

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

TRABAJO FIN DE MÁSTER



ISABEL GARCÍA ROMERO
TUTOR: Dr. FRANCISCO GUILLÉN GRIMA

MÁSTER UNIVERSITARIO EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
CURSO 2015/16

APROBACIÓN DEL TUTOR

El presente trabajo denominado “Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas”, ha sido supervisado y aprobado por la profesora tutor Dr. Francisco Guillén Grima, de la Universidad Pública de Navarra, para su presentación y defensa ante el tribunal que calificará los trabajos de Fin de Máster de Salud Pública en el curso 2015-2016.

Pamplona, Junio 2016

*"Para toda mi familia,
porque solo con vosotros
cualquier sueño se hace realidad"*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.....	52
PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2014-20.....	55
OBJETIVO PRINCIPAL.....	59
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	59
DURACIÓN DE LA CAMPAÑA.....	60
PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	61
CRONOGRAMA.....	130
INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA.....	138
NORMATIVA Y REGLAMENTACIÓN.....	143
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	147
EVALUACIÓN.....	154153
BIBLIOGRAFÍA.....	159
ANEXOS.....	164

1. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

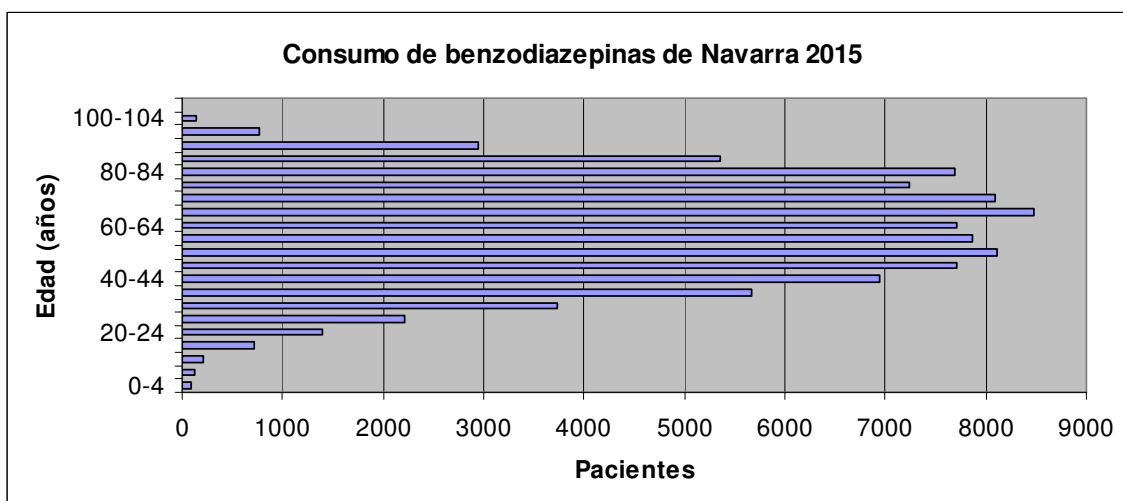
DATOS DE CONSUMO EN NAVARRA

Las benzodiazepinas son uno de los fármacos más prescritos en los países desarrollados. En Navarra el consumo se mantiene estable con una media de 89,02 DHD (dosis/1000 habitantes/día) en los últimos 10 años.

En el año 2015 se dispensaron en nuestra comunidad **819.106** envases, lo que representa un 7,03% del total de medicamentos. Estos fueron prescritos a 94.607 pacientes, es decir, al 16% de la población Navarra, siendo mujeres y ancianos en su mayoría.

El rango de edad en el que más se prescriben en Navarra es los 65-69 años (8,91%) y los 70-74 años (8,97%). Aunque entre los 40-45 años consumen benzodiazepinas el 13,18% de la población, a partir de los 85 años las consumen la mitad (51,1%) (Figura I).

Figura I. Porcentaje de pacientes tratados con benzodiazepinas en función de la edad en Navarra durante el año 2015



Es importante saber que no todas las benzodiazepinas son iguales ni tienen las mismas indicaciones. De hecho, los principios activos más prescritos en nuestra comunidad durante el 2015 fueron lormetazepan (25%), lorazepam (24%) y alprazolam (19%), siendo las dos primeras moléculas ampliamente utilizadas como lo que comúnmente se denomina “pastillas para dormir”. Y será en esta indicación como meramente hipnótico en la que nos vamos a centrar para la realización de este trabajo, dado a que los episodios de ansiedad requieren un manejo multidisciplinar y más complejo.

DATOS DE CONSUMO EN ESPAÑA Y EUROPA

Diferentes estudios mostraron que el consumo de ansiolíticos e hipnóticos aumentó considerablemente y de manera sostenida en España durante los años 90. Los datos más recientes sugieren que España estaría situada por encima de la media europea en consumo de ansiolíticos, pero por debajo de esta en el consumo de hipnóticos. En una encuesta nacional de drogas de abuso se ha estimado que la prevalencia de uso de hipnóticos sedantes en España durante el año 2011 fue del 11,4% en población general.

Un Informe de Utilización de Medicamentos describe como el consumo de ansiolíticos e hipnóticos en su conjunto pasó de 56,7 DHD en el año 2000 a 89,3 en el año 2012, representando un incremento del 57,4% durante el periodo. El grupo de hipnóticos y sedantes experimentó un incremento del 81,8%, mientras que el de los ansiolíticos aumentó un 46,8%¹ (Figura II)..

A nivel europeo, según los datos proporcionados por la base Health Data OECD, en 2013 España se encontraba entre los mayores consumidores de ansiolíticos e hipnóticos de Europa. Aunque el consumo de ansiolíticos (52,3 DHD), era muy superior a la media, el consumo de hipnóticos (28,3 DHD) era inferior y se aproximaba a esta² (Figura III y IV).

.

Figura II. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos en España.

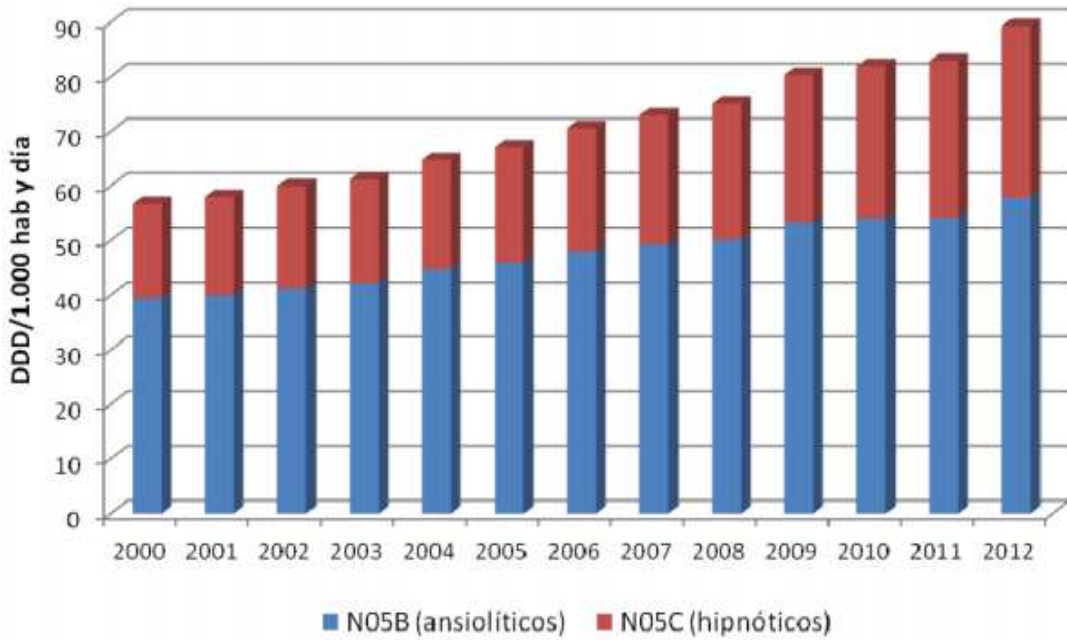


Figura III. Consumo de ansiolíticos OCDE 2013.

