

Intervenciones para la deprescripción de benzodiacepinas: evidencia actual y retos clínicos

Diana María Mérida.

¹Fundación Teófilo Hernando, 28290, Las Rozas de Madrid, Madrid, España.

Introducción

Las benzodiacepinas son fármacos ampliamente utilizados por sus efectos depresores sobre el sistema nervioso central (SNC). Se prescriben con frecuencia para el insomnio, la ansiedad, ciertos cuadros de espasticidad, la relajación muscular y el control de convulsiones¹.

Aunque resultan eficaces a corto plazo, su uso prolongado conlleva riesgos significativos. Entre ellos destacan los cognitivos (amnesia anterógrada, deterioro de memoria y atención), los conductuales (agresividad, dependencia) y los físicos (mayor riesgo de caídas por alteraciones en el equilibrio)¹. Además, la interrupción brusca tras un uso continuado ($\geq 1-2$ meses) puede provocar un síndrome de abstinencia similar al del alcohol. Por ello, las guías recomiendan siempre una retirada gradual.

La deprescripción, entendida como el proceso de revisar, ajustar o suspender un tratamiento, puede abordarse de diferentes maneras: reducción paulatina de la dosis (habitualmente descensos del 5-10% cada 2-4 semanas), sustitución por benzodiacepinas de acción prolongada, educación al paciente y al médico, psicoterapia, o intervenciones de apoyo complementarias como terapia cognitivo-conductual o mindfulness².

En este contexto, Zeraatkar D. et al. (2025) publicó una revisión sistemática con metaanálisis, en donde analizó la efectividad de distintas intervenciones para facilitar la deprescripción como la reducción gradual con o sin apoyo farmacológico hasta programas educativos, terapia cognitivo-conductual, intervenciones lideradas por farmacéuticos y técnicas de mindfulness³.

En este artículo de Actualidad en Farmacología y Terapéutica (AFT) se presentan los hallazgos más relevantes de dicha revisión, acompañados de una breve discusión sobre sus implicaciones clínicas.

Resumen

Esta revisión sistemática y metaanálisis tuvo como objetivo evaluar la efectividad de las intervenciones para facilitar la deprescripción de benzodiacepinas y sedantes hipnóticos relacionados³. La pregunta de investigación se formuló siguiendo el esquema PICO (Población, Intervención, Comparador, Outcome) (Tabla 1).

Finalmente, incluyeron 49 ensayos clínicos (EECC) con un total de 39.336 pacientes, realizados en países de ingresos altos, con excepción de los estudios realizados en Argentina y Brasil. La mayoría de los estudios se llevaron a cabo en el ámbito comunitario, excepto cuatro que se realizaron en residencias para personas mayores. En cuanto a la financiación, 35 estudios fueron financiados por organismos gubernamentales.

Respecto a las características de la población, los participantes tenían una media ponderada de 54 años, 32% eran hombres, y la mediana de seguimiento fue de 24 semanas (~ 6 meses). La mediana del tamaño muestral por estudio fue de 188 participantes.

Del total de EECC, 39 (80%) incluyeron pacientes en tratamiento con benzodiacepinas (con o sin otros hipnóticos). De estos 39 estudios, 21 especificaron que el tratamiento era indicado como tratamiento para el insomnio. En cuanto al diseño metodológico, el 65% de los ensayos fueron aleatorizados con diseño paralelo y el 33% utilizaron asignación por grupos o *clusters*.

Población	Adultos (≥ 18 años) que utilizaban benzodiacepinas o sedantes hipnóticos relacionados principalmente para insomnio.
Intervención	• Reducción gradual con y sin ayuda de otros fármacos • Educación a pacientes • Educación a médicos • Educación combinada (paciente y médico) • TCC • Revisión de medicamentos • Intervenciones dirigidas por farmacéuticos • Mindfulness
Comparador	Cuidado habitual, definido como: • Ausencia de intervención adicional • Intervenciones educativas de baja intensidad o mínimamente disruptivas • Reducción gradual sola sin TCC (en el caso de los ensayos clínicos con TCC)
Outcomes/ Resultados	• Tasa de discontinuación • Función física (puntuación del componente físico del SF-36) • Salud mental (puntuación del componente mental del SF-1 y SF-36, subescalas de ansiedad y depresión de HAD) • Signos y síntomas de insomnio (Índice de Gravedad del Insomnio) • Abandonos durante la intervención
Diseño	• Ensayo clínico aleatorizado con diseño paralelo • Ensayo clínico aleatorizado por grupos o clusters • Un ensayo aleatorio cruzado por conglomerados
TCC: Terapia cognitivo-conductual HAD: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión SF-12 y SF-36: Cuestionario de salud SF-12 y SF-36	

Tabla 1. Pregunta PICO del estudio.

