

REPORTE DE SERIE DE CASOS

REPORTE DE SERIE DE CASOS: DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN PERSONAS MAYORES CON INSOMNIO.

CASE SERIES REPORT: DEPRESCRIPTION OF BENZODIAZEPINES IN OLDER ADULTS WITH INSOMNIA.

Maximiliano Pineda León,¹ Javier Searle León,² Daniela Sandoval Huenchual.³

¹ Médico Cirujano. Especialista en Medicina General Familiar. Departamento Técnico en Salud. Servicio de Salud Metropolitano Sur. Santiago. Chile. Correo electrónico: dr.pinedal@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9788-5807>

² Médico Cirujano, Especialista en Medicina General Familiar. Centro de Salud Familiar Cardenal Raúl Silva Henríquez. Municipalidad de Peñalolén. Santiago. Chile. Correo electrónico: jsearle.leon@comup.cl. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8772-5482>

³ Kinesióloga, Magíster en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile. Correo electrónico dsandoval@uchile.cl. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1142-5712>

Recibido: 31-03-2022 Aceptado: 00-00-2022 Publicado: 23-06-2022

Correspondencia:

Daniela Sandoval Huenchual,
Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar.
Gran Avenida 3100, San Miguel, Santiago. Código Postal 8900085.
Teléfono: (56-2) 25552716 – Fax: (56-2) 5563211
Email: dsandoval@uchile.cl

RESUMEN

Introducción: las benzodiazepinas son una familia de medicamentos extensamente utilizadas. Pese a lo conocido y recomendado de su uso en cortos periodos de tiempo para manejar el insomnio; en muchos casos se ha visto prolongada su prescripción, constituyendo finalmente un tratamiento crónico que no está exento de efectos adversos sobre todo en adultos mayores. Si bien existen protocolos respecto a la prescripción de las benzodiazepinas, existen pocas experiencias positivas respecto a la deprescripción de estos fármacos en personas mayores con insomnio. *Objetivo:* presentar una intervención de deprescripción farmacológica en personas mayores con dependencia a benzodiazepinas en atención primaria. *Métodos:* seis personas mayores sin comorbilidad psiquiátrica participaron en una intervención consistente en una consejería informativa estructurada realizada por Residente de Medicina Familiar. A través del diseño de serie de casos, los resultados fueron objetivados mediante cuatro instrumentos con el fin de caracterizar la somnolencia diurna, gravedad del insomnio, calidad del sueño y latencia y horas de sueño. *Resultados:* al finalizar la intervención se obtuvo la deprescripción efectiva en cinco de los seis pacientes evaluados, logrando en todos ellos una mejoría en los parámetros medidos, resultados que se mantuvieron hasta el cierre de este reporte. *Conclusiones:* este reporte de serie de casos permite vislumbrar una alternativa factible y replicable de implementar en la atención primaria de salud, resaltando la figura del médico de familia en el aumento de la resolutivez del sistema.

Palabras Clave: benzodiazepinas, deprescripción, persona mayor, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: benzodiazepines are a widely used family of drugs. Despite the recommendation for only short-term use in management of insomnia; In many cases its prescription has been prolonged, constituting a chronic treatment that is not exempt from adverse effects, especially in older adults. Although there are protocols regarding the prescription of benzodiazepines, there are few positive experiences regarding the deprescription of these drugs in elderly people with insomnia. *Objective:* to present a pharmacological deprescription intervention in elderly people with dependence on benzodiazepines in a primary health care setting. *Methods:* six elderly people without psychiatric comorbidity participated in an intervention that consisted of a structured informative counseling, carried out by a Family Medicine Resident. Within the case series design, results were measured through four instruments that characterize daytime sleepiness, severity of insomnia, quality of sleep and latency and hours of sleep. *Results:* at the end of the intervention, effective deprescription was obtained in five of the six patients evaluated, achieving in all of them an improvement in the features measured, results that were maintained until the closing of this report. *Conclusions:* this case series report allows us to glimpse a feasible and replicable alternative to implement in primary health care, highlighting the figure of the family doctor in increasing the resolution capacity of the system.

Keywords: benzodiazepines, deprescribing, aged, primary healthcare

INTRODUCCIÓN.

