



## ¿Por qué un paciente toma una BZD o análogo?

Si no está seguro, averigüe si existe historial de ansiedad, consulta anterior al psiquiatra, si existe la posibilidad de que se hubiera iniciado en el hospital por insomnio, o por una reacción de duelo.

- Por el propio Insomnio O por el tratamiento de las comorbilidades subyacente al insomnio  
Para personas  $\geq 65$  años: que han estado tomando una BZD o análogo independientemente de la duración (no recomendado como tratamiento de primera opción en personas mayores)  
Para personas que tienen 18-64 años: que han estado tomando una BZD o análogo  $> 4$  semanas

- Otros trastornos del sueño (p.ej. piernas inquietas)
- Ansiedad, depresión, u otra condición física o mental no controladas que pueden estar causando o agravando el insomnio
- Las Benzodiazepinas son especialmente efectivas para tratar la ansiedad
- Abstinencia del alcohol

**Involucrar a los pacientes** (discutir los riesgos potenciales, beneficios, plan de retirada, síntomas y duración)

## Recomendar la Deprescripción

## Reducir progresivamente y luego retirar una BZD o análogo

(reducir progresiva y lentamente en colaboración con el paciente, por ejemplo  $\sim 25\%$  cada dos semanas, y si es posible, reducciones del  $12,5\%$  hacia el final y/o días programados sin fármacos)

- Para personas  $\geq 65$  años (recomendación fuerte según la revisión sistemática y la clasificación GRADE)
- Para personas de 18-64 años (recomendación débil según la revisión sistemática y la clasificación GRADE)
- Ofrecer consejos conductuales para dormir; considerar la TCC si está disponible (ver el reverso)

## Continuar con una BZD o análogo

- Minimizar el uso de fármacos que empeoran el insomnio (p.ej. cafeína, alcohol, etc.)
- Tratar la condición subyacente
- Considerar consultar con un psicólogo, psiquiatra o especialista del sueño

## Monitorizar cada 1-2 semanas mientras dure la reducción progresiva

Beneficios esperados:

- Puede mejorar el estado de alerta, la cognición, la somnolencia diurna y reducir las caídas

Síntomas de abstinencia:

- Insomnio, ansiedad, irritabilidad, sudoración, síntomas gastrointestinales (generalmente leves y duran desde días hasta unas pocas semanas)

Usar enfoques no-farmacológicos para controlar el insomnio

Usar enfoques conductuales y/o la TCC (ver el reverso)

Si los síntomas reaparecen:

Considerar

- Mantener la dosis actual de BZD o análogos durante 1-2 semanas, luego seguir reduciendo progresivamente a un ritmo lento

Fármacos alternativos

- Se han usado otros medicamentos para tratar el insomnio. La evaluación de su seguridad y eficacia va más allá del alcance de este algoritmo. Ver la guía de deprescripción de BZD o análogos para más detalles.

© Utilizar libremente, con crédito a los autores. No para uso comercial. No modifique ni traduzca sin permiso.  
 Este trabajo tiene una licencia internacional Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Contácte [deprescribing@deprescribing.org](mailto:deprescribing@deprescribing.org) o visite [deprescribing.org](http://deprescribing.org) para más información.

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Can Fam Physician 2018;64:339-51 (Eng), e209-24 (Fr)

Marzo 2024: Algoritmo traducido al español por Meryl Wyn Jones, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca de acuerdo con las Políticas de Traducción/Modificación del Equipo de Investigación de Deprescribing.org. Material original disponible en: <https://tinyurl.com/yag638uz>. \*Se han modificado del original productos y dosis de BZD y Análogos, según disponibilidad en España. \*Se ha reemplazado el contenido web de <https://mysleepwell.ca/> por <https://ses.org.es/pacientes/informacion-de-interes/>



INSTITUT DE RECHERCHE  
deprescribing.org Bruyère

RESEARCH INSTITUTE  
CIHR IRSC  
Canadian Institutes of Health Research  
Institut de recherche en santé du Canada



Cofinanciado por  
la Unión Europea



## Disponibilidad de BZD y análogos

BZD o análogos	Dosis
Alprazolam <sup>C, L</sup>	0.25, 0.5, 1, 2, 3 mg; 0,75 mg/ml
Bromazepam <sup>CA</sup>	1.5, 3, 6 mg
Clonazepam <sup>C, L, IV</sup>	0.5, 1, 2 mg; 2,5 mg/ml; 1 mg/ml
Clorazepato <sup>C, CA, IV, IM</sup>	5, 10, 15, 20, 50 mg
Diazepam <sup>C, CA, L, IM, IV, VR</sup>	2, 2.5, 5, 10, 25 mg; 2 mg/ml; 10 mg/2 ml
Flurazepam <sup>CA</sup>	30 mg
Ketazolam <sup>CA</sup>	15, 30, 45 mg
Lorazepam <sup>C, CD, IV, IM</sup>	0.5, 1, 2, 5 mg; 4 mg/ml
Triazolam <sup>C</sup>	0.125 mg
Zopiclona <sup>C</sup>	7.5 mg
Zolpidem <sup>C, CD</sup>	5, 10 mg