En la Tabla 2 se presenta la distribución de los EECC según el tipo de intervención, número de estudios y de participantes incluidos, así como las estrategias utilizadas en cada intervención.

Dentro de los hallazgos principales encontraron que la **educación a pacientes, la revisión de la medicación y las intervenciones dirigidas por farmacéuticos** se asociaron con una mayor tasa de discontinuación de benzodiacepinas y otros sedantes hipnóticos frente al cuidado habitual, aunque la certeza de la evidencia se calificó como baja. Además, encontraron que las intervenciones con múltiples componentes podrían ser más efectivas para facilitar la deprescripción de estos medicamentos, comparado con las intervenciones de un solo componente (evidencia de baja certeza)³.

Discusión

Los resultados de esta revisión sugieren que la educación a pacientes, la revisión de la medicación y las intervenciones lideradas por farmacéuticos pueden favorecer la discontinuación de benzodiacepinas y otros sedantes hipnóticos, en comparación con el cuidado habitual. Aunque la certeza de la evidencia es baja, estos hallazgos orientan hacia estrategias que podrían

incorporarse en la práctica clínica para apoyar a los pacientes en la retirada de estos medicamentos. Cabe destacar que muchas de estas intervenciones incluían de forma implícita la reducción gradual de la dosis, elemento central en cualquier proceso de deprescripción. Además, se observó que las intervenciones multicomponente fueron más efectivas que aquellas basadas en un solo componente.

La mayoría de los ensayos se realizaron en países de ingresos altos, lo que refleja que el consumo y la dependencia de estos fármacos constituyen un problema de salud pública en dichos contextos. Un estudio previo de Ma T-T et al. (2023) había documentado que el problema de consumo de benzodiacepinas y fármacos Z (zolpidem, zopiclone, zaleplon y eszopiclone) ya era notoria en países desarrollados desde el 2008, en donde los países con mayor número de dosis diaria (DDD) por mil habitantes eran países del sur de Europa con 71 dosis por cada 1.000 habitantes, seguido de Europa occidental (70 DDD), el norte de Europa (45 DDD) y América del Norte (42 DDD)⁴. Este patrón de uso refuerza la necesidad de implementar políticas y programas de deprescripción efectivos que puedan aliviar tanto la carga clínica en los pacientes como el impacto sobre los sistemas sanitarios.

Intervención	Estrategias
Reducción gradual No. Estudios: 6 No. Participantes: 1.122	- Instrucciones escritas - Seguimiento con médicos - Reducción gradual + educación al paciente: - o Información sobre el insomnio - o Daños por el uso prolongado de estos medicamentos - o Recomendaciones de higiene del sueño
Educación a pacientes No. Estudios: 10 No. Participantes: 5.570	El contenido educacional consistía en: - Efectos adversos de las benzodiacepinas y otros sedantes hipnóticos - Beneficios de reducir el consumo de estos medicamentos - Calendario de reducción gradual - Historias exitosas de compañeros que suspendieron o redujeron el consumo de medicamentos - Herramientas de autoevaluación - Sugerencias de tratamientos alternativos para el insomnio
Educación a médicos No. Estudios: 7 No. Participantes: 2.291	El contenido educacional consistía en: - Indicaciones del uso de estos medicamentos - Los efectos de estos medicamentos en adultos mayores - Estrategias o consejos para reducir o discontinuar estos medicamentos - Tratamientos alternativos para dormir - Otras intervenciones iban dirigidas a reducir la prescripción de estos medicamentos
Educación combinada (paciente + médico) No. Estudios: 1 No. Participantes: 2.367	Para los pacientes: - Folletos educativos - Folletos con consejos sobre cómo controlar los síntomas sin recurrir a medicamentos - Folleto sobre métodos para prevenir caídas Para los médicos: - Información acerca de los medicamentos - Alternativas de tratamiento basadas en la evidencia - Apoyo práctico para la deprescripción
Terapia cognitivo-conductual para el insomnio No. Estudios: 11 No. Participantes: 1.930	- Educación sobre el control de estímulos - Restricción del sueño - Higiene del sueño - Creencias disfuncionales acerca del sueño * La mayoría de estas intervenciones incluía sugerencias sobre reducción gradual
Revisión de medicamentos No. Estudios: 3 No. Participantes: 2.499	- Revisión en conjunto médico y farmacéutico (con apoyo de un software para la toma de decisiones), seguido de la toma de decisiones compartida entre el paciente y el médico - Conferencias interdisciplinarias entre el médico, farmacéutico y enfermeras en centros para adulto mayor
Intervenciones educativas dirigidas por farmacéuticos No. Estudios: 3 No. Participantes: 23.117	- Distribución de material educacional a pacientes y médicos: - o Para pacientes: folletos sobre por qué estos medicamentos podrían ser inapropiados, alternativas de tratamientos y un protocolo visual de reducción gradual - o Para médicos: justificación para deprescribir, evidencia sobre los daños de los medicamentos, recomendaciones y alternativas más seguras
Mindfulness No. Estudios: 1 No. Participantes: 70	8 sesiones de intervención grupal basada en el <i>mindfulness</i> para la prevención de recaídas, combinada con entrevistas motivacionales
Reducción gradual con ayuda de fármacos No. Estudios: 9 No. Participantes: 616	Los medicamentos incluían: - Melatonina - Paroxetina - Ramelteón - Propanolol - Dosulepina - Benzodiacepinas alternativas o placebo
Las filas en celeste muestran las intervenciones que mostraron ser efectivas para la discontinuación de benzodiacepinas y otros sedantes hipnóticos (evidencia de baja certeza).	