Las Benzodiazepinas (BDZ) son una familia de fármacos de efectos sedantes, hipnóticos, anticonvulsivantes y relajantes musculares. Desde la

década del 80' existe alerta sobre sus efectos adversos, dada la práctica de mantener su uso por períodos prolongados con escasa supervisión médica. ⁽¹⁾

El uso inadecuado de las BDZ ha sido relacionado a cuadros de dependencia ⁽²⁾ sobre todo en personas mayores, ya que los cambios en la farmacocinética y la farmacodinamia inducidos por la edad, así como por la polifarmacia ⁽³⁾; generan mayor potencial de dependencia en este grupo. Pese a esto en América Latina ^(4, 5) y Chile ⁽⁵⁻⁷⁾ la prevalencia de uso sigue siendo elevado.

Ahora bien, el insomnio es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria de Salud (APS) ⁽⁸⁾ y pese a que las recomendaciones actuales plantean el manejo de la causa del insomnio y la mejora de la "higiene del sueño", las BDZ son de indicación frecuente en población de edad avanzada para los trastornos del sueño. ⁽⁷⁻¹¹⁾ Por otro lado, la aparición de los hipnóticos no benzodiazepínicos o *Z-drugs*, pese a un inicio promisorio no han demostrado mejor evidencia en cuanto a efectos adversos a corto y largo plazo en personas mayores. ⁽¹²⁾

Entre los efectos adversos de las BDZ en personas mayores, destaca el riesgo de caídas (tanto con uso prolongado como en periodos breves), ⁽¹³⁾ riesgo de fracturas por caída, ⁽¹⁴⁾ deterioro de la cognición, ^(15, 16) cefalea crónica y, contradictoriamente somnolencia diurna y problemas para conciliar el sueño. ⁽¹⁷⁾ Todo esto hace necesario la implementación de iniciativas para la deprescripción de estos fármacos. En Chile destacan los protocolos del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), de los Centros Áncora de la Pontificia Universidad Católica, así como diferentes protocolos extranjeros. El protocolo del SSMN ⁽¹⁸⁾ propone reducción gradual de dosis dentro de ciertos parámetros de

tiempo sin considerar la consejería ni otros apoyos farmacológicos en el transcurso de la deprescripción, sugiriendo el uso de terapias complementarias para manejar los síntomas de abstinencia. De no haber éxito, se plantea derivar a nivel secundario. El protocolo de los centros Ancora ⁽¹⁹⁾ plantea un manejo escalonado, partiendo por la prescripción adecuada y un plan de intervenciones de progresiva complejidad para la disminución del fármaco una vez instalado. Destaca la consejería estandarizada con o sin uso de fármacos de apoyo, debiendo derivarse a psicoterapia si esta medida no es efectiva. El metanálisis realizado por *Darker*, ⁽²⁰⁾ evalúa distintas intervenciones psicosociales para el manejo del uso prolongado de BDZ, usando como corte la disminución de al menos 50,0 % de la dosis a 3, 6 y 12 meses. En ellas destaca la consejería realizada por médico de familia como una estrategia exitosa, pero que podría perder utilidad a los 3 meses. También se evalúa la entrevista motivacional, con bajo nivel de éxito y la psicoterapia como estrategia más confiable a corto, mediano y largo plazo.

Se evidencia que las propuestas actuales para el manejo del uso prolongado o persistente de BDZ son múltiples, ⁽²⁰⁾ con esquemas de intervención muy variados, poco sistemáticos y con escasa evidencia sobre su efectividad. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es presentar una intervención de deprescripción farmacológica en adultos mayores con dependencia a benzodiazepinas en atención primaria.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Los casos corresponden a seis personas mayores de 65 años usuarias del Centro de Salud Familiar Barros Luco, ubicado en la comuna de San Miguel

en Santiago de Chile, en quienes se detectó uso de BDZ o *Z-drug* mayor o igual a 1 año, considerado como uso persistente ⁽²⁰⁾ y que le fue prescrito para el tratamiento de insomnio. En cuatro pacientes el insomnio fue de conciliación y en dos de mantención; por tal motivo fueron derivados a intervención ejecutado por un médico Residente de tercer año del Programa de Especialización en Medicina General Familiar. Esta serie de casos tuvo como criterio de exclusión a personas que contaban con comorbilidad psiquiátrica, establecida mediante historia y evaluación clínica inicial con médico tratante. Al momento de la evaluación inicial en ningún paciente se constató la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

