

doi: 10.60103/phc.v27.e891

Casos clínicos · Clinical cases

Descontinuación del tratamiento con benzodiacepinas de una paciente mediante Gestión Integral de la Medicación en Farmacia Comunitaria

Benzodiazepine Tapering in a Community Pharmacy Setting: A Case Managed Through Comprehensive Medication Management

Información

Fechas:

Recibido: 03/03/2025

Aceptado: 09/05/2025

Publicado: 20/05/2025

Correspondencia:

María Albert Sogorb

maria.albert24@gmail.com

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó ningún conflicto de interés.

Financiación:

En esta publicación no ha recibido ninguna ayuda o financiación.

Autorías

María Albert Sogorb¹  0009-0001-8892-1116

María González Valdivieso¹  0000-0001-8552-7589

Andrea Calvo Martínez¹  0009-0004-1767-7437

Jorge Verdú Calvo¹  0000-0002-6108-4856

¹Unidad de Optimización de la Farmacoterapia en Farmacia La Barbera, La Vila Joiosa (Alicante), España.

Contribución de autorías

Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

Cómo citar este trabajo

Albert Sogorb M, González Valdivieso M, Calvo Martínez A, Verdú Calvo J. Descontinuación del tratamiento con benzodiacepinas de una paciente mediante Gestión Integral de la Medicación en Farmacia Comunitaria. Pharm Care Esp. 2025;27:e891. doi: 10.60103/phc.v27.e891

RESUMEN

Mujer de 36 años con insomnio, dolor secundario a espondilolistesis lumbar de grado 3 y antecedentes de ansiedad. Su farmacoterapia incluye benzodiazepinas, amitriptilina, tramadol/paracetamol, bromuro de otilonio, betahistina y melatonina. A petición de la paciente, se diseñó un plan para la retirada gradual de benzodiazepinas que se basó en la conversión a diazepam, estabilización y una reducción progresiva siguiendo guías clínicas, dentro del marco de la Gestión Integral de la Medicación. Este caso destaca la importancia de la visión biopsicosocial durante el acompañamiento farmacoterapéutico a personas que usan benzodiazepinas de manera crónica, evaluando alternativas consensuadas y minimizando efectos adversos durante la retirada. La colaboración entre Farmacia Comunitaria y Atención Primaria facilita las intervenciones personalizadas, logrando objetivos terapéuticos y mejorando la calidad de vida de la paciente.

Palabras clave: Benzodiazepinas; Deshabitación; Reducción gradual de fármacos; Gestión Integral de la medicación; Optimización de la farmacoterapia.

ABSTRACT

A 36-year-old woman with insomnia, pain secondary to grade 3 lumbar spondylolisthesis and a history of anxiety. Her pharmacotherapy includes benzodiazepines, amitriptyline, tramadol/paracetamol, otilonium bromide, betahistine and melatonin. At the patient's request, a gradual benzodiazepine withdrawal plan was designed, based on conversion to diazepam, stabilization and a progressive dose reduction following clinical guidelines, within the framework of Comprehensive Medication Management. This case highlights the importance of a biopsychosocial approach in pharmaceutical care for patients using benzodiazepines chronically, evaluating agreed-upon alternatives and minimizing adverse effects during tapering. Collaboration between Community Pharmacy and Primary Care facilitates personalized interventions, achieving therapeutic goals and improving the patient's quality of life.

Key Words: Benzodiazepines; Drug Tapering; Drug Withdrawal; Comprehensive Medication Management; Optimization.

Introducción

El uso prolongado de benzodiacepinas está asociado con riesgos significativos para la salud, incluyendo dependencia, tolerancia y efectos cognitivos. Este informe presenta el caso de una mujer con insomnio, ansiedad y dolor asociado a espondilolistesis, que solicitó en su Farmacia Comunitaria un plan estructurado de retirada de benzodiacepinas, desarrollado en el contexto de la Gestión Integral de la Medicación (*Comprehensive Medication Management*) en una Unidad de Optimización de la Farmacoterapia (UOF) en Farmacia Comunitaria, una práctica clínica centrada en el paciente y su experiencia con la medicación, mediante la cual los farmacéuticos pueden explorar, acompañar e intentar resolver las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes⁽¹⁾.