Tabla 2. Distribución de los ensayos clínicos según el tipo de intervención y estrategias empleadas.

Por otro lado, la percepción de los propios pacientes aporta una dimensión clave, ya que muchos describen que iniciaron el tratamiento sin recibir advertencias claras y desarrollaron dependencia en un contexto de escaso contacto médico y renovaciones fáciles de las recetas⁵. Incluir esta perspectiva es fundamental para diseñar estrategias de deprescripción más realistas y aceptables, que tengan en cuenta las barreras percibidas por quienes han desarrollado dependencia.

En conclusión, aunque ninguna intervención ha demostrado por ahora una eficacia alta y consistente, este tipo de revisiones ayudan a perfilar qué enfoques son más prometedores. El futuro de la deprescripción de benzodiazepinas debería avanzar hacia modelos multidisciplinares, que integren la educación al paciente, la colaboración entre médicos y farmacéuticos y el abordaje de aspectos sociales que condicionan el consumo, los cuales pueden ser determinantes para facilitar o dificultar el proceso de retirada.

Declaración de conflicto de intereses

La autora de este artículo declara no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Edinoff AN, Nix CA, Hollier J, Sagrera CE, Delacroix BM, Abubakar T, Cornett EM, Kaye AM, Kaye AD. Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations. *Neurol Int.* 2021 Nov 10;13(4):594-607. doi: 10.3390/neurolint13040059. PMID: 34842811; PMCID: PMC8629021.
2. Brandt J, Bressi J, Lê ML, Neal D, Cadoogan C, Witt-Doerring J, Witt-Doerring M, Wright S. Prescribing and deprescribing guidance for benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use in adults with depression, anxiety, and insomnia: an international scoping review. *EClinicalMedicine.* 2024 Mar 13;70:102507. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102507. PMID: 38516102; PMCID: PMC10955669.
3. Zeraatkar D, Nagraj SK, Ling M, Jassal T, Kirsh S, Lima JP, Pitre T, Couban R, Hussain M, Seterelv S, Van de Velde S, Gustavsson K, Wichniak A, Aubert CE, Christiaens A, Spinewine A, Agoritsas T. Comparative effectiveness of interventions to facilitate deprescription of benzodiazepines and other sedative hypnotics: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2025 Jun 17;389:e081336. doi: 10.1136/bmj-2024-081336. PMID: 40527546; PMCID: PMC12171951.
4. Ma TT, Wang Z, Qin X, Ju C, Lau WCY, Man KKC, Castle D, Chung Chang W, Chan AYL, Cheung ECL, Chui CSL, Wong ICK. Global trends in the consumption of benzodiazepines and Z-drugs in 67 countries and regions from 2008 to 2018: a sales data analysis. *Sleep.* 2023 Oct 11;46(10):zsad124. doi: 10.1093/sleep/zsad124. PMID: 37094086.
5. Krüger, C., Lindberg, M.H., Burmester, S. *et al.* Experiences of long-term benzodiazepine use and addiction amid changes in guidelines for the prescription of narcotic drugs: a qualitative study. *BMC Public Health* **25**, 2652 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23920-9>.