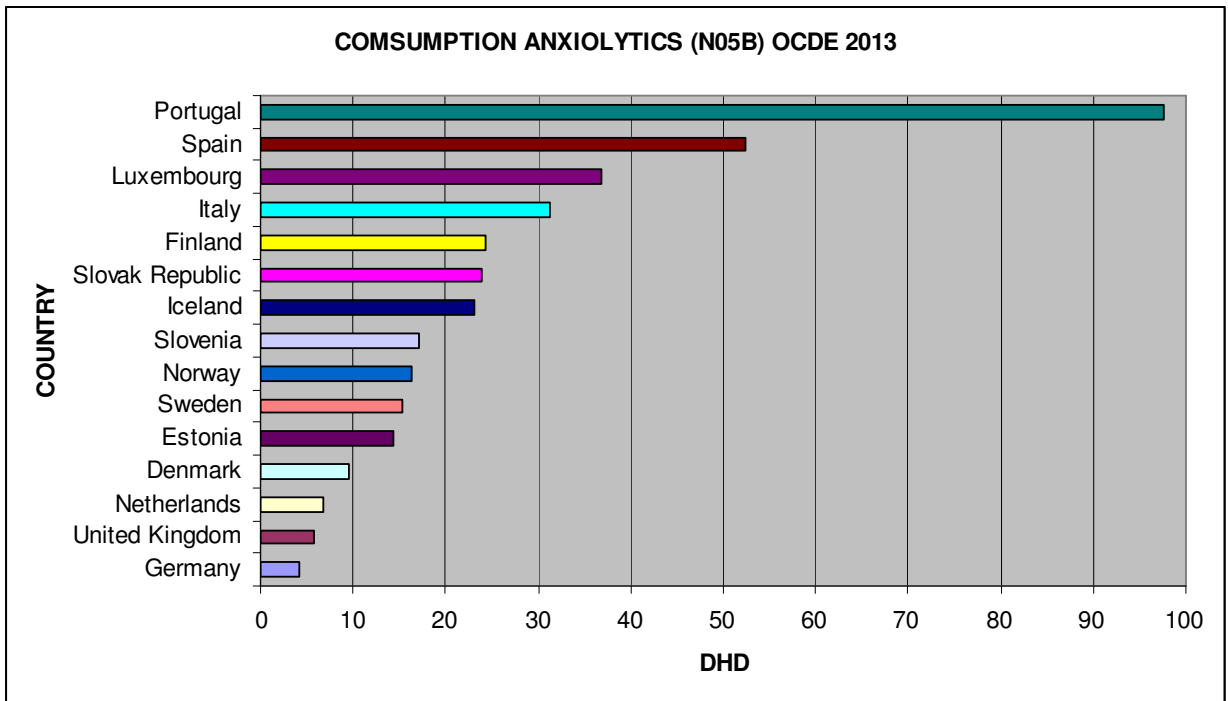
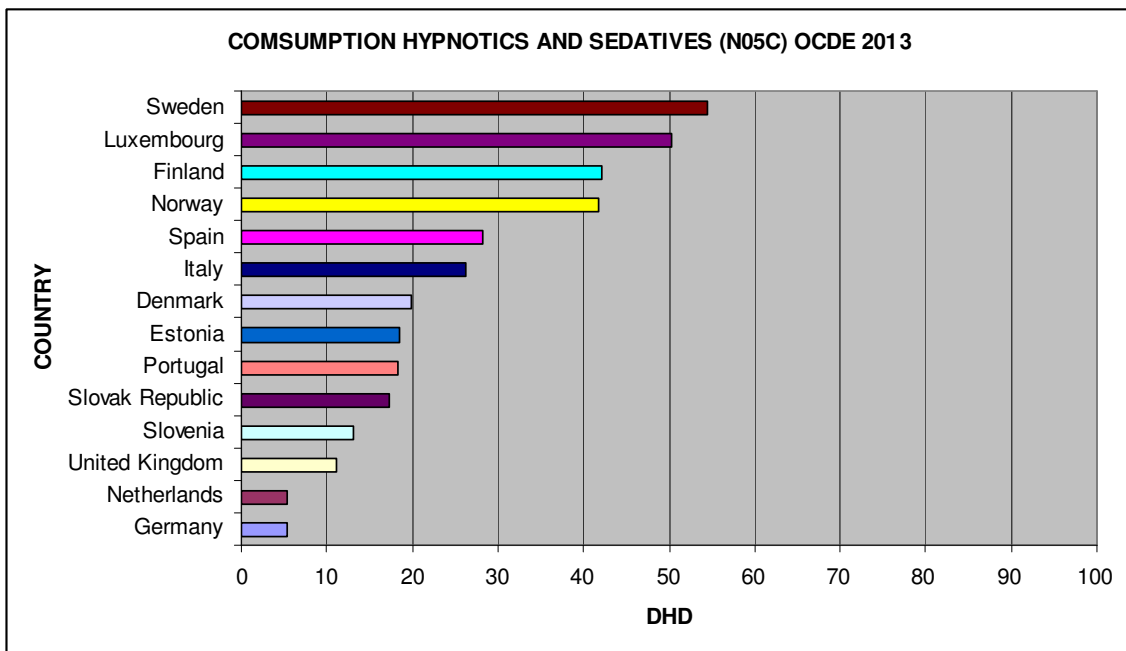


Figura IV. Consumo de hipnóticos y sedantes OCDE 2013.

EL INSOMNIO

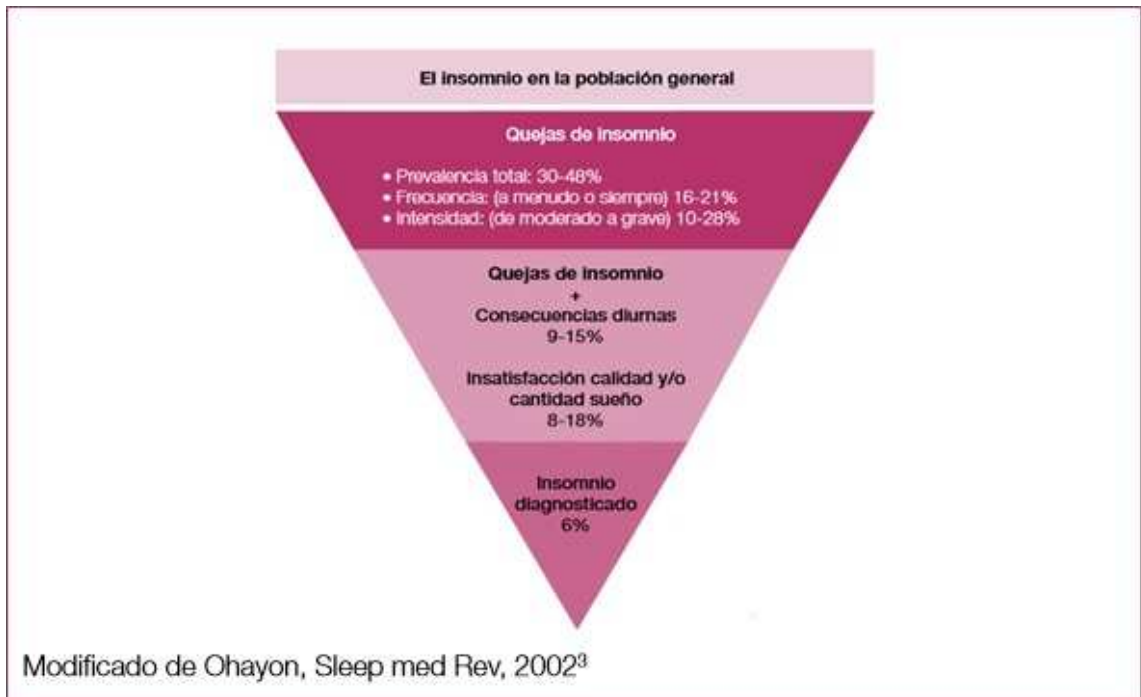
DEFINICIÓN DE INSOMNIO

El insomnio se define como la dificultad para iniciar el sueño, mantenerlo o lograr un sueño reparador, asociado a una repercusión en vigilia con dificultades diurnas, en las esferas de lo fisiológico, emocional y cognitivo³.

Entre el 10-40% de la población adulta expresa problemas para poder dormir y muchos demandan tratamiento con hipnóticos, desconociendo que el hecho de padecer insomnio puede no ser motivo suficiente para comenzar un tratamiento farmacológico si éste no está asociado a un gran malestar, estrés, limitación de la actividad laboral o social⁴. Estas cifras de prevalencia del insomnio varían significativamente de unos estudios a otros por diferencias metodológicas, principalmente relacionadas con la definición de insomnio utilizada. Por ello, se

habla de distintos porcentajes en función de si se estos se basan en la población total o en aquella que presenta diferentes características relacionadas con la patología (Figura V)

Figura V. El insomnio en la población general³.



La valoración clínica inicial debe ser individual y se ha de considerar un adecuado diagnóstico diferencial entre:

- **quejas subjetivas** de insomnio sin repercusión diurna.
- **insomnio paradójico**: no se confirma con historia de familiares o estudios.
- **insomnio secundario**: la causa base radica en otras patologías médicas, psiquiátricas o iatrogénicas a otros medicamentos (anticonvulsivantes, broncodilatadores, descongestivos nasales, esteroides, anfetaminas, etc.).
- **insomnio psicofisiológico**: la corrección de hábitos y terapias no farmacológicas son la herramienta de elección.

CLASIFICACIÓN DEL INSOMNIO

Existen diversas clasificaciones del insomnio, pero de forma práctica se puede clasificar en función del momento de la noche en que se produce y de su duración.

1. En función del momento de aparición:

- **insomnio de conciliación:** cuando hay dificultad para iniciar el sueño en un tiempo superior a los 30 minutos. Es la tipología más frecuente.
- **insomnio de mantenimiento:** el paciente se despierta en varias ocasiones durante la noche y refiere dificultad para volver a conciliar el sueño.
- **insomnio de despertar precoz:** el paciente se despierta a una hora muy temprana y no se ve capaz de volver a dormir (muy frecuente en ancianos y en pacientes con depresión).

2. En función de la duración:

- **insomnio transitorio** (1-2 noches): desencadenado habitualmente por circunstancias puntuales estresantes (exámenes, viajes con cambios horarios). Son episodios autolimitados, tienden a desaparecer cuando revierte la situación y no suelen requerir tratamiento o muy puntualmente.
- **insomnio agudo o de corta duración** (menos de 3 semanas): por causas de mayor gravedad (problemas laborales, familiares, episodios traumáticos, etc.). En este caso los hipnóticos pueden estar indicados ocasionalmente.
- **insomnio crónico** (más de 3-4 semanas, a veces meses o años). La etiología suele ser multifactorial y no siempre está bien establecida.