Presentación del caso

Mujer de 36 años con diagnóstico de insomnio persistente y antecedentes de ansiedad desde 2019, posteriores a la pérdida de una familiar y cuya sintomatología probablemente se agravó durante la pandemia. La paciente también está en tratamiento profiláctico de cefalea crónica de tipo tensional y sufre de espondilolistesis lumbar de grado 3, fue diagnosticada de colon irritable en 2023 y durante el año pasado ha presentado vértigos. Para estas condiciones clínicas la paciente tiene prescritos 7 medicamentos, de los cuales 3 son benzodiacepinas.

El principal motivo de la consulta fue la solicitud de ayuda para la retirada gradual de benzodiacepinas, preocupada por el exceso de somnolencia que presentaba en ese momento. Se citó a la paciente en la UOF para evaluar la medicación siguiendo los principios de Optimización de la Farmacoterapia⁽²⁾ y realizar una entrevista en profundidad, una técnica mediante la cual la paciente cuenta su historia de manera ininterrumpida, donde se generan narrativas contextualizadas importantes para la gestión de problemas de salud y que también permite explorar la experiencia con la medicación (MedExp). Esta entrevista se contempla dentro de la práctica *Comprehensive Medication Management* y ha demostrado ser efectiva para resolver necesidades farmacoterapéuticas y establecer relaciones de confianza entre profesionales y pacientes⁽³⁾.

A partir de sus narrativas, entendimos que la paciente ha generado una gran tolerancia a las benzodiacepinas y está motivada con la idea de abandonarlas, debido a su preocupación por la dependencia y los efectos secundarios asociados, y con el objetivo de controlar su propia medicación, ya que tiene la sensación de que ocurre al revés: "Quiero controlar mis medicamentos, no que la medicación me controle a mí". Ella percibe la ansiedad y el insomnio como sus principales problemas de salud, señalando que ha sufrido crisis de

ansiedad severas que se manifiestan con vómitos y diarrea, y ha necesitado tomar toda su medicación para poder conciliar el sueño, habitualmente 10 mg de Diazepam, de 1,5 a 3 mg de Bromazepam y, muy puntualmente, 1 mg de Lorazepam. También ha referido taquicardias y temblores en las manos de manera ocasional, los cuales atribuyen al mal descanso, aunque se debe establecer una posible relación con el uso prolongado de benzodiacepinas. Presenta además menstruaciones irregulares y, en ocasiones, nicturia. Su insomnio se ve agravado por los cambios de turno en el trabajo, especialmente cuando incluyen jornadas nocturnas, lo que repercute negativamente en su calidad de vida al generar miedo a quedarse dormida durante el día. Sin embargo, en el momento de la entrevista la paciente manifiesta que se encuentra en una etapa de estabilidad emocional y laboral, lo que la anima a tomar la decisión de dejar parte de su medicación. Durante 2024 ha introducido el uso de complementos alimenticios basados en Melatonina, Rhodiola, Magnesio, vitaminas del grupo B y extractos de plantas indicados para la conciliación del sueño. En cuanto a su estilo de vida, incorpora de forma regular actividades como pilates y yoga, y valora positivamente la psicoterapia como herramienta complementaria.

Durante la entrevista se identificaron antecedentes de alergia a AINEs y metamizol, así como una posible alergia a prednisona. Debido a esta situación, la paciente tiene prescrito tramadol/paracetamol para el manejo del dolor crónico secundario a la espondilolistesis lumbar. Conoce esta medicación y sus posibles efectos sedantes, que pueden agravar la somnolencia diurna. La paciente presenta otros problemas de salud, está diagnosticada de colon irritable desde el 2023, en tratamiento con 40 mg de bromuro de otilonio 1 vez al día y, durante el año 2024 aumentaron los vértigos que supusieron una prescripción de betahistina con aumento de dosis a 24 mg al día, problema que podría estar relacionado con el uso prolongado de benzodiacepinas. Aunque no todos estos problemas han sido objeto de intervención directa en este caso, se han tenido en cuenta durante seguimiento farmacoterapéutico.

