

Original

Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio

Mikel Baza Bueno^{a,b,*}, Elena Ruiz de Velasco Artaza^c, Julia Fernández Uria^c y Ana Gorroñoitia Iturbe^d^a Osakidetza, OSI Bilbao-Basurto, Centro de Salud Begoña, Bilbao, España^b Laboratorio del Polimedicado (<http://polimedicado.org/>), Bilbao, España^c Osakidetza, OSI Bilbao-Basurto, Servicio de Farmacia, Bilbao, España^d Osakidetza, Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia, Bilbao, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de febrero de 2019

Aceptado el 14 de junio de 2019

On-line el 26 de noviembre de 2019

Palabras clave:

Hipnóticos y sedantes

Benzodiazepinas

Prescripción inadecuada

Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño

Atención primaria de salud

Desprescripción

Educación del paciente

RESUMEN

Objetivo: Averiguar si una intervención mediante carta dirigida a usuarios de benzodiazepinas consigue disminuir su consumo.**Método:** Estudio antes-después sin grupo control realizado en atención primaria en mayo de 2016. A 1.582 pacientes que tomaban una única dosis diaria de una benzodiazepina como hipnótico durante más de 3 meses se les envió una carta personalizada de su médico de familia con información sobre los efectos desfavorables de dicho consumo y la recomendación para retirarlo, con una pauta de descenso escalonada (*Benzocarta*). Se evaluó el porcentaje de pacientes que cesaron el consumo de benzodiazepinas, el porcentaje que las disminuyeron y la diferencia en la dosis total dispensada (miligramos equivalentes de diazepam dispensados en 3 meses) entre el periodo preintervención y postintervención (a los 6 y 12 meses).**Resultados:** Se obtuvieron datos de dispensaciones de 1.561 pacientes (media de edad: 69,3 años; 74% mujeres). Al año de la intervención, el 22,0% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 19,9-24,0) habían abandonado el consumo de benzodiazepinas y el 18,8% (IC95%: 16,9-20,8) lo habían disminuido. Se observó una reducción estadísticamente significativa de la dosis total dispensada (media de la diferencia: 89 mg; IC95%: 72,2-105,7).**Conclusión:** La *Benzocarta* se asocia a una disminución relevante en el consumo de hipnóticos. Es una intervención sencilla y factible que puede aplicarse en poblaciones amplias, e incluso de forma repetida en el tiempo. Se requieren estudios controlados para confirmar su eficacia.© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

***Benzoletter*: minimal intervention for deprescribing benzodiazepines in patients with insomnia**

ABSTRACT

Objective: To determine whether a letter-based intervention to patients taking benzodiazepines reduces their consumption.**Method:** A before-after study without control group performed in primary care in May 2016. 1582 patients who took a single daily dose of benzodiazepines as hypnotic for more than 3 months were sent a personalized letter from their family doctor. The letter contained information about the risks of long-term benzodiazepine consumption and the recommendation to discontinue them with a gradual drop protocol (*Benzoletter*). The percentage of patients who stopped or decreased the use of benzodiazepines, and the difference in the total dose dispensed (mg equivalents of diazepam dispensed in three months) between the pre- and post-intervention period (at 6 and 12 months) were evaluated.**Results:** Dispensing data from 1561 patients were collected (average age: 69.3 years; 74% women). Twelve months after the intervention, 22.0% (95% confidence interval [95%CI]: 19.9-24.0) discontinued benzodiazepine consumption and 18.8% (95%CI: 16.9-20.8) reduced their consumption. A statistically significant reduction was observed in the total dose dispensed (mean difference: 89 mg; 95%CI: 72.2-105.7).**Conclusion:** The *Benzoletter* is associated with a significant decrease in the consumption of hypnotics. It is a simple and feasible intervention that allows acting on large populations, and it could even be periodically repeated. Controlled studies are required to confirm its effectiveness.© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Hypnotics and sedatives

Benzodiazepines

Inappropriate prescribing

Sleep initiation and maintenance disorders

Primary health care

Deprescription

Patient education as topic

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mikelbaza@gmail.com (M. Baza Bueno).

Introducción

A pesar de que las benzodiazepinas y los fármacos relacionados son eficaces, su uso prolongado produce tolerancia y dependencia¹. En el insomnio no deberían superarse las 4 semanas de tratamiento^{2,3}. Su uso a largo plazo se ha relacionado con un incremento de las caídas⁴, fracturas, riesgo de accidentes de tráfico, deterioro cognitivo, problemas de memoria y demencia⁵, e incluso con un aumento de la mortalidad global⁶.

El consumo de hipnosedantes en España se sitúa por encima de la media europea, con un crecimiento constante⁷ y superior al de otros países⁸. Tanto en todo el País Vasco como en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto el consumo es alto: 96 y 97,7 dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día, respectivamente⁹.