C = comprimido , CA = cápsula, CD = comprimido bucodispersable, L = líquido, IV = intravenosa, IM = intramuscular, VR = vía rectal

## Efectos adversos de las BZD o análogos

- Las BZD o análogos han sido asociados con:
  - la dependencia física, caídas, trastornos de la memoria, demencia, deterioro funcional, sedación diurna y accidentes de tráfico
- Los riesgos aumentan en las personas mayores

## Involucrar a pacientes y cuidadores

### Los pacientes deberían comprender:

- La razón de la deprescripción (los riesgos asociados al uso continuado de BZD o análogos, una eficacia reducida a largo plazo)
- Pueden producirse síntomas de abstinencia (insomnio, ansiedad) pero suelen ser leves, transitorios y de corta duración (de días a unas pocas semanas)
- Forman parte del plan de reducción progresiva, y pueden controlar la velocidad y duración de la reducción

## Reducir las dosis progresivamente

- No existen evidencias publicadas que sugieran que cambiar a BZD o análogos de acción larga reduzca la incidencia de los síntomas de abstinencia o sea más eficaz que reducir progresivamente las BZD o análogos de acción corta
- Si las formas de dosificación no permiten una reducción del 25%, considerar una reducción inicial del 50% y espaciar su consumo durante la última parte de la reducción, o cambiar a lorazepam u oxazepam para los últimos pasos de la reducción

## Gestión del comportamiento

### Cuidados primarios:

1. Acostarse sólo cuando se tenga sueño
2. No usar la cama o el dormitorio para nada más que dormir (o relaciones íntimas)
3. Si no logra conciliar el sueño en unos 20-30 minutos después de ir/volver a la cama, levántese y salga de la habitación
4. Usar un despertador para despertarse a la misma hora cada mañana
5. Evitar tomar siestas durante el día
6. Evitar consumir cafeína después del mediodía
7. Evitar hacer ejercicio, fumar, beber alcohol o comer en exceso al menos 2 horas de acostarse

### Cuidados institucionales:

1. Abrir las cortinas durante el día para recibir exposición a luz natural
2. Reducir el volumen de las alarmas al mínimo
3. Aumentar la actividad diurna e intentar evitar dormir durante el día.
4. Reducir el número de siestas (no más de 30 minutos y ninguna siesta después de las 2 de la tarde)
5. Ofrecer bebidas calientes descafeinadas y leche caliente por la noche
6. Limitar comer, tomar cafeína y fumar antes de la hora de dormir
7. Ir al baño antes de acostarse
8. Mantener horarios regulares para acostarse y levantarse
9. Evitar despertar durante la noche para cuidados directos
10. Probar un masaje suave de espalda o masajes generales suaves

## Usar la TCC

### ¿Qué es la terapia cognitivo conductual (TCC)?

- La TCC consta de 5-6 sesiones educativas sobre el sueño/insomnio, control de estímulos, restricción de sueño, higiene del sueño, formación en la relajación y apoyo.

### ¿Funciona?

- Se ha demostrado en ensayos que la TCC mejora los resultados del sueño con beneficios sostenidos a largo plazo

### ¿Quién puede ofrecerla?

- Los psicólogos clínicos suelen ser los especializados en la TCC, pero otros pueden ser formados o proporcionar aspectos de la educación en TCC. También hay programas de autoayuda disponibles

### ¿Cómo pueden los médicos y pacientes informarse sobre la TCC?

- Algunos recursos se pueden encontrar aquí: <https://ses.org.es/pacientes/informacion-de-interes/><sup>2</sup>

© Utilizar libremente, con crédito a los autores. No para uso comercial. No modifique ni traduzca sin permiso.



Este trabajo tiene una licencia internacional Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Contacate [deprescribing@deprescribing.org](mailto:deprescribing@deprescribing.org) o visite [deprescribing.org](http://deprescribing.org) para más información.

Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Can Fam Physician 2018;64:339-51 (Eng), e209-24 (Fr)

Marzo 2024: Algoritmo traducido al español por Meryl Wyn Jones, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca de acuerdo con las Políticas de Traducción/Modificación del Equipo de Investigación de Deprescribing.org. Material original disponible en: <https://tinyurl.com/yag638uz>. <sup>1</sup>Se han modificado del original productos y dosis de BZD y Análogos, según disponibilidad en España. <sup>2</sup>Se ha reemplazado el contenido web de <https://mysleepwell.ca/> por <https://ses.org.es/pacientes/informacion-de-interes/>



INSTITUT DE RECHERCHE  
deprescribing.org Bruyère RESEARCH INSTITUTE



GOBIERNO DE ESPAÑA  
MINISTERIO DE CIENCIA, INVESTIGACIONES Y UNIVERSIDADES



Instituto de Salud Carlos III

INSTITUT DE RECHERCHE  
deprescribing.org Bruyère RESEARCH INSTITUTE



CIHR IRSC  
Canadian Institutes of Health Research  
Institut de recherche en santé du Canada



Cofinanciado por la Unión Europea