A continuación, se presenta el tratamiento farmacológico prescrito, junto con los suplementos que ella considera que forman parte de su tratamiento. Con estos datos definimos en la Tabla 1 un primer estado de situación con la evaluación del estado de cada condición clínica y su tratamiento.

Condición Clínica				Medicamento										
Nombre	Inicio	Objetivo	Estado	Final	Nombre	Regimen prescrito	Inicio	Regimen usado	Final	Respuesta	I	E	S	C
ANSIEDAD	2019	REMISIÓN DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA	Estable	Final	MAGNESIO/RHODIOLA/B6/B5/TILA	AUTOMEDICACION	2024	0-0-0-1			SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
					BROMAZEPAM 1,5 MG	0-0-0-2	2022	0-0-0-1	ANSIEDAD PSÍQUICA LEVE, SOMÁTICA MODERADA	SÍ	SÍ	No	SÍ	
COLON IRRITABLE	2023	ESPACIADO DE CRISIS, MEJORA SINTOMATOLOGÍA	Estable		OTILONIO BROMURO 40 MG	0-0-0-1	2023	0-0-0-1		SIN RECAÍDAS RECIENTES	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
ESPONDILOLISTESIS LUMBAR GRADO III	2022	DISMINUCIÓN DEL DOLOR	Estable		PARACETAMOL/TRAMADOL 75/650 MG	1-0-0-1	2022	A DEMANDA		ESCALA DEL DOLOR 4	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
INSOMNIO	2019	MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO	Estable		LORAZEPAM 1 MG	0-0-0-1	2022	A DEMANDA		MENOR USO, DUERME MEJOR	SÍ	SÍ	No	SÍ
					MELATONINA Y MAGNESIO	AUTOMEDICACION	2024	0-0-0-1		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	
					DIAZEPAM 5 MG	0-0-0-4	2019	0-0-0-4	MEJOR CALIDAD DEL SUEÑO	SÍ	SÍ	No	SÍ	
IRREGULARIDADES MENSTRUALES	2012	DISMINUCIÓN SINTOMAS DISMENORREA	Estable		Sin tratamiento						No			
NICTURIA	2021		Estable		Sin tratamiento						No			
PROFILAXIS DE MIGRAÑA	2018	ESPACIAR EPISODIOS MIGRAÑOSOS, DISMINUIR LA INTENSIDAD DEL DOLOR	Estable		AMITRIPTILINA 50 MG	0-0-0-1	2019	0-0-0-1		SIN CEFALÉAS INTENSAS RECIENTES	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
TAQUICARDIA	2020		Estable		Sin tratamiento						No			
TEMBLOR DE MANOS	2023		Estable		Sin tratamiento						No			
TOLERANCIA A BEZODIAZEPINAS	2020	REDUCIR DEPENDENCIA	Empeora		Sin tratamiento						No			
VERTIGOS	2024	REDUCIR SINTOMATOLOGÍA Y DETECTAR ETIOLOGÍA	Empeora		BETAHISTINA 24 MG	0-0-0-1	2024	0-0-0-1		AUMENTAN MAREOS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

Evaluación

Siguiendo el esquema que establece la Gestión Integral de la Medicación⁽¹⁾, durante la fase de Valoración o *Assessment*, se realizó una evaluación farmacoterapéutica para cada problema de salud de la paciente, teniendo en cuenta parámetros clínicos y utilizando herramientas como ChecktheMeds (www.checkthemeds.com). En este caso se detallan aquellos problemas farmacoterapéuticos (PFT) para los cuales el equipo de profesionales va a proponer una intervención farmacéutica, con el fin de dar una solución real a la paciente. El principal PFT identificado, y sobre el que se trabajará en este caso clínico, es de Seguridad, de alta prioridad y consiste en el desarrollo de una elevada tolerancia a las benzodiacepinas, debido a una duración de tratamiento y uso prolongado en el tiempo. Se propuso como intervención la retirada gradual de benzodiacepinas. Para ello se diseñó un plan de cuidados o *care plan* personalizado y consensuado, asegurando un acompañamiento durante todo el proceso. Con esta estrategia, se buscó adaptarse a las prioridades de la paciente, dando paso a la fase de Actuación.