Este fenómeno tiene profundas raíces sociales, entre las que destacan la disminución del umbral de tolerancia al malestar, el aumento de la morbilidad y el envejecimiento, y los condicionantes socioeconómicos¹⁰. El mayor consumo se observa en las mujeres mayores de 65 años y en el medio urbano, y son los/las médicos/as de familia quienes principalmente las prescriben¹¹. Otros factores que favorecen este alto consumo son la resistencia de los/las pacientes a cesar el tratamiento, la percepción de ausencia de alternativas terapéuticas por parte del/de la médico/a, la falta de tiempo en la consulta y las dificultades para manejar la retirada¹². Paradójicamente, los/las pacientes perciben que los/las médicos prescriben benzodiazepinas con demasiada facilidad, mientras que estos/as creen que la principal razón para continuar prescribiéndolas es la demanda de los/las pacientes¹³.

Existen estrategias eficaces para disminuir el consumo de benzodiazepinas¹⁴⁻¹⁶. La terapia cognitivo-conductual acompañada de una pauta de descenso gradual parece ser la intervención que mejores resultados obtiene¹⁴, pero es poco accesible en atención primaria. Entre las intervenciones ensayadas en el ámbito de la atención primaria que han mostrado buenos resultados destaca la entrevista estructurada junto con una pauta de descenso gradual, que en un estudio realizado en nuestro medio logró una tasa de abandono a los 12 meses del 45%^{17,18}. Por otro lado, en otros países europeos se ha estudiado la denominada «intervención mínima», en la cual el/la médico/a de familia envía a sus pacientes una carta con información sobre los efectos desfavorables del consumo de benzodiazepinas a largo plazo y la necesidad de reducirlo, junto con una pauta de descenso^{16,19}. En este caso, son los/las pacientes quienes realizan la retirada, y se han observado tasas de disminución a los 6 meses del 20-35%¹⁶. Si esta última estrategia fuera efectiva en nuestro medio y no añadiera una carga de trabajo excesiva a la consulta médica, podría considerarse una opción atractiva para intervenir sobre amplias poblaciones seleccionadas desde el ámbito de la atención primaria.

En este contexto se diseñó el presente estudio con la intención de conocer si, en nuestro medio, el envío de una carta del/de la médico/a de familia con información sobre las benzodiazepinas, junto con una pauta de descenso, puede reducir el número de pacientes consumidores/as de estos fármacos y, al mismo tiempo, si esta intervención resulta factible y aceptable por parte de los/las profesionales como estrategia para la desprescripción de benzodiazepinas dirigida a una amplia población.

Método

Se realizó un estudio antes-después sin grupo control, principalmente en medio urbano, en la OSI Bilbao-Basurto, que presta atención a 376.746 habitantes (1 de enero de 2016) en 22 unidades de atención primaria, en las que trabajan 228 médicos/as de familia.

Selección de participantes

Se informó de la iniciativa a los/las médicos/as de familia a través de sus jefes/as en las unidades de atención primaria y se solicitó su participación. Desde el servicio de farmacia se envió a cada médico/a de familia participante un listado con los códigos de identificación de los/las pacientes candidatos/as de su cupo (fig. 1), a partir del cual se seleccionaron los/las pacientes según los siguientes criterios de inclusión: 1) benzodiazepina prescrita para tratamiento del insomnio (códigos ATC N05BA, N05CD o N05CF); 2) benzodiazepina prescrita en el sistema electrónico con una duración de más de 3 meses; 3) una sola benzodiazepina, cada 24 horas y en forma farmacéutica fraccionable; y 4) que el/la médico/a de familia considerase apropiada la intervención. Se establecieron los siguientes criterios de exclusión: 1) comorbilidad psiquiátrica; 2) epilepsia; 3) demencia; y 4) pacientes en cuidados paliativos.

Para facilitar la selección, el servicio de farmacia excluyó previamente de los listados a los/las pacientes que en su historial farmacoterapéutico presentaban: 1) benzodiazepina con pauta distinta de una al día; 2) dos o más benzodiazepinas; 3) antipsicóticos; 4) antiepilépticos, excluyendo pregabalina y gabapentina; 5) dos o más antidepressivos; o 6) fármacos para el tratamiento de la demencia.

El estudio se planteó como una intervención abierta a todos/as los/las médicos/as de familia que quisieran participar. No obstante, se calculó un tamaño de muestra mínimo, teniendo en cuenta un descenso esperado del consumo de benzodiazepinas en un 15% de la población basado en los resultados de estudios previos¹⁶, para lo que una muestra de 195 personas permitiría estimar la verdadera proporción de disminución de consumo en la población con un 95% de confianza y una precisión de $\pm 5\%$.