Características demográficas y relativas al uso de BDZ al inicio se muestran en la Tabla 1 (Anexo). El grupo estuvo constituido por cuatro mujeres y dos hombres, el promedio de edad fue de 71 años. La mayoría declaró haber cursado un nivel de instrucción medio o superior y llevaban en promedio 10,2 años de consumo de BDZ. Ninguno consumía cafeína en exceso, y solo una paciente declaró consumo de melatonina como coadyuvante. Un paciente declaró ser fumador, con un nivel de consumo de 10,6 paquetes por año, lo cual coincidió con ser el paciente que más tiempo demoró en lograr el alta. La hora habitual de ingesta de BDZ fue a las 22:30 hrs.

Cada paciente firmó voluntariamente el consentimiento informado donde se explicaron los alcances de la intervención y se aseguró la confidencialidad de los datos, acorde con la aprobación de comité de ética.

En la entrevista inicial se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos relevantes, hábitos de consumo que pudieren afectar el sueño, uso de

fármacos, incluyendo de manera detallada el uso de BDZ. Además, se aplicaron cuatro instrumentos para medir dimensiones del sueño: gravedad del insomnio (Índice de gravedad del insomnio o IGI), ⁽²¹⁾ somnolencia diurna (Escala de somnolencia de *Epworth* o ESE), ⁽²²⁾ calidad del sueño (índice de Calidad del Sueño de *Pittsburgh* o ICSP) ⁽²³⁾ y adherencia a tratamiento (Test de *Morisky-Green-Levine* o TMGL). ⁽²⁴⁾ Además, se incorporaron preguntas de tamizaje de síntomas depresivos, dada la alta correlación entre insomnio y depresión. ^(25, 26) Estos instrumentos fueron aplicados al término de cada sesión a modo de objetivar los síntomas y la evolución. Cada sesión constó de 45 minutos de entrevista, más 15 minutos de registro.

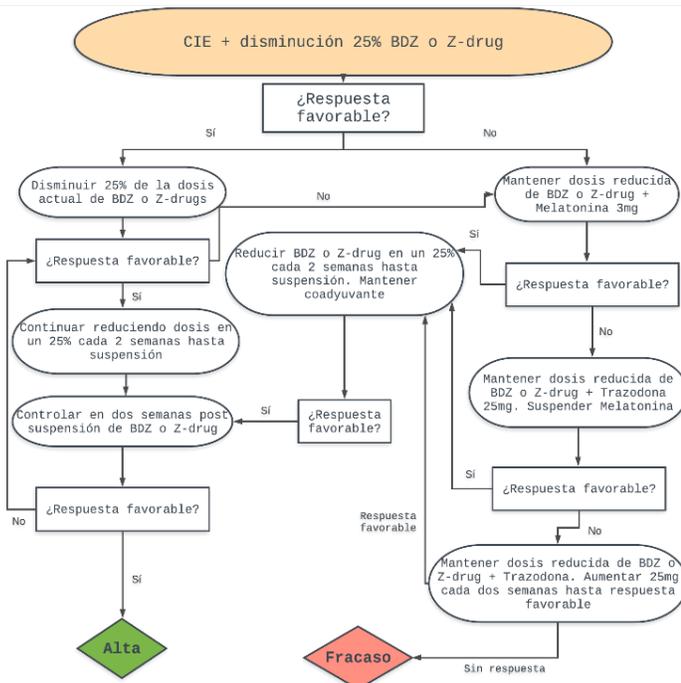
La intervención consistió en la realización de una Consejería Informativa Estructurada (CIE). Las áreas abordadas en las sesiones se muestran en la Tabla 2; en todas se utilizó la estrategia de educación para adultos como herramienta educativa en salud. Al inicio se realizaron actividades de sociabilización entre paciente y tratante, para luego determinar qué es lo que el usuario conocía sobre el sueño normal y patológico y sobre el uso de BZD y sus riesgos. Esta fase permitió al médico determinar el enfoque de intervención a realizar, por ejemplo: en pacientes que no conocían los riesgos del consumo se dedicó tiempo a generar incertidumbre sobre el uso de BZD y buscar en conjunto con el paciente conocimientos sobre los riesgos y beneficios en su vida personal y social de deprescribir el fármaco; mientras que con aquellos que tenían conocimiento acerca de los riesgos se procedió a generar metas de deprescripción informando sobre los efectos secundarios de la titulación de la dosis y sintomatología que pudiese aparecer durante el proceso de deprescripción.