Tras revisar la literatura y evaluar las condiciones de la paciente, decidimos realizar la conversión de benzodiacepinas a diazepam, debido a su vida media prolongada, lo que reduce las fluctuaciones en los niveles plasmáticos. Dicho enfoque, y la estabilización de la dosis durante 1 ó 2 semanas antes de comenzar la reducción, se basa en guías clínicas de tratamiento de la dependencia a benzodiacepinas⁽⁴⁾. Estas referencias coinciden en que la estabilización inicial es una parte crítica para garantizar una retirada más segura y menos sintomática, proporcionando una base sólida para la reducción gradual. Además, la revisión internacional publicada en *The Lancet* en 2024⁽⁵⁾ ofrece

Tabla 1. Primer estado de situación. Estable: Metas logradas, continúa la misma terapia, Empeora: Desmejoramiento de la salud, se ajusta la terapia, (I): Indicación (E): Efectividad (S): Seguridad (C): Concordancia. Extraído de la historia farmacoterapéutica electrónica de la paciente registrada en Medicines Optimisation Software (MOS). Disponible en: <http://www.medicinesoptimisationsoftware.com/>

una síntesis de guías clínicas sobre el uso y la retirada de benzodiacepinas en adultos con insomnio, ansiedad o depresión. Destaca la práctica común de estabilizar con diazepam antes de iniciar la reducción progresiva de dosis, recomendando reducciones del 5–10% cada 1–2 semanas, ajustadas a la tolerancia del paciente. Subraya también la importancia de un enfoque individualizado, el papel de la terapia cognitivo-conductual como apoyo no farmacológico y la necesidad de más evidencia para perfeccionar los protocolos actuales. Esta guía respalda el abordaje utilizado en el presente caso clínico.

El plan diseñado contaba con cuatro fases: conversión inicial, estabilización, reducción gradual y medidas no farmacológicas, durante un periodo de seguimiento estrecho:

Conversión inicial de benzodiacepinas a diazepam, teniendo en cuenta las tablas de equivalencias (Tabla 2):

Dosis (mg)	Benzodiacepina		Dosis (mg)	Benzodiacepina	
0,5	Alprazolam	Corresponde a 5mg de diazepam	15	Flurazepam	Corresponde a 5mg de diazepam
3	Bromazepam		1	Etil loflazepato	
0,25	Brotizolam		1	Loprazolam	
10	Clobazam		1	Lorazepam	
0,5	Clonazepam		1	Mexazolam	
25	Clordiazepoxido		2,5	Midazolam	
10	Clorazepato		15	Oxazepam	
1	Cloxacolam		10	Praxepam	
1	Estazolam		10	Temazepam	
			0,25	Triazolam	

Tabla 2. Dosis equivalentes de diazepam⁽⁴⁾

Conversión según el tratamiento de la paciente:

- Bromazepam 1,5 mg (0-0-2) $\approx$ 5 mg diazepam.
- Lorazepam 1 mg (0-0-1) $\approx$ 5 mg diazepam.
- Diazepam 5 mg (0-0-2) $\approx$ 10 mg diazepam.

Por tanto, la dosis total inicial sería de 20 mg al día de diazepam.

Estabilización: Establecimiento de una dosis diaria total de 20 mg de diazepam con la propuesta de espaciarla en tres tomas, equivalente a la dosis combinada de bromazepam y lorazepam previamente utilizados. Durante 2 semanas se mantuvo la dosis de 20 mg de diazepam, monitorizando síntomas de abstinencia, insomnio y ansiedad. En el apartado de Resultados se explica cómo se distribuyó finalmente la dosis.

Reducción gradual: Disminución progresiva del 5-10% de la dosis total cada 1-2 semanas, ajustando según tolerancia, adaptando el plan a las necesidades laborales de la paciente (Tabla 3). En caso de aparición de síntomas graves, se procedía a pausar la reducción o disminuir el ritmo de retirada. En el apartado de Resultados se explica la posible aparición de estos síntomas.