Intervención

Una vez seleccionadas las personas candidatas, se envió la *Benzocarta* entre los días 31 de mayo y 1 de junio de 2016 a la dirección postal de cada paciente con los siguientes materiales:

- Carta personalizada firmada por su médico/a de familia en la que se indicaba el fármaco prescrito, informando sobre los riesgos a largo plazo de las benzodiazepinas, proponiendo su retirada escalonada e invitando a consultar si fuera preciso (véase el Apéndice A online).
- Hoja explicativa sobre cómo realizar la reducción gradual (véanse Apéndices B, B.1 y B.2 online) y recomendaciones sobre higiene del sueño (véase Apéndice C online).

Mediciones

Las variables principales evaluadas fueron:

- El abandono del tratamiento (sin dispensaciones) a los 6 y 12 meses.
- La dosis total dispensada en miligramos equivalentes de diazepam. Se estableció una tabla de equivalencias^{12,17} (véase Apéndice D online) y se calculó la dosis total dispensada según las dispensaciones electrónicas en los 3 meses previos a cada periodo de medición (0, 6 y 12 meses) (fig. 2) para evaluar la disminución, el mantenimiento y el aumento de dosis, y realizar la comparación de medias entre periodos.
- La carga de trabajo de la intervención, mediante el registro por parte de los/las profesionales del número y el tipo de consultas motivadas por la carta.
- La aceptación de la carta, y los aspectos positivos y negativos de la intervención, mediante un cuestionario *on line* de cinco

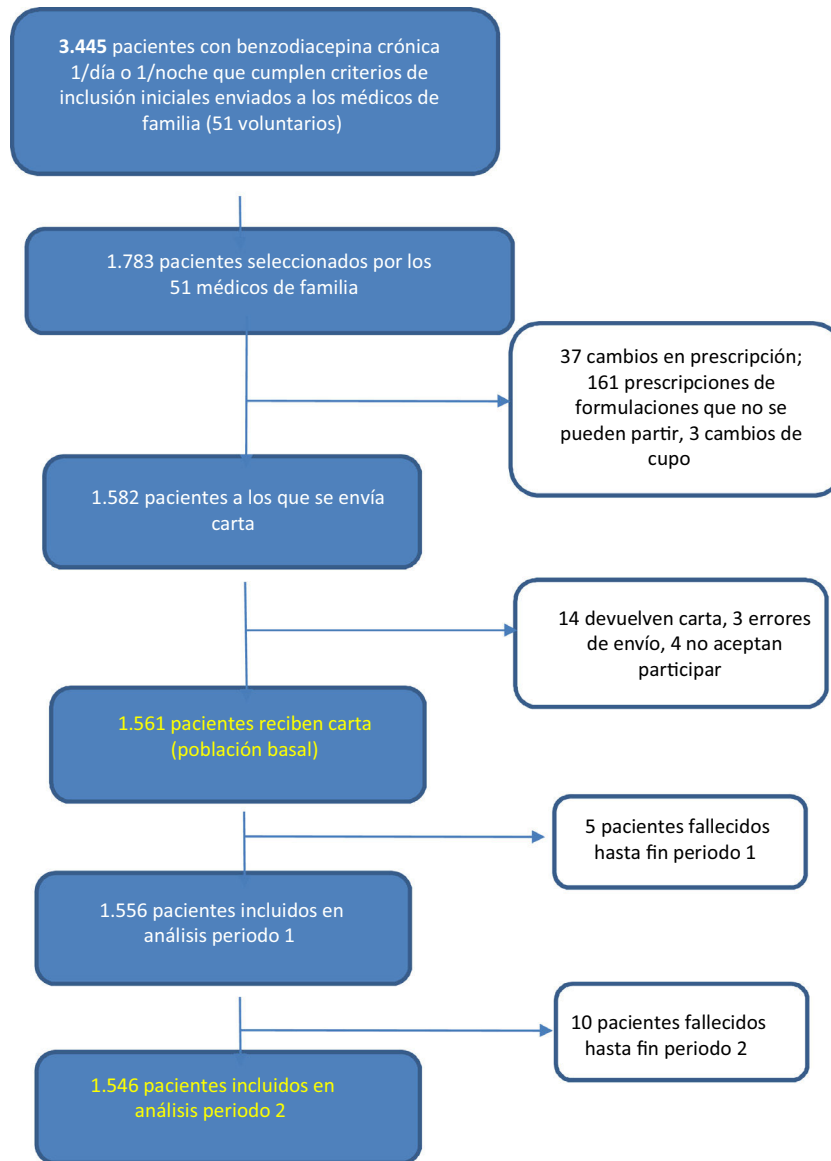


Figura 1. Esquema del estudio.