ETIOPATOGENIA DEL INSOMNIO

Los factores que contribuyen a la aparición, el desarrollo y el mantenimiento del insomnio se agrupan en: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Esta división, basada en el curso clínico del trastorno en el que actúan los diversos factores es orientativa, pues en algunos aspectos pueden solaparse³.

1. Factores predisponentes

- **Género, raza, edad, nivel socioeconómico y estado de salud**, son factores predisponentes para el insomnio. El sexo femenino, la edad avanzada, el estatus socioeconómico más bajo, concurrente trastornos médicos y mentales, estado civil (mayor riesgo en divorciada / separada contra las personas casadas o no casadas), y la raza (mayor riesgo en las comunidades afroamericanas frente a raza blanca)⁵.
- **Genéticos**. Hay pocos estudios en este ámbito, probablemente por la dificultad para definir el fenotipo. Algunos estudios en gemelos o familias sugieren la heredabilidad del insomnio⁴². Aunque se necesitan estudios más específicos, lo que parece heredarse son ciertos rasgos temperamentales, como la emocionalidad lo que, a efectos del insomnio, se traduce en una mayor facilidad para alertarse ante una situación estresante.
- **Psicológicos**. Destacan, sobre todo, *los sentimientos negativos y la tendencia a la inhibición de la expresión emocional*. Los factores predisponentes de naturaleza psicopatológica han sido ampliamente documentados en estudios que han usado criterios operativos como los del DSM. Éstos han demostrado que la casi totalidad de los pacientes con insomnio crónico presentan sintomatología y/o trastornos de personalidad; siendo los más comunes el trastorno distímico, los trastornos de ansiedad y

los rasgos/trastornos de personalidad obsesivos. Por otra parte, los pacientes con insomnio crónico usan estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción que son menos eficaces en la resolución de problemas y típicamente incrementan la activación emocional.

2. Factores precipitantes:

- **Situaciones estresantes.** Estudios controlados han demostrado que el comienzo del insomnio crónico está precedido de un aumento de acontecimientos estresantes. El abuso de medicamentos y sustancias como el tabaco también pueden interferir.

3. Factores perpetuantes:

Se relacionan, sobre todo, con el **miedo a no dormir y con las creencias y comportamientos no adaptativos**, con el consiguiente desarrollo de hábitos erróneos en relación con el sueño.

IMPACTO DEL INSOMNIO: CARGAS ASOCIADAS

La influencia del insomnio en la salud se ha estudiado poco desde el punto de vista epidemiológico, a excepción de su relación con la psicopatología. No obstante, varios estudios han demostrado una asociación del insomnio con un peor estado de salud en general y con la percepción de la propia salud como mala. Son varias las patologías asociadas al insomnio que así lo corroboran, y que aumentan a medida que el insomnio se cronifica^{3,6}.

:

- **Alteraciones emocionales:** fatiga diurna, alteraciones del humor e irritabilidad, disforia, tensión o indefensión.

- **Alteraciones somáticas:** típicamente gastrointestinales, respiratorias, dolores de cabeza, y dolores no específicos.
- **Alteraciones cognitivo-conductuales:** deterioro en los ámbitos social y laboral, con un aumento de la dificultad de concentración y de autogestión, menor productividad y paciencia hacia los demás. lo que conduce al absentismo y a una mayor tendencia a accidentes laborales o de tráfico.
- **Desequilibrio homeostático y daño cerebral:** durante la vigilia, aumenta la acumulación en el espacio intersticial cerebral de distintos productos de degradación de la actividad neuronal potencialmente neurotóxicos. Si estos no se eliminan de una manera rápida y eficiente, podrían llegar a causar graves alteraciones de la transmisión sináptica y lesiones neuronales irreversibles. Algunos autores mantienen la teoría que sería el propio sistema nervioso central el responsable de la eliminación de dichos desechos durante el sueño, a través de la generación de la necesidad de dormir y de un aumento del intercambio entre los líquidos intersticial y cefalorraquídeo. Esto resulta en un sueño reparador para el organismo y en un adecuado equilibrio homeostático⁷.
- **Enfermedades respiratorias y cardiovasculares:** EPOC, asma, bronquitis crónica, un infarto agudo de miocardio, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, hipertensión, ictus o diabetes.
- **Otras comorbilidades:** las que causan falta de aliento, dolor, nicturia, alteraciones gastrointestinales o limitaciones de la movilidad.
- **Mortalidad:** la relación entre el insomnio y mortalidad no está establecida, pero parece que este puede contribuir, principalmente cuando el insomnio se acompaña de escasa duración del sueño (<6 horas por noche). También se incrementa el riesgo de suicidio.

- **Enfermedades mentales:** estas son sin duda, las comorbilidades asociadas al insomnio que más preocupación y recursos consumen. Un metanálisis de más de 20 estudios concluyó que el insomnio persistente duplica el riesgo de depresión. Y es que aproximadamente el 50% de las personas con insomnio tienen un trastorno psiquiátrico, predominando los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor) o trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizado o trastorno por estrés post-traumático). Algunas publicaciones señalan que, si bien casi el 80% de los que sufren trastorno depresivo mayor presentan insomnio, en prácticamente la mitad de los casos el insomnio era prevalente, ya que la persistencia de sus manifestaciones aumenta marcadamente la probabilidad de padecer esta enfermedad en un período de un año.
- **Medicamentos y abuso de sustancias:** el efecto del alcohol es claro, dado que con frecuencia se utiliza como automedicación entre las personas con insomnio. Cerca del 10% de los pacientes con insomnio consumen alcohol varias noches por semana.
- **Utilización de los servicios asistenciales:** algunos estudios también realizados en Estados Unidos, muestran que los pacientes con insomnio, en general, frecuentan más las consultas, lo que supone un aumento de los costes sanitarios tanto directos como indirectos.

INSOMNIO EN PERSONAS MAYORES

Hay pocos estudios que evalúen la prevalencia de insomnio en las personas mayores de 65 años. En nuestro ámbito se estima que alrededor de un 32% de estos pacientes presentan perturbaciones en la esfera del sueño, aunque las cifras se sitúan en torno al 12% cuando se refieren a las clasificaciones del insomnio.

Las tasas de prevalencia de insomnio son aun más altas cuando se tienen en cuenta la coexistencia de otras enfermedades clínicas o psiquiátricas.

Las perturbaciones del sueño graves pueden contribuir a la depresión, deterioro cognitivo con déficits en atención y memoria, a dificultades para el funcionamiento diurno (humor, energía, el rendimiento), a mermar la calidad de vida, así como contribuyen significativamente a aumentar los costes de atención de la salud.

Los cambios de estilo de vida relacionados con la jubilación, la mayor incidencia de problemas de salud y el mayor uso de medicación, sitúan a las personas mayores en un mayor riesgo de alteraciones del sueño. En estos, las consecuencias del insomnio crónico se traducen en tiempos de reacción más lentos y mayor dificultad para mantener el equilibrio, lo que conlleva un incremento del riesgo de caídas y, por tanto, de mortalidad.

Pero no hay que olvidar que las personas mayores, en general, no duermen menos que el resto de la población, sino que siguen un ciclo de sueño distinto. Con la edad se produce una redistribución del sueño a lo largo de las 24 horas, provocada tanto por la desorganización temporal de las funciones fisiológicas como por la disminución y/o ausencia de sincronizadores externos, lo que se traduce en una menor duración del sueño nocturno y en un incremento de la tendencia al sueño durante el día. Es importante conocer estas características diferenciadores, tanto para evitar diagnósticos inadecuados por parte de los profesionales, así como para dar cuenta al paciente de que lo que él percibe como patológico es perfectamente adecuado para su edad.

Un resumen de las características del sueño en las personas mayores son las siguientes:

- Menor duración del sueño nocturno
- Tendencia a las siestas o “cabezadas” múltiples durante el día
- Sueño más fragmentado

- Mayor número de despertares nocturnos, los cuales pueden ser más prolongados
- Disminución de la capacidad de recuperación del sueño tras períodos de privación de éste
- Disminución de la cantidad de sueño respecto al tiempo en cama
- Sueño más ligero y mayor facilidad de despertar con estímulos sonoros.
- Tendencia a un sueño nocturno adelantado y a un despertar precoz
- Mayor percepción de mala calidad del sueño, especialmente entre mujeres

RECOMENDACIONES GENERALES EN EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

El tratamiento del insomnio se debe abordar dentro de un contexto terapéutico integral, contemplando desde el inicio las medidas no farmacológicas de higiene del sueño, técnicas de relajación y terapia cognitivo conductual, medidas que han demostrado mayor eficiencia cuando se utilizan de forma combinada^{3,8}.

El tratamiento farmacológico es una medida coadyuvante dentro del modelo de tratamiento integral del insomnio, ya que el uso de medicación antes de iniciar la terapia conductual parece ser menos efectiva. Este se reserva para cuando las medidas no farmacológicas no son suficientes y existe un insomnio refractario e intenso que limita la actividad del paciente o le somete a una situación importante de estrés.

Actualmente los grupos terapéuticos más utilizados y eficaces para el tratamiento del insomnio son las benzodiazepinas, los análogos a estas conocidos como fármacos Z y los compuestos no benzodiazepínicos. Ambos acortan la latencia del sueño y aumentan la cantidad total del mismo.