Duración	Dosis total diaria de diazepam	Mañana	Tarde	Noche
2 semanas	20 mg	5 mg	7,5 mg	7,5 mg
2 semanas	17,5 mg	5 mg	5 mg	7,5 mg
2 semanas	15 mg	5 mg	5 mg	5 mg
2 semanas	12,5 mg	2,5 mg	5 mg	5 mg
2 semanas	10 mg	2,5 mg	2,5 mg	5 mg
2 semanas	7,5 mg	2,5 mg	2,5 mg	2,5 mg
2 semanas	5 mg	2,5 mg	0 mg	2,5 mg

Tabla 3. Reducción gradual de dosis de diazepam (elaboración propia individualizada).

Recomendación de **medidas no farmacológicas**: sugerimos a la paciente continuar con su rutina de prácticas de relajación como realizar yoga o pilates, además de considerar la terapia cognitivo-conductual. Durante todo el proceso estaríamos disponibles para sus consultas o dudas.

Una vez consensuada la estrategia y establecido una relación de confianza con la paciente, se realizó un informe con el plan completo para entregar a su Médico de Atención Primaria (MAP), sugiriendo la valoración riesgo-beneficio de la propuesta presentada y, en caso de aceptarla, la prescripción necesaria de la pauta de diazepam para llevarla a cabo. Comunicamos a MAP que la información de la que disponemos para esta evaluación se ha obtenido tanto de forma verbal como escrita durante el tiempo de acompañamiento que venimos prestando a la paciente, por lo que es posible que falten datos clínicos para su valoración. Además, informamos de los tratamientos complementarios que está usando la paciente, así como las actividades relajantes como tratamiento no farmacológico. Aseguramos a MAP un exhaustivo seguimiento de aparición de síntomas de retirada.

Resultados

La propuesta fue aceptada por MAP satisfactoriamente, de manera cordial y con agradecimiento, lo que supuso un plus de confianza entre profesionales sanitarios junto con la paciente. El MAP interrumpió la prescripción de Lorazepam y ajustó la dosis de Diazepam para que la retirada fuera posible, prescribiendo el número de cajas necesarias para llevar a cabo la pauta establecida, el Bromazepam quedó activo como opción farmacológica de rescate, según su criterio y después de evaluar riesgo-beneficio. Esta comunicación se realizó a través de la propia paciente, en una segunda entrevista clínica donde solicitó un ajuste en la tabla de discontinuación: realizar una conversión a número de comprimidos para un mejor entendimiento y agrupar las dosis en una única toma nocturna, para un mejor manejo por su parte (Tabla 4).

Duración	Dosis total diaria de diazepam	Noche
2 semanas	20 mg	4 COMPRIMIDOS
2 semanas	17,5 mg	3,5 COMPRIMIDOS
2 semanas	15 mg	3 COMPRIMIDOS
2 semanas	12,5 mg	2,5 COMPRIMIDOS
2 semanas	10 mg	2 COMPRIMIDOS
2 semanas	7,5 mg	1,5 COMPRIMIDOS
2 semanas	5 mg	1 COMPRIMIDO

Tabla 4. Adaptación plan de cuidados (elaboración propia individualizada).

Durante la fase de estabilización (20 mg de diazepam al día durante 2 semanas) la paciente refirió tolerar bien la conversión, con mínimos síntomas de abstinencia y mantenimiento del control sobre el insomnio. La comunicación durante estos días fue vía WhatsApp, donde ella nos iba indicando qué tal había dormido y si todo iba bien. En alguna ocasión tuvo que recurrir al bromazepam, sobre todo cuando cambiaba de turno diurno a nocturno en el trabajo y viceversa. A las 2 semanas del periodo de estabilización, la paciente redujo la dosis total de diazepam a 17,5 mg/día sin exacerbación de insomnio o ansiedad. La adherencia al plan fue óptima y reportó mejoría en la sensación de control sobre su tratamiento. Respecto al resto de medicación, siguió utilizando las pautas habituales sin cambios.