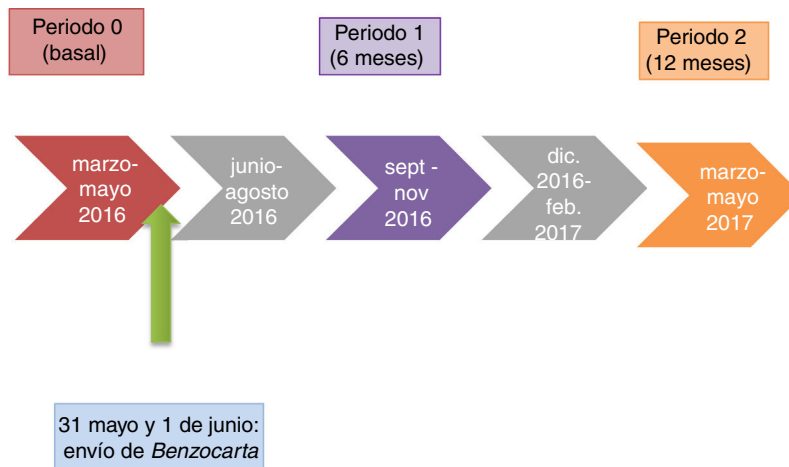


Figura 2. Periodos de seguimiento.

Tabla 1
Características de los/las médicos/as de familia participantes en la intervención y del total de médicos/as de familia de la organización asistencial

	Médicos/as de familia participantes (n = 51)	Médicos/as de familia de la OSI Bilbao-Basurto (n = 228)
Sexo	75% mujeres	66% mujeres
Edad (media)	51,1 años	53,9 años
Pacientes por cupo (media)	1.419	1.435
Prescripción de benzodiazepinas en 2015 (media)	101,18 DHD	101,77 DHD

DHD: dosis diaria definida por mil habitantes y día.

preguntas dirigido a los/las médicos/as de familia ([véase el Apéndice E online](#)).

Además, se recogieron las variables edad, sexo, código de aportación de la tarjeta sanitaria individual, principio activo, tiempo de consumo (< 1 año, 1-4 años o > 4 años) y dosis diaria prescrita. La información se extrajo de forma anonimizada a través de Oracle Bussines Intelligence, aplicación corporativa que contiene información de la actividad asistencial, incluyendo la receta electrónica.

Análisis estadístico

En el análisis descriptivo, las variables categóricas se describen en porcentajes de frecuencias y las variables cuantitativas continuas se presentan como media y desviación estándar. Para la comparación de medias apareadas se utilizó la prueba t de Student tras aceptar la hipótesis de normalidad de las variables. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v.23.

Aspectos éticos y de confidencialidad

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Basurto. En la carta se informaba sobre la confidencialidad de los datos y se ofrecía la posibilidad de negarse a participar. Los datos se procesaron conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre. Una vez enviadas las cartas, los datos personales no se volvieron a utilizar y el análisis fue anonimizado.

Resultados

Participantes y seguimiento

Participaron en el estudio de forma voluntaria el 22% de los/las médicos/as de familia (51 de 228), pertenecientes a 15 de las 22 unidades de atención primaria ([tabla 1](#)). De los/las 3.445 candidatos/as, se envió la *Benzocarta* a 1582 seleccionados/as por sus médicos/as de familia ([fig. 1](#)). Se excluyeron del análisis 21 pacientes (3 errores de envío, 14 devoluciones de carta y 4 rechazaron participar), y 5 pacientes fallecieron antes y 10 después de los 6 meses tras la intervención, con lo que quedaron para el análisis 1.556 y 1.546 pacientes en los periodos 1 y final, respectivamente. La [tabla 2](#) recoge las características basales de los/las pacientes incluidos/as. La media de edad fue de 69,3 años, y el 74,3% eran mujeres. Las benzodiazepinas más prescritas fueron lorazepam y lormetazepam, y el 90% llevaba más de 1 año tomándola.

Tabla 2
Características basales de los pacientes participantes

N (pacientes que recibieron la carta)	1.561
Sexo	
Mujeres	1.160 (74,3%)
Hombres	401 (25,7%)
Edad (años)	
Media (DE)	69,3 (12,5)
Edad (tramos)	
< 5 años	209 (13,4%)
55-70 años	554 (35,5%)
70-80 años	484 (31,0%)
> 80 años	314 (20,1%)
Benzodiazepina prescrita^a	
Lorazepam	728 (46,6%)
Lormetazepam	526 (33,7%)
Zolpidem	162 (10,4%)
Alprazolam	67 (4,3%)
Diazepam (solo o en asociación)	60 (3,8%)
Otras	18 (1,1%)
Dosis prescrita (mg equiv. diazepam)	
Media (DE)	5,66 mg (2,7)
Tramo dosis	
Dosis baja (≤ 5 mg equiv. diazepam)	1.291 (82,7%)
Dosis intermedia (5-10 mg equiv. diazepam)	250 (16,0%)
Dosis alta (> 10 mg equiv. diazepam)	20 (1,3%)
Tiempo de consumo	
< 1 año	162 (10,4%)
1-4 años	869 (55,7%)
> 4 años	530 (34,0%)

DE: desviación estándar.