Tabla 2. Áreas abordadas en Consejería Informativa Estructurada

Higiene del sueño	Efectos secundarios de BDZ y Z-drugs
Usos de BDZ y Z-drugs	Diferencias entre Dependencia y Adicción
Porqué se empezó a usar BDZ y Z-drugs para Trastornos del Sueño	Mecanismos que BDZ y Z-drugs producen Demencia

En conjunto con las consejerías se procedió a la reducción paulatina de la BDZ o Z-drug según algoritmo de deprescripción (Figura 1). Después de cada modificación del tratamiento se esperaron 2 semanas para evaluar los resultados. En todos los pacientes se constató que no estuviesen con otras intervenciones de deprescripción asociadas.

Figura 1. Algoritmo de deprescripción de BDZ



Para el alta se establecieron los siguientes criterios: mantención de suspensión del fármaco en el último

control, llegar al 50 % de la dosis inicial de BDZ o Z-drug, con una calidad de sueño aceptable y no lograr una calidad de sueño aceptable, pese al uso de los coadyuvantes, o no lograr una disminución de al menos un 50 % de la dosis inicial (fracaso terapéutico).

Se consideró abandono del tratamiento cuando el paciente no asiste a control pese a haber sido contactado el día previo, sin justificación, no se logra contactar al paciente vía telefónica o el paciente declara no querer seguir participando.

Como resultados, los seis casos incluidos en el reporte lograron el alta. Cinco dejaron totalmente el fármaco, lo que se mantuvo hasta el cierre de este reporte (entre 4 a 10 meses posterior al alta); solo un paciente fue dado de alta por fracaso terapéutico. No se observaron criterios de abandono del tratamiento en ningún paciente. De los cinco que dejaron la BDZ o Z-drugs, sólo uno no necesitó alguna ayuda farmacológica para conciliar el sueño, siendo Trazodona (a dosis de 75-100 mg) el fármaco utilizado. Melatonina sólo tuvo efecto en un paciente (Tabla 3). Cinco de seis pacientes necesitaron seis sesiones para lograr el alta, mientras que uno necesitó de nueve sesiones. La mediana de tiempo requerido para el desarrollo de las sesiones y logro del alta fue de 3,75 meses.

Tabla 3: Medicamentos usados al final de la Intervención

Medicamentos	Cantidad de Pacientes	Miligramos (promedio)
Trazodona	3	91,7
Melatonina	1	3,0
Ninguno	1	0,0
BDZ (Lorazepam)	1	3,0

Todos, incluido el caso de alta por fracaso terapéutico, lograron mejoría en sus indicadores. Incluso en el tamizaje de trastorno del ánimo (Tabla 4).

Tabla 4: Resumen resultados de la intervención

	INICIO		FINAL	
	N°	%	N°	%
TAMIZAJE TRASTORNO DEL ÁNIMO				
Positivo	4	66,70 %	0	0,0 %
ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH (ESE)				
Sin somnolencia diurna	4	66,7 %	6	100,0 %
Somnolencia ligera	2	33,3 %	0	0,0 %
Somnolencia moderada	0	0,0 %	0	0,0 %
Somnolencia grave	0	0,0 %	0	0,0 %
ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO (IGI)				
Ausencia de insomnio	0	0,0 %	5	83,3 %
Insomnio subclínico	4	66,7 %	1	16,7 %
Insomnio clínico	2	33,3 %	0	0,0 %
Insomnio grave	0	0,0 %	0	0,0 %
ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTBURGH (ICSP)				
Sin problema de sueño	0	0,0 %	3	50,0 %
Merece atención médica	2	33,3 %	3	50,0 %
Merece atención y tratamiento médico	3	50,0 %	0	0,0 %
Problema grave de sueño	1	16,7 %	0	0,0 %
LATENCIA Y HORAS DE SUEÑO				
Latencia de sueño				
<15'	0	0,0 %	1	16,7 %
16'-30'	1	16,7 %	3	50,0 %
31'-60'	1	16,7 %	1	16,7 %
>60'	4	66,7 %	1	16,7 %
	Rango	Prom.	Rango	Prom.
Horas de sueño	5,5-9	7,5	6-10	7,8