LAS BENZODIAZEPINAS

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Las benzodiazepinas son fármacos que actúan potenciando la acción inhibitoria del GABA, neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central en mamíferos y principal responsable de la reducción de excitabilidad neuronal y de la regulación del tono muscular. Aunque tienen otras indicaciones como anticonvulsivantes, relajantes musculares o adyuvantes en la desintoxicación alcohólica, se utilizan principalmente para el tratamiento del insomnio y de la ansiedad. No tienen indicación como antidepresivo y su principal antagonista es el flumazenilo⁹.

Por lo general las BZD se absorben muy bien por vía oral, mientras que la vía intramuscular presenta una absorción lenta e irregular. El uso por vía endovenosa se limita a situaciones de emergencia (convulsiones).

Por ello, en tratamientos a corto plazo resultan eficaces, seguras y con una acción rápida. Pero en tratamientos prolongados pueden aparecer problemas de tolerancia y dependencia, aumento de riesgo de accidentes, incremento de caídas, fracturas de cadera o deterioro de la memoria.

Son fármacos adictivos. Según algunos autores el abuso de las benzodiazepinas es un problema silente⁹. Diversos factores favorecen la continuidad del tratamiento. Uno fundamental es la resistencia al abandono por parte del paciente. Otros factores son la escasez de tiempo en la consulta y las dificultades para manejar la retirada.

CLASIFICACIÓN DE LAS BENZODIAZEPINAS

Las benzodiazepinas se pueden clasificar en función del tiempo necesario para su inicio de acción, o en función de su vida media en sangre.

Inicio de acción: es distinto según el principio activo y constituye un criterio fundamental en la selección de las BZD.

- **inicio rápido** (0,5-1 h): resultan de utilidad para insomnio de conciliación y crisis de ansiedad
- **inicio intermedio** (1-3 h).
- **inicio lento** (> 3 h): preferibles en insomnio de mantenimiento o despertar precoz y en la ansiedad generalizada.

La vida media de las BZD: es otro de los criterios de selección.

- **corta** (< 6 h): de elección para evitar sedación diurna.
- **intermedia** (6-24 h)
- **larga** (> 24 h): de elección en problemas de ansiedad generalizada.

La potencia es una cualidad que marca la diferencia entre estos fármacos, siendo más adictivas aquellas más potentes. En la práctica clínica se tiene en cuenta las dosis de equipotencia, tomando como referencia el diazepam a efectos de suspensión gradual de tratamientos (Tablas I y II).

Por otra parte, la vida media de las benzodiazepinas experimenta variaciones con la edad y la función hepática. La mayoría de ellas se metabolizan por oxidación a nivel hepático vía citocromo P450, liberando metabolitos activos. Pero este proceso se vuelve menos eficiente con la edad. Así, por ejemplo, el diazepam pasa de tener una vida media aproximada de 20 horas en individuos jóvenes, a una vida media de más de 80 horas en individuos ancianos con función hepática normal para su edad.

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

Tabla I. HIPNOTICOS: Dosis equipotentes a Diazepam 5 mg.

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	VIDA MEDIA (h)	DOSIS APROXIMADA (mg)
ACCIÓN CORTA (MENOS DE 8 HORAS)			
Brotizolam	Sintonal®	3 - 8	0,25
Midazolam	Dormicum®	1 - 5	7,5
Triazolam	Halcion®	3 - 5	0,125 - 0,25
Zolpidem	Dalparan®, Stilnox®	1,5 – 2, 4	10
Zopiclona	Datolan®, Limovan®, Siaten®, Zopiclona®	5	7,5
ACCIÓN MEDIA (8 – 24 HORAS)			
Flunitrazepam	Rohipnol®	15 – 30	0,5 – 1
Loprazolam	Somnovit®	4 – 15	0,5 – 1
Lormetazepam	Noctamid®, Loramet®	11 – 30	0,5 - 1
ACCIÓN LARGA (MÁS DE 24 HORAS)			
Flurazepam	Dormodor®	24 – 100	15
Quazepam	Quiedorm®	40 – 55	10

Tabla II. ANSIOLÍTICOS: Dosis equipotentes a Diazepam 5 mg.

PRINCIPIO ACTIVO	MARCA COMERCIAL	VIDA MEDIA (h)	DOSIS APROXIMADA (mg)
ACCIÓN CORTA (MENOS DE 8 HORAS)			
Bentazepam	Tiadipona®	2 - 5	25
Clotiazepam	Distensan®	5,8 - 6,3	5
ACCIÓN MEDIA (8 – 24 HORAS)			
Alprazolam	Trankimazin®	12-15	0,25 - 0,5
Bromazepam	Lexatin®	10 - 20	3 - 6
Clobazam	Noiafren®	18	10
Ketazolam	Sedotime®	6 – 25	7,5
Lorazepam	Orfidal®, Idalprem®	11 – 30	0,5 - 1
ACCIÓN LARGA (MÁS DE 24 HORAS)			
Clorazepato	Tranxilim®	30 - 48	7,5
Clordiazepóxido	Huberplex®	1,5 - 4	15
DIAZEPAM	Valium®, Diazepam®	20 – 100	5
Halazepam	Alapryl®	30 – 100	10

La vía hepática de metabolización determina la alta frecuencia de interacciones con otros fármacos de uso cotidiano que interfieren en la acción de las benzodiazepinas de distintas maneras:

- Aumentando su concentración en plasma: omeprazol, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, digoxina, eritromicina, isoniazida, ketoconazol, betabloqueantes y anticonceptivos.
- Disminuyendo su concentración y su efecto: antiácidos, levodopa, carbamazepina, cafeína y tabaco
- Aumentando sus efectos depresores: el alcohol, analgésicos opioides, antidepresivos, neurolépticos, anticonvulsivantes y antihistamínicos.

Por todo ello, en los pacientes con insuficiencia hepática, ancianos o polimedicados se recomienda la prescripción de benzodiazepinas que se metabolizan por conjugación, aunque esta vía también se ve significativamente alterada con la edad (lormetazepam, lorazepam, loperazolam y oxazepam).

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LAS FICHAS TÉCNICAS

Las benzodiazepinas deben utilizarse a la dosis mínima que sea eficaz, en monoterapia y sólo en tratamientos cortos de trastornos agudos. La duración del tratamiento indicada en ficha técnica es, en el insomnio de 2 a 4 semanas, y en la ansiedad de 8 a 12 semanas, incluyendo en ambos casos la retirada gradual. Si la duración es más larga será necesario un seguimiento estrecho del paciente.

El comité para la seguridad de los medicamentos (Committee on Safety of Medicine)⁹, de la Agencia Británica de Medicamentos y Productos Sanitarios, es todavía más restrictivo en las recomendaciones de uso de las benzodiazepinas: “Las benzodiazepinas como tratamiento del insomnio o la ansiedad deben

utilizarse solo en el alivio sintomático, con una duración de tratamiento de entre 2 y 4 semanas (incluyendo la retirada gradual) y solo cuando se trate de procesos graves, incapacitantes o que sometan al paciente a una tensión inaceptable. En ansiedad leve a pasajera su uso es inadecuado. En trastornos mixtos ansiosodepresivos el tratamiento no debe superar las 2 semanas”.

Un estudio observacional en el que participaron 43.915 veteranos americanos mostró que entre los pacientes que iniciaban tratamiento combinado para la depresión, el 14,1% seguían tomando la benzodiazepina al menos 1 año después y que el 0,7% fueron diagnosticados de abuso de ansiolíticos o dependencia⁹.

EFFECTOS DE LAS BENZODIAZEPINAS EN EL CEREBRO Y EN EL COMPORTAMIENTO

Las benzodiazepinas pueden provocar a corto y largo plazo multitud de eventos adversos¹⁰. Entre ellos podemos destacar los siguientes:

- Reacciones psiquiátricas y paradójicas: Varían desde locuacidad o excitación a irritabilidad o conductas antisociales.
- Un aumento de hostilidad y agresividad: intoxicación
- Síndrome pseudodemencial
- Síndromes amnésicos: cuidado vida media corta
- Sedación
- Deterioro cognitivo y psicomotor
- Confusión
- Somnolencia diurna
- Deterioro en las habilidades complejas y de la conducción

- Riesgo de caídas y accidentes

Un problema de especial relevancia es el deterioro cognitivo grave, el cuál muy frecuentemente se confunde con un comienzo de demencia en pacientes ancianos. Por ello, actualmente se aconseja evitar su uso en estos pacientes siempre que sea posible. Este problema puede ocurrir también con otros fármacos que inducen fallos cognitivos.

Los efectos secundarios son más frecuentes si se utilizan fármacos de vida media larga (más de 24 horas), cuando las dosis son mayores a las recomendadas, si la duración del tratamiento es prolongada y si se combinan con otras sustancias psicoactivas como el alcohol. Las benzodiazepinas más potentes o de vida media más corta (menos de 8 horas) tienen mayor poder adictivo. Por ello, existe acuerdo en que las de alta potencia deberían restringirse en pacientes con antecedentes de abuso a otras sustancias.