^aSolo se incluyen benzodiazepinas en comprimidos y de liberación rápida.

Abandono del consumo de benzodiazepinas

A los 6 meses del envío de la carta, 281 pacientes a quienes se había dispensado alguna benzodiazepina en el periodo basal abandonaron el tratamiento, y a los 12 meses esta cifra subió a 339 pacientes, lo que representa el 18,1% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 16,1-20,0) y el 21,9% (IC95%: 19,9-24,0) de la población total en cada periodo, respectivamente. A los 12 meses del envío de la carta, el 18,8% (IC95%: 16,9-20,8) disminuyó el consumo de benzodiazepinas, mientras que el 40,4% (IC95%: 38,0-42,9) mantuvo la dosis y el 18,8% (IC95%: 16,9-20,8) aumentó su consumo.

No se encontraron diferencias en la reducción del consumo de benzodiazepinas al realizar el análisis en función del sexo, el grupo de edad, el código de la tarjeta sanitaria individual, el principio activo ni el tiempo de consumo.

Reducción de las dosis dispensadas de benzodiazepinas

Se observó una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,01$) de la dosis total dispensada al año de la intervención. La media de la diferencia entre los periodos 2 y 0 fue de 89 mg equivalentes de diazepam (IC95%: 72,2-105,7), que se corresponde con un 20,1% de reducción de la dosis total dispensada ([tabla 3](#)). No se encontraron diferencias significativas en esta variable entre los periodos 1 y 2.

Otros resultados

Respecto a la carga de trabajo adicional que ocasionó la *Benzocarta*, según los registros de los/las médicos/as de familia participantes, 287 pacientes (18,4%) realizaron alguna consulta motivada directamente por la intervención, la mayoría consultas presenciales dentro de los primeros 6 meses.

Tabla 3
Diferencias en el consumo medio de benzodiazepinas por paciente antes y después de la intervención

	Media de consumo DTD preintervención (mg equiv. diazepam)	Media de consumo DTD postintervención (mg equiv. diazepam)	Media de la diferencia de la DTD (mg equiv. diazepam)	IC95%
Periodo 0-1: 4-6 meses tras intervención (N = 1.556)	441,93	350,37	91,56	76,52-106,61 p < 0,01
Periodo 0-2: 10-12 meses tras intervención (N = 1.546)	442,12	353,15	88,97	72,24-105,71 p < 0,01

DTD: dosis total dispensada; IC95%: intervalo de confianza del 95%. Prueba t para muestras emparejadas.

Según el cuestionario (82% de respuestas), el 79% de los/las médicos de familia consideraron que la aceptación de la carta por parte de sus pacientes había sido buena. En cuanto a los aspectos positivos de la intervención, señalaron que es sencilla (74%) y que consume poco tiempo (50%). Entre los aspectos negativos destacaron la necesidad de revisar listados (37,5%) y que había motivado un aumento de las consultas (25%).

Discusión

El envío de una carta con información sobre los riesgos del consumo prolongado de benzodiazepinas por parte del/de la médico/a de familia, junto con una propuesta de retirada escalonada, consiguió que el 22% de los/las pacientes abandonaran las benzodiazepinas y que el 19% disminuyeran la dosis a los 12 meses. Consideramos que el impacto de la intervención es relevante y que puede ser una estrategia útil para abordar la desprescripción de benzodiazepinas en una población amplia.

Nuestros resultados arrojan tasas de abandono similares a las de otros estudios. En un metaanálisis de tres ensayos clínicos aleatorizados¹⁶ realizados en el Reino Unido se observaron reducciones del 20-35% en el consumo de benzodiazepinas con intervenciones mínimas (carta del/de la médico/a de familia), frente a disminuciones del 10-15% en los grupos control. En un estudio controlado no aleatorizado realizado en Holanda con una intervención similar¹⁹, el porcentaje de pacientes que abandonaron las benzodiazepinas a los 6 meses fue del 24% en el grupo experimental frente al 12% en el grupo control. Más recientemente, un estudio canadiense evaluó la intervención a través del envío postal de un folleto de autoayuda para la reducción de las benzodiazepinas, con la participación de las oficinas de farmacia²⁰. A los 6 meses, el 27% de los/las pacientes habían abandonado las benzodiazepinas, frente al 5% del grupo control. Nuestro trabajo contribuye a fortalecer los resultados de estos estudios, añadiendo la utilidad de haber sido realizado en nuestro entorno.

