Journal of Psychiatry 2006; 189: 213-220.
2. Denis C, Fatséas M, Lavie E, Auriacombe M. Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la dependencia de benzodiacepinas en pacientes ambulatorios (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update software Ltd.
<http://www.update-software.com>
(Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
3. Vicens C, Fiol F, Llobera J, Campoamor F, Mateu C, Alegret S, Socías I. Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. Br J Gen Pract 2006; 56:958-963.
4. Oude Voshaar R.C, Gorgels W.J. Mol A.J, Van Balkom A, Mulder J, Van de Lisdonk E.H et al. Predictors of Long Term Benzodiazepine Abstinence in Participants of a Randomised Controlled Benzodiazepine Withdrawal Program. Can J Psychiatry 2006; 51: 445-452.
5. Vicens C, Fiol F, González E, Martínez E, Mateu C, Llobera J. Eficacia a largo plazo de una intervención para la deshabituación del consumo crónico de benzodiacepinas. Actas Esp Psiquiatr 2008; 36(0): 00-00.
6. Chandrasekaran P K. Employing mirtazapine to aid benzodiazepine withdrawal. Singapore Med J 2008; 49(6): e166-e167.