Quedan todavía dos aspectos en los que hay que seguir investigando: si se producen cambios anatómicos y bioquímicos en el cerebro de consumidores de benzodiazepinas a largo plazo y la posibilidad de utilizar flumazenilo en la deshabitación, con la finalidad de disminuir el malestar de los síntomas de retirada. Este último se define como un antagonista de los receptores GABA A y por tanto, de la acción de las benzodiazepinas. En algún estudio se ha utilizado por infusión intravenosa o subcutánea a dosis bajas durante cuatro días, para deprescripciones rápidas y evitando síntomas de abstinencia significativos. Aunque existen algunos datos que avalan su eficacia, estos se dan en pequeños grupos de pacientes. En cualquier caso, se trata de una técnica que solo debe considerarse en determinadas unidades de atención especializada dado el riesgo de convulsiones que entraña esta administración de este antagonista⁹.

TOLERANCIA, DEPENDENCIA Y ABUSO

La tolerancia fisiológica a las benzodiazepinas se desarrolla en el momento en que la dosis habitual ingerida por el paciente ya no consigue el efecto terapéutico deseado. Este es un efecto secundario muy frecuente, dado que la tolerancia a los efectos hipnóticos se desarrolla a los pocos días o semanas de uso regular, y la tolerancia a los efectos ansiolíticos a los pocos meses. En cambio, apenas se desarrolla tolerancia a los efectos amnésicos u otros deterioros cognitivos.

La dependencia puede ser tanto física como psicológica o una combinación de ambas. La dependencia física se da como resultado de la tolerancia fisiológica y de los síntomas de abstinencia.

La adicción, o lo que es a veces llamado dependencia psicológica, incluye el abuso y la necesidad imperiosa de consumir estos fármacos únicamente para experimentar sus efectos eufóricos o intoxicantes. La adicción a las benzodiazepinas puede darse en pacientes con un tratamiento habitual prescrito pero que no pueden parar de consumirlas frente a un efecto adverso. Es importante diferenciar la adicción y abuso de la dependencia física de la benzodiazepinas, ya que la dependencia física es típica entre los consumidores a largo plazo, y el abuso o la adicción lo es entre pacientes que se encuentran fuera de cualquier control médico⁹.

Tolerancia y dependencia son los principales eventos adversos en los que vamos a trabajar directamente con el Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas. Y es que las consecuencias que se derivan directamente de estos fenómenos y que motivan la realización de nuestro programa de salud son que, a medio plazo, las benzodiazepinas se vuelven ineficaces, aunque seguirán produciendo dependencia y efectos secundarios considerables mientras se prolongue su tratamiento. Es importante que los profesionales sanitarios sean conscientes de

estas limitaciones para adecuar el uso de estos tratamientos a episodios agudos, y para poder motivar a los paciente para su retirada.

EFFECTOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Así como es importante el conocimiento de los efectos secundarios que se pueden asociar a un tratamiento, también es muy importante en este caso conocer los episodios que pueden darse tras una retirada abrupta de benzodiazepinas para saber distinguirlos entre sí. De este modo, podremos informar al paciente adecuadamente sobre los efectos indeseables que puede experimentar durante la retirada del fármaco y, al mismo tiempo, tranquilizarle intentando minimizar la aparición de estos en la medida de lo posible.

- **Recurrencia o recaída:** se define como la reaparición de forma persistente de la sintomatología inicial. Puede aparecer a los días o incluso semanas de la última toma.
- **Síndrome de rebote o de retirada:** consiste en la reaparición de los síntomas por los que se inicio el tratamiento. Aparecen a las horas o a los pocos días.
- **Síndrome de abstinencia:** consiste en la aparición de síntomas opuestos a los efectos terapéuticos de las BZD, y que el paciente puede no haber presentado con anterioridad. Pueden aparecer durante la retirada o a las semanas de la última dosis y su intensidad y duración varían en función del paciente, del tipo de BZD, del tiempo de consumo, y de la velocidad de su retirada. Algunos ejemplos de síntomas con el insomnio, ansiedad acusada, pérdida de peso, temblores, cefaleas, dolores musculares, irritabilidad, confusión, convulsiones, delirios o psicosis.

Por todo ello, la mejor manera de evitar cualquiera de estos síntomas indeseables es prescribir dosis mínimas en tratamientos cortos, retirándolos gradualmente⁹.

¿SON LOS FÁRMACOS Z MEJORES QUE LAS BENZODIAZEPINAS?

Los fármacos Z, zolpidem, zopiclona, zaleplon y eszopiclona (los dos últimos no comercializados en España) se promocionaron como hipnóticos con un perfil farmacocinético mejor que el de las benzodiazepinas: inicio de acción rápido, vida media corta, reducción de la latencia del sueño sin modificar la arquitectura del sueño y disminución de los efectos residuales durante el día. Pero han resultado ser similares a las benzodiazepinas en los efectos secundarios, en los problemas cognitivos, de comportamiento, psicomotor y conducción de vehículos. Todo ello hace que el balance beneficio riesgo, sobre todo en ancianos, sea similar a las benzodiazepinas, por lo que se recomienda cautela a la hora de prescribir estos fármacos. El NICE clasificó estos medicamentos como “Sin ventajas frente a las benzodiazepinas”.

Zopiclona y eszopiclona tienen una acción más larga que zolpidem, mientras que zaleplon es de acción más corta (vida media de 1 hora). Están indicados en el insomnio de inicio pero tienen el problema de que el efecto va disminuyendo a lo largo de la noche. Por ello, se trata de fármacos muy promocionados entre trabajadores a turnos, pilotos o personal militar.

En enero de 2013, la FDA recomendó como dosis inicial de zolpidem 5 mg para mujeres y la dosis de 5 mg ó 10 mg para hombres. Si esta dosis no es eficaz se puede aumentar a 10 mg. Advierte también que el uso de la dosis alta puede aumentar el riesgo de aletargamiento al día siguiente, importante si se va a conducir y/o a realizar actividades que requieren una gran atención.

Un año después, el comité de farmacovigilancia de la EMA (PRAC) realizó una revisión del zolpidem y el riesgo de problemas en la conducción y disminución de

la alerta mental al día siguiente. Concluye que para disminuir este riesgo los pacientes deben tomar la menor dosis que sea eficaz (nunca más de 10mg/día) justo antes de irse a la cama y no tomar otra pastilla la misma noche. En ancianos y pacientes con insuficiencia hepática, la dosis recomendada es de 5 mg. Además, no se recomienda conducir o utilizar maquinaria que requiera estar alerta hasta 8 horas después de tomar zolpidem⁹.

PRECAUCIÓN ESPECIAL EN ANCIANOS

Su lenta metabolización de fármacos, su mayor fragilidad, así como su mayor riesgo de comorbilidades y polimedicación, convierte a los ancianos en una población más susceptible a los efectos adversos de las benzodiazepinas. Por ello, la sociedad americana de geriatría señala al uso de benzodiazepinas como primera opción de tratamiento del insomnio, agitación o delirio, como una de las cinco cosas que hay que evitar en ancianos⁹.

Riesgo de deterioro cognitivo, demencia y Alzheimer

Estos son algunos de los riesgos que más consideración merecen en cualquier anciano bajo tratamiento con benzodiazepinas, sobre todo en su indicación como hipnótico.

Por un lado, es propio de los episodios de insomnio presentar déficits en atención y memoria como resultado de un sueño pobre o escaso. Pero estos síntomas podrían ser malinterpretados y derivar en un diagnóstico erróneo de deterioro cognitivo leve o demencia.

Y por otro lado, la asociación entre benzodiazepinas y deterioro cognitivo es una de las más evidenciadas y que debe ser tenida en cuenta en estos pacientes. Pero aunque esta asociación parece más resuelta, la evidencia en demencia es más limitada. Un estudio poblacional realizado en Francia mostró que el riesgo de

demencia se incrementaba en aproximadamente un 60% al iniciar el consumo de benzodiazepinas (HR = 1,60 IC95% = 1,08-2,38). En este estudio con un seguimiento de 15 años, participaron 1.603 pacientes (edad media 78,2 años) sin demencia, que comenzaron a tomar benzodiazepinas al menos tres años después de iniciarse el estudio⁹.

Un estudio reciente de casos y controles en 1.796 mayores de 66 años evaluó la asociación entre la enfermedad de Alzheimer y la exposición a benzodiazepinas durante al menos cinco años antes, teniendo en cuenta la posible relación dosis-respuesta y los posibles pródromos (ansiedad, depresión, insomnio) con el tratamiento. Tras el análisis ajustado, se encontró un mayor riesgo de enfermedad con el consumo de estos fármacos (OR:1,43; IC95% 1,28 a 1,60). Este riesgo era mayor a dosis altas, con principios activos de vida media y para tratamientos prolongados. Los autores concluyen que el uso de benzodiazepinas podría considerarse un marcador temprano de mayor riesgo de demencia y la utilización injustificada a largo plazo de estos fármacos debería tratarse como un problema de salud pública¹¹.

Riesgo de caídas y fracturas de cadera

Diversos estudios señalan el aumento del riesgo de caídas en ancianos tratados con benzodiazepinas^{12,13,14}. Un metanálisis mostró que el riesgo de caídas en una población de ≥ 60 años es aproximadamente un 40% mayor (OR = 1,41 IC 95% = 1,20-1,71) que en los que no las toman.

Se evaluó el impacto del uso de benzodiazepinas en la tasa de fracturas de cadera en cinco países europeos (Francia, Alemania, Italia, España y Reino Unido) y en Estados Unidos. La mayor utilización de benzodiazepinas se daba en España (22,3% de la población estaba tratada con benzodiazepinas en un año) y la más baja en Alemania (4,7%). El riesgo de fracturas de cadera asociado al uso

de benzodiazepinas variaba entre 1,8% en Alemania y 8,2% en España. El riesgo de caídas se valoró en un 40% (RR = 1,40 IC95% = 1,24-1,58).