La mayoría de las intervenciones ensayadas para la retirada de benzodiazepinas tienen en común que buscan la participación del paciente, aumentando su motivación, mejorando su conocimiento sobre los fármacos (riesgos de su uso prolongado) y ofreciendo un plan para su retirada²¹. La *Benzocarta* está basada en las cartas de los estudios previos^{19,20} e incluye todos sus componentes, pero a diferencia de ellas no obliga a los/las pacientes a mantener un contacto directo con el personal sanitario. Esto sugiere que, a pesar de que la intensidad de la intervención sea menor que en la entrevista estructurada¹⁸, también sirve para aumentar el conocimiento y la percepción de riesgo sobre las benzodiazepinas, de modo que los/las pacientes se planteen la retirada del fármaco inapropiado²². Habitualmente es necesaria una conversación para llevar a cabo la desprescripción²³, y esta se fundamenta en la relación médico-paciente²⁴, pero con la *Benzocarta* este trabajo se realizaría de forma diferida, cuando los/las médicos de familia seleccionaran a su juicio a los/las pacientes candidatos y les enviaran la carta.

En nuestro estudio, solo el 18% de las personas participantes consultaron directamente con su médico/a de familia por motivo de la *Benzocarta*, en comparación con el estudio canadiense, en el

cual el 62% contactaron con su médico/a o farmacéutico/a²⁰. En comparación con otra intervención propuesta como «breve» ensayada en otra comunidad, en la que convocaban a los/las pacientes por carta a la consulta, destacan los 25-44 minutos que emplearon por paciente²⁵. En el estudio *Benzored* se emplearon 20 minutos en la entrevista estructurada y 12 minutos de media en la visita de seguimiento¹⁷. Lo más relevante de la *Benzocarta* es que no prevé una visita presencial, lo que la confirma como una verdadera intervención mínima fácilmente integrable en la práctica.

Aunque no realizamos un análisis de coste-efectividad como tal, dado que las benzodiazepinas son medicamentos económicos, más que el ahorro en el gasto farmacéutico, los verdaderos costes evitados son los derivados de los efectos adversos, principalmente caídas y sus consecuencias⁴. El coste de los materiales enviados supuso un total de 1.297 € (0,82 € por carta enviada), considerando el resto de las actividades como parte de las funciones habituales de los profesionales, como la identificación de pacientes con medicamentos potencialmente inadecuados por los/las farmacéuticos/as de atención primaria o la revisión del tratamiento por parte de sus médicos/as. Se estimó en 90 minutos el trabajo del/de la médico/a de familia en la selección de pacientes a partir de los listados enviados, y 1 hora de trabajo administrativo por cada 150 cartas enviadas. Estudios previos han demostrado que intervenciones de este tipo son coste-efectivas²⁶.

Quedaría pendiente conocer el efecto de la intervención a largo plazo, que según estudios similares se podría mantener incluso 10 años después. En el estudio holandés, entre los/las pacientes que habían abandonado por completo las benzodiazepinas a los 3 meses, el porcentaje de abstinencia fue del 58,8% a los 10 años, y quienes no consiguieron mantener la abstinencia realizaron un consumo más adecuado (uso intermitente y dosis más bajas)²⁷. Esto podría deberse a que los/las pacientes adquieren un mayor conocimiento y hacen un mejor uso de los fármacos, con lo que estas intervenciones podrían contribuir favorablemente a su empoderamiento²⁸. Tampoco puede descartarse que intervenciones de este tipo contribuyan a un cambio en la cultura de prescripción²⁹, y que los/las médicos participantes adquieran mayor percepción del riesgo de las benzodiazepinas y más sensibilización con su uso prudente, lo que podría contribuir a un efecto más allá de la propia intervención.

Las claves de la intervención han sido, a nuestro juicio, disponer de un material institucional de calidad que aporta información sencilla y clara, y la adecuada selección de los/las pacientes por los/las médicos/as de familia que conocen y atienden a esa población.

Nuestro grupo ha ensayado una intervención similar para la desprescripción de inhibidores de la bomba de protones en pacientes sin enfermedad digestiva, de los que igualmente existe un sobreuso³⁰, y también se han obtenido buenos resultados (pendiente de publicación). Del mismo modo, se están ensayando intervenciones que abordan de manera simultánea varios grupos farmacológicos³¹.