La mayoría de los pacientes iniciaron “sin somnolencia diurna”, “insomnio subclínico”, con una calidad de sueño que “merece atención y tratamiento médico” según, asociado a adherencia al tratamiento

con BDZ o *Z-drugs*. Al finalizar la intervención, todos estaban “sin somnolencia diurna” y la mayoría sin insomnio, con una calidad de sueño aceptable (sin problemas o que merece atención médica); sin cambios en cuanto a la adherencia al tratamiento. En relación a las horas de sueño, no hubo cambio en el promedio, pero el rango se desplazó hacia una mayor cantidad de horas de sueño; así mismo, la latencia disminuyó. Al final del reporte, no se observó diferencia entre el tipo de BDZ o *Z-drug* para los fines de la intervención.

DISCUSIÓN

El hallazgo más importante de este reporte es que la intervención permitió la deprescripción efectiva de BDZ en cinco de seis pacientes, logrando una mejoría en la gravedad del insomnio, la somnolencia diurna, la calidad, latencia y horas del sueño.

Estudios han mostrado que muchos medicamentos que tienen efectos adversos en personas mayores se pueden deprescribir con éxito, ⁽²⁷⁾ pudiendo ser un buen comienzo para reducir los efectos negativos que implica la polifarmacia en este grupo. En el caso de las BDZ, incluso intervenciones mínimas de deprescripción como el envío de carta personalizada del médico de familia con información sobre efectos desfavorables del consumo y la recomendación para retirarlo, han mostrado efectividad en el abandono del consumo o en su reducción. ⁽²⁸⁾

Esta intervención muestra reducción del consumo de BDZ en menor tiempo que los observado en otros estudios. ^(21, 29, 30) Las diferencias radican en las metodologías abordadas; por ejemplo en el estudio de *Vicens* ⁽²⁹⁾ las visitas con el “*General Practitioner*” (Homologable a médico de familia) eran bisemanales por periodo de un año, con un número 10 veces mayor de pacientes, incluyendo grupo control que comparaba eficacia de deprescripción

por médico de familia versus médico general y personas más jóvenes con trastornos de salud mental leves y moderados; sin embargo, logró un 50,0 % de reducción de dosis al año de seguimiento. Otro estudio más reciente, ⁽³⁰⁾ logró que 59,4 % de los participantes dejarán las BDZ con éxito, sin embargo, la dependencia de este grupo era mucho menor ya que se consideró uso crónico del fármaco con un periodo mayor o igual a 3 meses. En el presente reporte, teniendo en consideración la baja extrapolabilidad de los resultados, se logró cese de medicamento en 5 de 6 usuarios, con tiempos de intervención que fluctuaron entre 6 y 9 sesiones. Además, no se presentaron efectos adversos durante la intervención, viéndose incluso mejorados los índices en otras áreas como síntomas depresivos.

El presente reporte permite vislumbrar, además de lo descrito como efecto adverso de las BDZ, que su uso, así como el de *Z-drugs*, aparentemente está asociado a una peor calidad del sueño, tal como ha sido descrito en la literatura. ⁽¹⁷⁾

Como fortalezas destaca la creación de un flujo de derivación en el centro donde se realizó la intervención, que permitió una detección e ingreso oportuno de los pacientes. Además, el rendimiento de quien realizó la intervención (sesiones de 60 minutos), permitió que la misma pudiese realizarse con la profundidad necesaria, lo que pone de manifiesto la idea de que la relación médico-paciente puede jugar un rol clave a la hora de la efectividad de la intervención. ⁽⁵⁾ Por último, del total de pacientes ingresados ninguno abandono el tratamiento, lo que podría explicarse en lo adecuadamente estructurado del flujo de detección-derivación. Dentro de las limitaciones, fuera de las propias (extrapolabilidad, causalidad), se puede

mencionar que la intervención fue realizada por un mismo profesional en todos los casos, lo que impide la evaluación de algunas variables propias de la atención médica (habilidades comunicacionales, modelo de consejería) que pudiesen haber derivado en resultados distintos. Además, la intervención requiere de la dedicación de gran cantidad de horas médicas dado que se utilizó 1 hora médica por sesión.