El hecho de que una benzodiazepina tenga una vida media de eliminación corta no se asocia con un menor riesgo de caídas al compararla con las de vida media larga, por lo que unas y otras deben desaconsejarse en ancianos⁹.

Aumento de la mortalidad

Aunque la calidad de la evidencia es limitada, cada vez son más los estudios que apuntan a un riesgo de mortalidad asociado al uso de benzodiazepinas, ya sea por prescripción médica o por un uso indebido de estas¹⁵. El inconveniente es que se trata de estudios observacionales, por lo que estos datos deben ser interpretados con cautela.

Según un estudio retrospectivo de cohorte utilizando datos de prescripción de Atención Primaria en pacientes mayores de 16 años y seguidos durante una media de 7,6 años (0,1-13,4 años), la utilización de hipnóticos y ansiolíticos se asoció con un aumento significativo del riesgo de mortalidad: HR ajustado por edad y otros factores de confusión = 3,32 (IC 95% = 3,19-3,45) durante el primer año⁹.

LA DEPRESCRIPCIÓN

RAZONES POR LAS QUE DEBEMOS DEPRESCRIBIR BENZODIAZEPINAS

La razón principal por la que cualquier tratamiento prolongado con benzodiazepinas debe ser deprescrito es porque de esta manera los pacientes

mejoran significativamente en calidad de vida, ya que aumentan su memoria, el tiempo de reacción, el nivel de alerta y la concentración.

En un grupo de pacientes de ≥ 65 años en el que el 60% habían tomado benzodiazepinas durante más de 10 años (27% durante más de 20 años) se comprobó que la deshabitación mejoraba los aspectos cognitivos y psicomotores, con escasos síntomas de retirada. También se observó una falta de eficacia de la benzodiazepina como hipnótico debido a problemas de tolerancia. El 80% de los pacientes consiguieron dejar las benzodiazepinas a los 6 meses¹⁶.

Por otro lado, disminuimos el número de principios activos consumidos habitualmente por el paciente. Los principales beneficiarios en este caso serían los ancianos frágiles y polimedicados. Un estudio prospectivo con 5.052 personas de 65 años o más y residentes en la Comunidad de Madrid, observó una mayor mortalidad en pacientes polimedicados [HR=2,78 (IC95% 2,36-3,27)] y en el de consumidores de 1-5 medicamentos [HR=1,47 (IC95% 1,31-1,64)] que en aquellos que no tomaba ningún medicamento. Tras un análisis ajustado por factores sociodemográficos y de comorbilidad también se observó este riesgo entre los pacientes polimedicados [HR=1,83 (IC95% 1,51-2,21)]¹⁷.

Llevando a cabo una deprescripción escalonada de los tratamiento prolongados con benzodiazepinas, evitaríamos sus efectos secundarios y los efectos indeseables que se asocian a la retirada de estos fármacos.

DEPRESCRIPCIÓN: DEFINICIÓN

Un proceso de deprescripción es aquel que engloba tanto la reducción de la dosis como la suspensión total de un fármaco. En un artículo en el que se revisa este procedimiento, los autores definen 5 pasos¹⁸:

- Conocer todos los fármacos que toma el paciente y el motivo actual para tomar cada uno de ellos.
- Considerar para cada paciente el riesgo de presentar un efecto adverso inducido por el fármaco.
- Comparar el beneficio, actual o futuro de cada fármaco, con el daño actual o futuro que puede producir.
- Priorizar los fármacos a deprescribir según su balance beneficio riesgo y la probabilidad de que se den reacciones adversas o síntomas de rebote tras la suspensión del fármaco.
- Implementar un plan de deprescripción, monitorizando a los pacientes y vigilando si aparecen reacciones adversas.

La deprescripción está especialmente indicada en pacientes ancianos en los que aparece un síntoma nuevo que sugiera un efecto adverso, o en pacientes en fase terminal, o con demencia, fragilidad extrema o que dependan totalmente de otros para su cuidado.

Pero existen múltiples barreras que impiden la deprescripción, tanto entre los pacientes como entre los prescriptores. Ambos tienen miedo a los efectos que pueda provocar dejar de tomar un fármaco, aunque ocurran con mucha menor frecuencia que los efectos adversos debidos a los fármacos. Otra barrera es la presión para prescribir: existen muchas guías clínicas para prescribir y pocas para deprescribir.

FASES DE LA DEPRESCRIPCIÓN

1. RECOMENDACIONES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE NUEVOS TRATAMIENTOS

Algunos autores consideran que la mejor manera de deprescribir benzodiazepinas, es evitando tratamiento innecesarios. Y es que lo primero que se debe conocer todo profesional sanitario, es como deben ser prescritos los tratamientos con benzodiazepinas. Si se consigue prescribir racionalmente estos tratamientos desde ahora y acabar con falsos mitos o creencias, el consumo inadecuado de estos fármacos se vería reducido con el paso del tiempo.

Estas son las consideraciones que se deben tener siempre en cuenta a la hora de plantearse un tratamiento con benzodiazepinas:

- Evitar iniciar prescripciones innecesarias.
- Establecer con el paciente de la duración del tratamiento, evitando dejarla en manos del paciente y en función de su necesidad.
- Informar al paciente de la temporalidad de los beneficios del tratamiento, y de su posterior retirada gradual para evitar efectos desagradables.
- Concienciarle de los efectos adversos a largo plazo, incidiendo en aquellos más graves.
- Reevaluar la necesidad de mantener el tratamiento en cada visita.

a. Indicación de los tratamientos⁴

1. Como ansiolíticas:

- Deben utilizarse para el alivio sintomático a corto plazo (2-4 semanas) de una ansiedad intensa, invalidante ó que haga sufrir exageradamente al paciente.
- En trastornos mixtos ansiodepresivos, no debe excederse su tratamiento más de 2 semanas.
- El uso para ansiedad leve y pasajera es inapropiado e inadecuado.
- En estrés agudo o duelos, puede iniciarse su tratamiento mientras se esperan los efectos de otro tipo de fármacos, como pueden ser los antidepresivos. Usos prolongados podrían impedir la adaptación psicológica al trauma del paciente, resultando en este caso más pejudiciales que beneficiosos.

2. Como hipnóticas:

- Deben ser utilizadas exclusivamente para insomnio intenso, invalidante ó que haga sufrir exageradamente al paciente.

b. Características del tratamiento

Siempre deberán prescribirse tratamientos que cumplan con las siguientes características:

- tratamientos cortos:
 - 8 semanas en insomnio, incluyendo la retirada.
 - 12 semanas en ansiedad, incluyendo la retirada.

- debe prescribirse la dosis mínima eficaz
- en monoterapia
- procurar un tratamiento intermitente cuando se indique como hipnótico
- obligatoriedad de hacer un seguimiento del paciente si el tratamiento se prolonga más de lo recomendado.

c. Características individuales del paciente

A la hora de iniciar un tratamiento con benzodiazepinas, se seleccionara la molécula más adecuada en función de las siguientes características:

- Edad del paciente: evitar moléculas de semivida larga en ancianos.

- Efecto a conseguir: efecto hipnótico (semivida corta) o efecto ansiolítico (semivida larga).

- Patologías concomitantes: en insuficiencia hepática o renal se deben utilizar a dosis bajas.

- Características individuales del paciente: con antecedentes de dependencia a otras sustancias, evitar BZD de gran potencia como el alprazolam.

- Actividad laboral que implique conducción de vehículos o manejo de maquinaria pesada.

2. PERTINENCIA, MOTIVACIÓN Y VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Cuando el paciente lleve más de tres meses con un tratamiento de benzodiazepinas prescrito, su médico deberá ya considerar su deprescripción. Para ello deberá evaluar la pertinencia del tratamiento y saber como motivar a los pacientes en los que ya no sigue latente el episodio por el que se prescribió la benzodiazepina. En aquellos pacientes que se presten finalmente al proceso de deprescripción, se realizará un test de valoración de la dependencia.

a. Pertinencia del tratamiento

Es importante identificar adecuadamente a los pacientes candidatos de retirada del tratamiento. Serán candidatos aquellos que cumplan con las siguientes características.

- Si la duración del tratamiento supera los 2-3 meses.
- Si el motivo de prescripción persiste en la actualidad.
- El motivo no persiste, pero sí el miedo a sufrir los síntomas de abstinencia.

Es esencial evaluar individualmente cada situación particular antes de retirar las benzodiazepinas a un consumidor crónico. De hecho, no se recomienda su retirada cuando la esperanza de vida sea corta, o en psicopatologías graves donde aportan más beneficio que daño.

En los casos en los que el beneficio del tratamiento supere los posibles riesgos, deberá valorarse el cambio a un consumo intermitente, reduciendo de esta manera la dosis total de fármaco ingerida, pero sin llegar a suspender el tratamiento.

b. Motivación del paciente

Una vez identificado el paciente, hay que convencerlo. Algunas recomendaciones para ellos con las siguientes:

- Explicarle que ya ha desarrollado tolerancia y su tratamiento con BZD ya no le está haciendo efecto.
- Insistir en las amenazas con las que se puede encontrar: riesgo de caídas, fractura de cadera y alteraciones de la memoria. De cada 6 pacientes en tratamiento, 1 presentará algún efecto adverso como cansancio, deterioro cognitivo, caídas o accidentes de tráfico.
- Informarle que, debido a su dependencia, puede sufrir síntomas de retirada pero que estos irán desapareciendo y que cuenta con todo el apoyo médico.