El criterio utilizado para la selección de participantes fue que tuvieran una prescripción electrónica de benzodiazepinas activa, sin considerar si el medicamento había sido dispensado o no. Esto dio lugar a que se incluyeran en el estudio 200 pacientes con la

prescripción activa, pero que no habían recogido los hipnóticos de la farmacia en los 3 meses anteriores al envío de la *Benzocarta*. Esta circunstancia podría haber subestimando el efecto real de la intervención, ya que si se hubiera dirigido exclusivamente a pacientes con consumo diario y regular, los resultados habrían sido previsiblemente mejores. Excluyendo a dichos pacientes del análisis, la tasa de abandonos al año ascendería al 25,1% (IC95%: 22,8%-27,5%). Es posible que los/las pacientes que tienen una benzodiacepina prescrita diaria pero no la retiran de la farmacia tengan un patrón de consumo irregular y no continuado. Esto explicaría, en parte, que un 18% de pacientes aumentara el consumo de benzodiacepinas en nuestro estudio, si bien este dato requiere una evaluación en mayor profundidad para conocer sus causas y poder descartar que se trate de una consecuencia negativa de la intervención.

La principal limitación de nuestro estudio es no disponer de grupo control. Se decidió utilizar el diseño antes-después buscando una intervención con el mínimo impacto en la carga de trabajo de los/las profesionales. No obstante, es poco probable que la diferencia observada se produjera en ausencia de intervención en el periodo de tiempo estudiado.

El hecho de que solo participaran médicos/as de familia voluntarios/as, más que una limitación, lo consideramos parte esencial de la intervención. Los/las médicos/as de familia firman y envían la carta, lo que supone que aceptan su contenido y son favorables a proponer la retirada de los fármacos³² (facilitadores), en contraste con lo que ocurre en otras ocasiones en las que el/la médico/a desanima al paciente²² (barreras), motivo más frecuente por el cual las personas que recibieron la carta no iniciaron la retirada en el estudio canadiense²⁰. Consideramos, por tanto, que el efecto de la intervención será extrapolable siempre que la selección de pacientes se realice de forma cuidadosa por parte de los/las médicos/as de familia, y que también dependerá de la relación médico-paciente³³.

Otra limitación es que, debido a su carácter de intervención mínima, no se realizó un seguimiento individualizado de los/las pacientes, por lo que no se registraron posibles efectos adversos de la intervención, aunque consideramos que los/las médicos/as de familia los habrían notificado (en especial si hubiesen sido clínicamente relevantes). Además, existen suficientes evidencias de que la retirada escalonada de benzodiacepinas es segura^{18,20}.

En conclusión, la *Benzocarta* se ha mostrado útil para disminuir el consumo de hipnóticos en nuestro medio, es una intervención sencilla y factible en el ámbito de la atención primaria, permite intervenir sobre poblaciones amplias e incluso puede repetirse periódicamente. Serían necesarios estudios controlados para confirmar la eficacia de este tipo de intervención.

¿Qué se sabe sobre el tema?

El consumo de benzodiacepinas en España es muy alto, por lo que adquiere la magnitud de problema de salud pública. Existen diversas estrategias de desprescripción para estos fármacos que se han mostrado eficaces; entre ellas, la intervención mínima, que se ha ensayado en otros países y de la que desconocemos su eficacia en nuestro medio.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La *Benzocarta* disminuyó el consumo de hipnóticos en pacientes con insomnio seleccionados por sus médicos de familia, sin suponer un aumento de la carga de trabajo para los profesionales. Es una intervención sencilla, factible, sin coste elevado y que permite intervenir sobre poblaciones amplias de forma simultánea.

Editor responsable del artículo

Miguel Ángel Negrín Hernández.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

M. Baza Bueno y E. Ruiz de Velasco Artaza coordinaron el estudio. El diseño fue realizado por M. Baza Bueno, E. Ruiz de Velasco Artaza, J. Fernández Uria y A. Gorroñogoitia Iturbe. E. Ruiz de Velasco Artaza fue la analista principal, y en el análisis de los datos también participaron M. Baza Bueno, J. Fernández Uria y A. Gorroñogoitia Iturbe. M. Baza Bueno se encargó de coordinar la redacción del manuscrito, en la que también participaron E. Ruiz de Velasco Artaza, J. Fernández Uria y A. Gorroñogoitia Iturbe en la redacción final y su revisión crítica. Todas las personas firmantes participaron en la redacción del manuscrito y en su revisión crítica, y aprobaron la versión final para su publicación.

Agradecimientos

A todas/os las/os médicas/os voluntarias/os que participaron en la intervención (véase el Apéndice F *on line*) y al equipo de la Comisión de Farmacia de Atención Primaria de la OSI Bilbao-Basurto. A Iñaki Mendibil por su colaboración en el análisis estadístico. A Arritxu Etxebarria, Enrique Gavilán y Carlos Calderón por su revisión crítica del manuscrito y sus valiosos comentarios.