Sin embargo, la reducción a 15 mg se tuvo que estabilizar durante 4 semanas en vez de 2 como pautaba el plan inicial, debido al empeoramiento de síntomas como temblores o taquicardia, compatibles con un síndrome de retirada de benzodiacepinas⁽⁴⁻⁵⁾. En la visita de control durante este período establecimos unas medidas para analizar si la situación era adecuada para pasar a la siguiente dosis, que consistió en contabilizar el número de días que se exacerbaban estos síntomas a lo largo de 1 semana: si durante 3 días o más no se había podido conciliar el sueño de manera normal, o si volvían a empeorar los temblores o taquicardias, se ralentizaba el plan de discontinuación.

Posteriormente, la paciente superó el periodo de reducción hasta 12,5 mg, momento en el que indicó sentirse más empoderada respecto a su tratamiento al disminuir la dependencia. Se observó una evolución positiva de varios síntomas que podrían estar relacionados con su uso prolongado. En concreto, la paciente refirió una disminución en la intensidad de los vértigos, lo que supuso una reducción del uso de betahistina, y una ligera mejora en su nivel de alerta general, así como en la gestión de la ansiedad, que pasó a un estado de mejoría parcial manteniendo las medidas no farmacológicas. En cuanto a las cefaleas, no se reportaron cambios significativos tras la intervención, pero tampoco hubo crisis tensionales. Asimismo, se redujo la frecuencia de uso de tramadol/paracetamol de 2 comprimidos al día a demanda. Estos cambios reflejan una optimización global de la farmacoterapia de la paciente.

Actualmente, durante las visitas de seguimiento más recientes, la paciente ha logrado disminuir la dosis a 10 mg, con bromazepam pautado de rescate, pero dejando de recurrir a él desde la fase de estabilización (20 mg de diazepam) y el posterior síndrome de retirada (15 mg de diazepam), donde sí lo necesitó. Apenas menciona el insomnio como problema de salud principal. Ha destacado una mejora notable en la calidad de su sueño. Este avance se atribuye a la combinación de la reducción gradual con el uso de melatonina y técnicas de relajación, lo que respalda la eficacia del plan de intervención implementado. Por supuesto, se sigue realizando un acompañamiento a la paciente, con el objetivo de llegar a la pauta establecida, respetando sus tiempos y atendiendo sus necesidades y los nuevos problemas de salud que vayan apareciendo. A continuación, se presenta el estado de situación de la paciente después de 12 semanas de discontinuación de benzodiacepinas, donde se puede comparar el estado de las condiciones clínicas y cómo han cambiado las pautas posológicas de cada medicamento (Tabla 5).

Tabla 5. Segundo estado de situación. Estable: Metas logradas, continúa la misma terapia. Mejoría parcial: progreso, se ha ajustado la terapia. Extraído de la historia farmacoterapéutica electrónica de la paciente registrada en Medicines Optimisation Software (MOS). Disponible en: <http://www/medicine-optimisationsoftware.com/>

Condición Clínica					Medicamento									
Nombre	Inicio	Objetivo	Estado	Final	Nombre	Regimen prescrito	Inicio	Regimen usado	Final	Respuesta	I	E	S	C
ANSIEDAD	2019	REMISIÓN DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA, MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA	Mejoría parcial		BROMAZEPAM 1,5 MG	0-0-0-1	2022	DE RESCATE		ANSIEDAD PSÍQUICA LEVE, SOMÁTICA MODERADA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
COLON IRRITABLE	2023	ESPACIADO DE CRISIS, MEJORA SINTOMATOLOGÍA	Estable		OTILONIO BROMURO 40 MG	0-0-0-1	2023	0-0-0-1		SIN CRISIS AGUDAS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
ESPONDILOLISTESIS LUMBAR GRADO III	2022	DISMINUCIÓN DEL DOLOR	Estable		PARACETAMOL/TRAMADOL 75/650 MG	1-0-0-1	2022	A DEMANDA		SIN EXACERBACIÓN DEL DOLOR	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
INSOMNIO	2019	MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO	Mejoría parcial		MELATONINA Y MAGNESIO	AUTOMEDICACION	2024	0-0-0-1			SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
					DIAZEPAM 5 MG	0-0-0-2	29/11/2024	0-0-0-2		MEJORA CALIDAD SUEÑO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
IRREGULARIDADES MENSTRUALES	2012	DISMINUCIÓN SINTOMAS DISMENORREA	Estable		Sin tratamiento						No			
NICTURIA	2021		Estable		Sin tratamiento						No			
PROFILAXIS DE MIGRAÑA	2018	ESPACIAR EPISODIOS MIGRAÑOSOS, DISMINUIR LA INTENSIDAD DEL DOLOR	Estable		AMITRIPTILINA 50 MG	0-0-0-1	2019	0-0-0-1		SIN CRISIS CEFALEA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
TAQUICARDIA	2020		Estable		Sin tratamiento						No			
TEMBLOR DE MANOS	2023		Estable		Sin tratamiento						No			
TOLERANCIA A BEZODIAZEPINAS	2020	REDUCIR DEPENDENCIA	Mejoría parcial		Sin tratamiento						No			
VERTIGOS	2024	REDUCIR SINTOMATOLOGÍA Y DETECTAR ETIOLOGÍA	Mejoría parcial		BETAHISTINA 24 MG	0-0-0-1	25/11/2024	A DEMANDA		MEJORA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