Al mismo tiempo, se le enumerarán al paciente las diferentes ventajas que experimentará cuando se retire su tratamiento o, al menos, cuando se reduzca la dosis.

- Aumento de la memoria.
- Menos confusiones y pensamientos más claros.
- Sueño natural y más reparador.
- Reducción del número de medicamentos a consumir
- Reducción del riesgo de caídas o accidentes.
- Aumento de la calidad de vida.

c. Valoración del grado de dependencia

Ayudará a determinar la pauta de reducción progresiva de dosis y el tiempo que precisaremos para la retirada total, que será mayor cuanto más elevado sea el nivel de dependencia.

Se evaluará la existencia y el nivel de dependencia en función del tiempo de consumo, la dosis y la vida media de la benzodiazepina.

En 2008 se tradujo al castellano la Escala de Severidad de Dependencia¹⁹. Esta herramienta evalúa la percepción que el sujeto tiene acerca de su grado de deterioro del control sobre el consumo de la droga, así como su preocupación y ansiedad por conseguirla. Por ello puede resultar de gran utilidad para orientar al profesional sanitario sobre el grado de dificultad que puede presentar el paciente y sobre el diseño temporal más adecuado para el futuro proceso de deprescripción.

3. ESCALADA DE DOSIS EN LA DEPRESCRIPCIÓN

La pauta de retirada consiste en una disminución de la dosis total diaria que tome el paciente, de entre un 10% y un 25%, según el grado de dependencia. La dosis resultante se mantendrá entre 2-3 semanas.

La retirada se realiza con la misma benzodiazepina o sustituyéndola por una dosis equivalente de diazepam, que tiene una vida media larga y que está comercializado en varias dosis, lo que permite disponer de dosis distintas. El cambio a diazepam es también ventajoso en aquellos pacientes que presentan una fuerte dependencia psicológica a “la pastilla de dormir”. Aunque debemos evitar las benzodiazepinas de vida media larga, el objetivo de esta sustitución es la retirada del fármaco y no el cambio de una benzodiazepina por otra.

El cambio de dosis a diazepam será equivalente a la de la BZD consumida. Si el paciente consume más de una BZD, la dosis diaria total de diazepam debe ser equivalente al total de la suma de las distintas dosis. Si toma varias dosis diarias, se recomienda sustituir las dosis una por una. Puede ser útil realizar la primera sustitución, completa o gradual, en la dosis nocturna.

Una vez estabilizado el cambio se irá reduciendo gradualmente la dosis de diazepam, con una pauta de descenso de un 10% a un 25% de la dosis total diaria, y en intervalos aproximados de 2-3 semanas.

Siempre que sea posible, se dará la pauta de descenso por escrito al paciente. Este simple gesto aporta seriedad al proceso y tranquilidad al paciente.

Si aparecen síntomas de abstinencia y/o de retirada habrá que mantener la dosis unas semanas más, o hasta que desaparezcan los síntomas, antes de bajar al siguiente escalón y evitando subir la dosis. Es más conveniente realizar la retirada con una lentitud excesiva que hacerlo demasiado rápido. La retirada completa puede durar desde 4-6 semanas hasta un año o más.

Si se fracasa, se recomienda la utilización intermitente y no continua de la benzodiazepina. Diversos estudios han mostrado el beneficio de un tratamiento intermitente, tanto en pauta fija como “a demanda”⁹.

ESTRATEGIAS DE DEPRESCRIPCIÓN

ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LA DEPRESCRIPCIÓN

Una revisión no sistemática publicada en 2010, señaló las intervenciones utilizadas en la retirada de las benzodiazepinas⁹. Las más utilizadas son: el envío

de una carta al paciente, una entrevista o charla estructurada con personal sanitario y la entrevista-charla estructurada junto con apoyo de psicoterapia o de fármacos. En algunos casos, estas estrategias se utilizan de forma combinada.

1. Intervención “mínima”. Carta al paciente

Es el propio paciente quien realiza la retirada gradual sin más apoyo ni contacto con personal sanitario. La estrategia consiste en identificar los pacientes susceptibles y enviarles una carta, en la que se les informa de la necesidad de reducir la benzodiazepina, de los efectos desfavorables del consumo a largo plazo y se les indica la pauta de descenso.

Esta estrategia ha dado lugar a una tasa de abandono, medida como no consumo a los 12 meses, que oscila entre el 18% y 22%⁹.

2. Intervención “estructurada”. Entrevista con el médico o personal sanitario

La entrevista debe tener un contenido estandarizado donde se aborden los siguientes aspectos:

- la temporalidad de los beneficios a corto plazo
- conceptos de dependencia y tolerancia
- síndrome de abstinencia y síntomas de retirada
- consecuencias del consumo crónico (disminución de reflejos, caídas, fracturas, alteraciones de memoria)
- necesidad de una retirada, que siempre será gradual, para “ir adaptando de nuevo el organismo” y para evitar los síntomas secundarios a la interrupción del tratamiento
- pautar visitas de seguimiento y garantizar apoyo durante todo el proceso

La tasa de abandono, medida también como no consumo a los 12 meses, varía entre un 24% y un 62%.

En las distintas experiencias no siempre se han realizado visitas de seguimiento, lo que facilita la intervención. En Finlandia se realizó un ensayo controlado y aleatorizado en el que participaron 591 ancianos de ≥ 65 años a los que se les dio una única charla, sin plantear visitas posteriores. Al cabo de 12 meses la utilización de benzodiazepinas descendió un 35% en el grupo intervención mientras que en el grupo control aumentó un 4%⁹.

3. Intervención “reforzada”. Entrevista estructurada y apoyo psicológico y/o de fármacos

En el tratamiento del insomnio, las intervenciones terapéuticas utilizadas podrían clasificarse en³:

- Educación para la salud
- Medidas de higiene del sueño
- Intervenciones psicoterapéuticas
- Intervenciones farmacológicas

a. Psicoterapia

Consiste en añadir a una estrategia de retirada un apoyo basado en terapia cognitivo-conductual. Se trata de identificar y corregir patrones de conducta inadecuados y aprender habilidades relativas a la higiene del sueño, control de estímulos o técnicas de relajación.

Varios estudios avalan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual añadida a una pauta de retirada gradual de benzodiazepinas. En dos de ellos se observó que

esta intervención resultaba adecuada en pacientes ancianos que sufren de insomnio crónico, aunque la eficacia puede empezar a constatarse a los meses de iniciada la retirada.

En otro artículo publicado se recopilan otras comorbilidades asociadas al insomnio como la duplicación del riesgo de depresión, el mayor fallo cardiaco, hipertensión, diabetes y muerte, especialmente cuando el sueño nocturno es menor de 6 horas. Se especifica que la evaluación de un paciente con insomnio debe incluir una historia médica y psiquiátrica completa y una evaluación detallada de los comportamientos y síntomas relacionados con el sueño. Para ello recalca la importancia de la terapia cognitivo conductual como primera línea de tratamiento frente al insomnio, la cual incluye el establecimiento de metas realistas para el sueño, limitando el tiempo pasado en la cama y practicar técnicas de relajación²⁰.

Por todo ello, el abordaje de este tipo de terapia no farmacológica y la formación del paciente sobre sus diferentes técnicas, será la principal alternativa al tratamiento con benzodiazepinas que se ofertará en nuestro Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas.

b. Tratamiento farmacológico

El uso de otras alternativas farmacológicas que apoyen al proceso de deprescripción, siempre deberán ser consideradas como complemento ante la sospecha de fracaso en dicho procedimiento, y siempre y cuando ya se hayan aplicado técnicas psicoterapéuticas pero estas no hayan alcanzado su objetivo. Antes de su prescripción, el profesional sanitario siempre debe replantearse la posible causa del insomnio para así beneficiar al paciente con el tratamiento adecuado. Y es que, tal y como vamos a exponer a continuación, la evidencia de la eficacia de las alternativas a las benzodiazepinas para el manejo del insomnio más utilizadas en la actualidad, es limitada si no nula.

FÁRMACOS COADYUVANTES EN LA DEPRESCRIPCIÓN

Apenas hay estudios que avalen la eficacia de los tratamientos farmacológicos como coadyuvantes en programas de deshabitación de benzodiazepinas, donde resultan de dudosa eficacia y se limitan a pacientes con insomnio severo que no respondan a otros enfoques. Los más utilizados son la melatonina, hidroxicina y pregabalina.

A. MELATONINA. Está indicada en pacientes mayores de 55 años con insomnio primario, caracterizado por un sueño de mala calidad y durante un periodo máximo de 13 semanas²¹. Puede mejorar los síntomas de jet-lag, pero no resulta eficaz en trabajadores a turnos²² ni en el insomnio secundario a otros problemas, como esquizofrenia²³ o demencia²⁴.

Dos ECA realizados en Atención Primaria trataron de evaluar si la melatonina facilita la retirada de benzodiazepinas junto a un programa de prescripción en pacientes con insomnio. El bajo número de participantes y la baja potencia y dosis de las benzodiazepinas utilizadas, no permitieron extraer conclusiones del papel mediador de la melatonina en la deshabitación de las benzodiazepinas⁹.