Financiación

La intervención se desarrolló dentro de la estrategia de uso prudente del medicamento llevada a cabo por la Comisión de Farmacia de Atención Primaria de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto, con los medios propios de la organización y sin financiación externa.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi: [10.1016/j.gaceta.2019.06.012](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.012).

Bibliografía

1. Vicens C, Sempere E. Uso adecuado de benzodiacepinas. *Actual en Med Fam.* 2014;10:390-3.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Comunidad de Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.º 2007/5-1.
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía terapéutica en atención primaria basada en la selección razonada de medicamentos. 4.ª ed. Barcelona: Semfyc; 2010. p. 592.
4. Martínez-Cengotitabengoa M, Díaz-Gutiérrez MJ, Besga A, et al. Prescripción de benzodiacepinas y caídas en mujeres y hombres ancianos. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11:12-8.

5. Gray SL, Dublin S, Yu O, et al. Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. *BMJ*. 2016;352:i90.
6. CADIME. Benzodiazepinas: riesgos y estrategias para su retirada. *Bol Ter Andal*. 2014;29:10–6.
7. Sempere E, Salazar J, Palop V, et al. Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. Período 2000–2010. *Aten Primaria*. 2014;46:416–25.
8. Huerta C, Abbing-Karahagopian V, Requena G, et al. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in seven European electronic healthcare databases: a cross-national descriptive study from the PROTECT-EU Project. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2016;25:56–65.
9. Dirección de Farmacia. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Datos del Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. Período de evaluación del Contrato-Programa. 2015.
10. Fernández T, Gómez MJ, Baidés C, et al. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;30:297–303.
11. Bejarano F, Piñol JL, Mora N, et al. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40:617–21.
12. Azparren A, García I. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. *Bol Inf Farmacoter Navar*. 2014;22:1–12.
13. Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, et al. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Soc Sci Med*. 2006;62:1237–44.
14. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, et al. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction*. 2009;104:13–24.
15. Gould RL, Coulson MC, Patel N, et al. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2018;204:98–107.
16. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2011;61:e573–8.
17. Vicens C, Fiol F, Llobera J, et al. Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. *Br J Gen Pract*. 2006;56:958–63.
18. Vicens C, Sempere E, Bejarano F, et al. Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care. *Br J Gen Pract*. 2016;66:e85–91.
19. Gorgels WJM, Oude Voshaar RC, Mol AJ, et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. *Drug Alcohol Depend*. 2005;78:49–56.
20. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education. *JAMA Intern Med*. 2014;174:890–8.
21. Ng BJ, Le Couter D, Hilmer S. Deprescribing benzodiazepines in older patients: impact of interventions targeting physicians, pharmacists, and patients. *Drugs Aging*. 2018;35:493–521.
22. Martin P, Tamblyn R, Ahmed S, et al. A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Educ Couns*. 2013;92:81–7.
23. Turner JP, Richard C, Lussier M-T, et al. Deprescribing conversations: a closer look at prescriber–patient communication. *Ther Adv Drug Saf*. 2018;9:687–98.
24. Gillespie RJ, Harrison L, Mullan J. Deprescribing medications for older adults in the primary care context: a mixed studies review. *Health Sci Rep*. 2018;1:e45.
25. Sacyl. Retirada de benzodiazepinas, una experiencia en Sacyl. Portal del medicamento. 2017. (Consultado el 4/3/2018.) Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/noticias-destacados/destacados/retirada-benzodiazepinas-experiencia-sacyl>.
26. Godfrey C, Heather N, Bowie A, et al. Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: cost-effectiveness. *Addict Res Theory*. 2008;16:309–17.
27. De Gier NAH, Gorgels WJM, Lucassen PLBJ, et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10-year follow-up. *Fam Pract*. 2010;28:253–9.
28. Martin P, Tannenbaum C. A realist evaluation of patients' decisions to deprescribe in the EMPOWER trial. *BMJ Open*. 2017;7:e015959.
29. Cassel CK. Choosing wisely Helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012;307:1801–2.
30. Aizpurua I, Bracerás L, Elizondo I, et al. Inhibidores de la bomba de protones: recomendaciones de uso. Osakidetza-Departamento de Salud del Gobierno Vasco. 2016. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Inhibidores_de_la.Bomba.de.Protones.Recomendaciones_mayo_2016.pdf.
31. Martin P, Tamblyn R, Ahmed S, et al. A consumer-targeted, pharmacist-led, educational intervention to reduce inappropriate medication use in community older adults (D-PRESCRIBE trial): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:266.
32. Reeve E, To J, Hendrix I, et al. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013;30:793–807.
33. Schöpf AC, von Hirschhausen M, Farin E, et al. Elderly patients' and GPs' perspectives of patient-GP communication concerning polypharmacy: a qualitative interview study. *Prim Health Care Res Dev*. 2017;19:355–64.