Conclusiones

Este caso subraya la importancia del acompañamiento farmacoterapéutico en la retirada gradual de benzodiacepinas, especialmente en pacientes que buscan recuperar el control sobre su medicación y su bienestar. El uso de diazepam como intermediario permitió una discontinuación controlada, con síntomas de abstinencia puntuales y mejor tolerancia. Estudios adicionales podrían explorar estrategias complementarias para optimizar el manejo del insomnio en estos pacientes.

Establecer una relación de confianza con la paciente, sumado a la breve, pero importante colaboración entre farmacéuticos y médicos de atención primaria fue clave para diseñar e implementar un plan personalizado.

Una visión únicamente biomédica de estos casos puede subestimar la capacidad que presentan los pacientes para reconocer y comprender su dependencia a determinados medicamentos, como las benzodiacepinas. En contraste, la Gestión Integral de la Medicación (CMM), con un enfoque centrado en el paciente, redefine la relación profesional sanitario-paciente al priorizar la experiencia con la medicación (MedExp). Este modelo promueve una comunicación bidireccional y permite desarrollar intervenciones más contextualizadas, facilitando la discontinuación de medicamentos de alto riesgo, como las benzodiacepinas, de manera gradual y controlada. En este proceso, se promueve la corresponsabilidad del paciente en su tratamiento y se optimiza la toma de decisiones compartidas, potenciando la seguridad y efectividad terapéutica.

Referencias

1. Cipolle R, Strand LM, Morley P. Pharmaceutical Care Practice. The Patient Centered Approach to Medication Management. Third edition. New York: McGraw-Hill companies; 2012. [consultado Ene 2025]. Disponible en: <https://accesspharmacy.mhmedical.com/book.aspx?bookid=491>
2. Picton C, Wright H. Medicines Optimisation: Helping patients make the most of their medicines [Internet]. Royal Pharmaceutical Society; 2013 [consultado Ene 2025]. Disponible en: <https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Policy/helping-patients-make-the-most-of-their-medicines.pdf>
3. Pérez Rodríguez RO, González Valdivieso M, Silva-Castro MM. Entrevistas en profundidad: técnica complementaria a las entrevistas clínicas en las intervenciones basadas en necesidades del paciente. Pharm Care Esp [Internet] 2021 [citado 11 de abril de 2025]; 23(5):34-41. Disponible en: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/644>
4. Ashton H. Benzodiazepines: How They Work and How to Withdraw (The Ashton Manual). Newcastle: University of Newcastle; 2002 [consultado Ene 2024]. Disponible en: <https://www.benzo.org.uk/manual/>
5. Brandt J, Garber L, Gallimore C, Gudbranson D, Fuentes M, Kondo K, et al. Prescribing and deprescribing guidance for benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use in adults with depression, anxiety, and insomnia: an international scoping review. eClinicalMedicine [Internet]. 2024 [consultado Feb 2025]; 70:102507. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102507>