Considerando los resultados se puede plantear a futuro aumentar el número de participantes pudiendo incorporar un grupo control que no esté afecto a la intervención y sea manejado con “manejo habitual”, por médico general o en rendimiento del mismo. Se puede proponer el aumento del tiempo de seguimiento, para homologarlo a otros estudios hasta un mínimo de 12 meses. Por otro lado, resultaría interesante incorporar la medición de conocimientos respecto a uso, mecanismos y efectos secundarios de BDZ al inicio de la intervención, así como la medición de autopercepción de motivación para el cambio.

Desde el punto de vista de su aplicación clínica, este reporte de casos da luces sobre una modalidad factible de implementar en APS y que permitiría reducir múltiples riesgos asociados el uso de BDZ en personas mayores. Se desprende además, que el solo hecho de cuantificar y cualificar las conductas respecto del sueño en conjunto con el paciente a través de test específicos sobre insomnio, la somnolencia diurna y la calidad de las horas de sueño suponen una mejor percepción del trastorno del sueño en el paciente, permitiéndole darse cuenta de posibles soluciones alternativas con la consecuente ayuda en su manejo, por ejemplo incorporando estrategias de higiene del sueño. Finalmente, debe controlarse de mejor manera la

indicación de BDZ y no sólo el retiro del fármaco dado que sus efectos en plazos más prolongados llegan a ser contraproducentes respecto de la intención de la indicación misma, al menos en el caso del insomnio, pudiendo incluso deteriorar la calidad de vida global de la persona sin considerar otros riesgos asociados. Se puede plantear que la misma indicación vaya asociada en APS a consejería sobre el cese de su uso, así como del impacto del mismo.

Por último, y si bien la literatura aún no es concluyente al respecto, se vislumbra que Trazodona pudiese ser una alternativa costo-efectiva y tolerable en personas mayores, ⁽³¹⁾ por lo que más estudios al respecto pudiesen ser de gran valor.

CONCLUSIÓN

La deprescripción de las BDZ pueden conseguirse de manera efectiva en pacientes de APS en que se les ha indicado como tratamiento del insomnio. Si bien existen distintas rutas de deprescripción, la disminución gradual y progresiva de la dosis acompañada de la CIE efectuada por médico de familia se vislumbra como una alternativa factible de implementar en APS, resaltando la figura del médico de familia en el aumento de la resolutivez del sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wick, J. The History of Benzodiazepines. *The Consultant Pharmacist*. 2013;28 (9): 538 – 548. doi: 10.4140/TCP.n.2013.538.
2. Votaw, V., Geyer, R., Rieselbach, M., McHugh, K. The epidemiology of benzodiazepine misuses: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2019;200: 95 – 114. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033
3. Wastesson JW, Morin L, Tan ECK, Johnell K. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert Opin Drug Saf*. 2018;17(12):1185-1196. doi: 10.1080/14740338.2018.1546841.
4. Gómez S, León T, Macuer M, Alves M, Ruiz S. Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. *Rev méd Chile*. 2017;145(3):351-359. doi: 10.4067/S0034-98872017000300009.
5. Olivera V, Mauricio. Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2009;47(2):132-137. doi: 10.4067/S0717-92272009000200005
6. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Chile: Ministerio del Interior. Estudio sobre de drogas en consultantes de salas de urgencias; 2010.
7. Castillo, C. S. A. Prescripción de benzodiazepinas en atención primaria: ¿vamos por buen camino? *Revista Chilena de Medicina Familiar*. 2019;1(13):4-13.
8. Sanndlund, C., Hetta, J., Nilsson, G., Ekstedt, M., Westman, J. Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group treatment. *Int J Nurs Stud*. 2017;72(1):30-41. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.03.00
9. Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C., King, D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association journal*. 2000;162(2):225-33.
10. Carr, F., Tian, P., Chow, J., Guzak, J., Triscott, J., Mathura, P., Dobbs, B. Deprescribing benzodiazepines among hospitalised older

- adults: quality improvement initiative. *BMJ open quality*. 2019;8(3):e000539.
11. Cantero, M. D. Uso prolongado de benzodiazepinas en el paciente anciano. *European Journal of Health Research:(EJHR)*. 2018;4(2):89-97.
 12. Bain, K. Management of chronic insomnia in elderly persons. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 2006;4(2):168-192. doi: 10.1016/j.amjopharm.2006.06.006
 13. Martínez-Cengotitabengoa M, Díaz-Gutiérrez MJ, Besga A, Bermúdez-Ampudia C, López P, Rondon MB, Stewart DE, Pérez P, Gutiérrez M, González-Pinto A. Benzodiazepine prescriptions and falls in older men and women. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(1):12-18. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.01.004.
 14. Donnelly K, Bracchi R, Hewitt J, Routledge PA, Carter B. Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(4): e0174730. doi: 10.1371/journal.pone.0174730.
 15. Picton JD, Marino AB, Nealy KL. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. *Am J Health Syst Pharm*. 2018;75(1):e6-e12. doi: 10.2146/ajhp160381.
 16. Nafti M, Sirois C, Kröger E, Carmichael PH, Laurin D. Is benzodiazepine use associated with the risk of dementia and cognitive impairment-not dementia in older persons? The Canadian Study of Health and Aging. *Ann Pharmacother*. 2020;54(3):219-225. doi: 10.1177/1060028019882037.
 17. Marron, L., Segurado, R., Kenny, R.A., McNicholas, T. The association between benzodiazepine use and falls, and the impact of sleep quality on this association: data from the TILDA study. *QJM*. 2020;113(1):31-36. Doi: 10.1093/qjmed/hcz217.
 18. Servicio de Salud Metropolitano Norte. *Protocolo de uso racional de BDZ en la red de salud mental del SSM Norte*; 2013.
 19. Aguiluz, J., Pimentel, E., Abarca, C., & Moore, P. How to face a patient with benzodiazepine dependence in primary health care? Strategies for withdrawal. *Medwave*. 2018;18(01):e7159-e7159. doi: 10.5867/medwave.2018.01.7159
 20. Darker, C., Sweeney, B., Barry, J., Farrell, M., & Donnelly-Swift, E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2015. doi: 10.1002/14651858.cd009652.pub2
 21. Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*. 2001;4: 297–307
 22. Castillo C, José Luis, Araya D, Fernando, Montecino R, Lorena, Torres M, Catalina, Oporto S, Sabrina, Bustamante F, Gonzalo, & Aranda Ch, Waldo. Aplicación de un cuestionario de sueño y la escala de somnolencia de Epworth en un centro de salud familiar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2008;46(3):182-191. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272008000300003>
 23. Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989;28(2):193-213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4
 24. Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-

- reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986;1: 67–74.
25. Isaac, F., & Greenwood, K. M. (2011). The relationship between insomnia and depressive symptoms: genuine or artifact? *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7, 57-63.
26. Benca, R., & Peterson, M. Insomnia and depression. *Sleep Medicine*. 2008;9: S3-S9. doi: 10.1016/s1389-9457(08)70010-8
27. Williams S, Miller G, Khoury R, Grossberg GT. Rational deprescribing in the elderly. *Ann Clin Psychiatry*. 2019;31(2):144-152.
28. Baza Bueno M, Ruiz de Velasco Artaza E, Fernández Uria J, Gorroñoitía Iturbe A. Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio. *Gac Sanit*. 2020;34(6):539-545. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.06.012.
29. 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. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2006;56(533), 958-63.
30. Fernandes M, Neves I, Oliveira J, Santos O, Aguiar P, Atalaia P, Matos F, Freitas MC, Alvim A, Maria V. Discontinuation of chronic benzodiazepine use in primary care: a nonrandomized intervention. *Fam Pract*. 2022;39(2): 241-248. doi: 10.1093/fampra/cmab143.
31. De Crescenzo, F., Foti, F., Ciabattini, M., Del Giovane, C., Watanabe, N., & Sañé Schepisi, M. et al. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for insomnia in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*; 2016. doi: 10.1002/14651858.cd012364

ANEXO

Tabla 1: Características de los casos y del consumo de BDZ al inicio del estudio

Paciente	Edad (años)	Nivel Educativo	BDZ o Z-drugs	Miligramos	Hora de Ingesta	Años de consumo	Sesiones	Meses
1	67	Básica Incompleta	Diazepam	10,0	22:00	17	9	4,5
2	73	Media Incompleta	Lorazepam	2,0	23:00	10	6	4,0
3	68	Media Incompleta	Lorazepam	4,0	22:00	8	6	4,5
4	67	Técnica Universitaria Completa	Lorazepam	1,0	21:00	8	6	3,0
5	76	Técnica Universitaria Completa	Zopiclona	7,5	00:00	6	6	3,5
6	75	Universitaria Completa	Clonazepam	1,0	23:30	12	6	2,0