Pero otros tres ensayos clínicos evaluaron su eficacia para el abandono del uso de benzodiazepinas a largo plazo. Uno de ellos²⁵ no encontró diferencias significativas en las tasas de éxito tras una de prescripción lenta y escalonada de benzodiazepinas acompañada de 2 mg de melatonina de liberación prolongada o de placebo durante 24 semanas de tratamiento [38,1% vs 47,7% ; (OR = 0,64; IC 95%: 0,26 a 1,56)]. En otro de los ensayos²⁶ se observó como una de prescripción acompañada de melatonina de liberación prolongada obtuvo mayores tasas de éxito al cabo de un mes que el placebo (85% vs 67%). Pese a ello, también se observó como al cabo de 6 meses, era mayor el porcentaje de pacientes que seguían sin tomar benzodiazepinas en el grupo placebo que en el grupo con

melatonina de liberación prolongada (30,4% vs 43,5%). En cualquier caso, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas en ninguno de los análisis. El uso de la melatonina en el insomnio sigue siendo controvertido, ya que su eficacia es, a lo sumo, modesta. Puede modificar a corto plazo la latencia y la duración total del sueño y la calidad del descanso, pero en ningún caso con relevancia clínica significativa²⁷. Se necesitan más estudios, de mejor calidad, mayor duración, mayor número de pacientes y mayor homogeneidad para conocer realmente su eficacia, dosis terapéuticas y seguridad a largo plazo. No obstante, puede considerarse ante el fracaso de otras alternativas terapéuticas y bajo monitorización de los pacientes.

B. HIDROXICINA.

Un estudio de retirada de benzodiazepinas llevado a cabo con 154 pacientes ambulatorios con ansiedad generalizada y consumidores durante ≥ 3 meses de lorazepam 2 mg, concluyó que un tratamiento transitorio con hidroxizina 25 ó 50 mg podría ayudar a reducir la ansiedad y el síndrome de abstinencia durante la retirada de la benzodiazepina, pese al aumento de la somnolencia diurna, aunque no se encontraron diferencias significativas de ambos grupos comparados con placebo⁹.

Por último, en un metanálisis realizado por la Agencia Canadiense de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias, la hidroxizina se clasifica en el grupo de los hipnóticos y sedantes (junto con benzodiazepinas, los barbitúricos y el hidrato de cloral), como una de las nueve familias farmacológicas implicadas en el aumento del riesgo de caídas en los ancianos (OR = 1,47 IC95% = 1,35 - 1,62)²⁸.

Pregabalina: Un estudio observacional prospectivo y no controlado²⁹ concluyó que el 52% (IC95%: 46% a 58%) de los pacientes que utilizaron pregabalina como tratamiento adyuvante a la deprescripción de benzodiazepinas como pacientes crónicos, lograron la interrupción de su tratamiento al cabo de 12 semanas. Sin

embargo, es difícil extraer una conclusión firme al tratarse de un estudio observacional no comparativo.

Valeriana: Una de las propiedades que se atribuye a la valeriana es disminuir o atenuar los síntomas de deshabitación de las benzodiazepinas tras un tratamiento a largo plazo en el insomnio³⁰. Los pacientes fueron aleatorizados a un grupo de tratamiento con extracto de valeriana y a placebo. Los resultados mostraron que quienes tomaron valeriana presentaban una mejor calidad subjetiva de sueño y menos despertares nocturnos que con placebo. Esta mejoría se presenta al cabo de dos semanas, periodo en el que todavía no se aprecian diferencias en la estructura del sueño. No obstante, la evidencia que la sustenta es muy variada y actualmente no justifica su uso en el tratamiento del insomnio.

EFICACIA COMPARADA DE LAS INTERVENCIONES DE RETIRADA

Varios metanálisis han comparado la efectividad de distintas estrategias de retirada de benzodiazepinas. Se observa que cualquier tipo de intervención, hasta la más sencilla de implementar (carta, charla o entrevista), mejora los resultados que se obtienen con una actuación de rutina.

En general, los mejores resultados se obtienen con una intervención a la que se añaden técnicas de psicoterapia (OR = 5,06 IC 95% = 2,68 – 9,57; NNT=3). Las intervenciones mínimas resultaron también eficaces (OR = 1,43 IC 95% = 1,02-2,02), mientras que la utilización de fármacos no mostró diferencias significativas con las intervenciones rutinarias (OR = 1,31 IC 95% = 0,68-2,53)⁹.

Una revisión sistemática encontró que los pacientes que recibieron dichas intervenciones eran dos veces más propensos a una retirada completa de estos fármacos (RR = 2,3; IC95%: 1.3 a 4.2,) o a la reducción de la dosis utilizada (RR = 2,04; IC95%: 1,5 a 2,8)³¹. De hecho, se ha visto que a los 10 años de realizar

una deprescripción mediante una intervención mínima (carta al paciente), el 59% de los participantes nunca más volvió a consumir benzodiazepinas y un 14% las utilizaron a dosis mínima³².

Una reciente revisión Cochrane³³ concluye que la terapia cognitivo conductual es más eficaz asociada a una pauta de deprescripción que por sí sola, pero sólo durante los tres primeros meses de tratamiento. Del mismo modo, también encuentran indicios de la efectividad de una carta estructurada invitando al paciente a someterse a una pauta de deprescripción, así como de las entrevistas estructuradas y las técnicas de relajación. Otro tipo de estrategias o de medidas psicosociales todavía no han demostrado eficacia en la reducción del uso de benzodiazepinas.

Otra revisión sistemática también encontró que una deprescripción de benzodiazepinas acompañada de terapia cognitivo conductual dio lugar a mayores tasas de interrupción (65% a 85%) en comparación con la desescalada como único método utilizado (25% vs. 54%)³⁴. Conclusión que confirma otro ensayo aleatorizado y controlado que observó que a los 6 meses de seguimiento, la terapia cognitivo conductual obtuvo mayores tasas de éxito (62,5%) que la terapia individualizada de relajación (12,5%) o la intervención de deprescripción (26,7%)³⁵

Podemos concluir que la evidencia de los estudios publicados indica que una combinación de un protocolo de deprescripción y de distintas intervenciones no farmacológicas, como la terapia cognitivo conductual, instrucciones de autoayuda, y de educación al paciente produjeron mejores resultados de deshabitación en comparación con las estrategias independientes. Sin embargo, la melatonina o hidroxicina como coadyuvantes no aportan un valor añadido, y la evidencia con pregabalina no es concluyente. En cualquier caso, el éxito o fracaso de las distintas estrategias depende del número de fármacos distintos que tome el paciente, del uso de antidepresivos, del tipo de benzodiazepina, de la dosis utilizada y de la duración del tratamiento.

EXPERIENCIAS EN ESPAÑA

En 2012 se realizó un programa de deshabituación en dos centros de Atención Primaria de Barcelona. Lo llevaron a cabo enfermeras que citaban a los pacientes y mantenían con ellos una entrevista. Se comentaba y aclaraba la idea que tenían del sueño y de las benzodiazepinas, se les informaba de los riesgos y beneficios de su consumo a largo plazo, los efectos adversos y la posibilidad de desarrollar dependencia. En esta entrevista se fijaba la fecha para comenzar la deprescripción y las visitas de control, cada 4 semanas en los primeros 3 meses. El paciente podía continuar con la misma benzodiazepina o cambiar a una dosis equivalente de diazepam. Cada 2-4 semanas se iba reduciendo la dosis un 25%. Si era necesario se añadía hidroxizina o valeriana. La variable principal fue no consumo de benzodiazepina a los 6 y 12 meses. Se consideró clínicamente relevante un descenso del 20%. Al año el 64,7% mantenían la abstinencia.

Este resultado es similar al obtenido cuando la entrevista la realizan médicos o psicólogos. Todos los participantes contestaron un cuestionario validado de salud, SF-12, al inicio y a las 24 semanas de la intervención. Se mostró una mejora en el componente mental pero no en el físico en el grupo que consiguió la deshabituación. También se mostró una mejora estadísticamente significativa en la ansiedad y la depresión de los pacientes, valorado según la escala Goldberg (GADS).

Otra experiencia reciente comparó dos intervenciones realizadas en Atención Primaria. Se trata de un ensayo multicéntrico controlado y aleatorizado. Participaron 532 pacientes que llevaban tomando benzodiazepinas al menos 6 meses. Una vez incluidos los pacientes se aleatorizaron a tres grupos:

- entrevista estructurada y visitas de seguimiento
- entrevista estructurada e instrucciones escritas, sin visitas de seguimiento
- grupo control con el manejo habitual

La variable principal fue la tasa de abstinencia al cabo de 12 meses. La eficacia en los dos grupos de intervención fue similar: un 45% de abandonos de la benzodiazepina comparado con un 15% en el grupo control. Los efectos adversos más frecuentes durante la retirada fueron insomnio, ansiedad e irritabilidad. Los autores concluyen que una intervención sencilla, dando información escrita sobre la retirada gradual es mucho más fácil de implementar que una intervención con visitas de seguimiento, consume menos tiempo y consigue los mismos resultados⁹.

OTRAS ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS AL INSOMNIO

Existen diferentes familias de medicamentos, que pese a no tener la indicación en el tratamiento del insomnio, ni estudios donde se evalúe su eficacia como coadyuvantes en protocolos de deprescripción, son ampliamente utilizados por los profesionales de Atención Primaria como sustituto de las benzodiazepinas.

A. ANTIDEPRESIVOS

Es frecuente el uso de los antidepresivos en el insomnio, uso fuera de indicación, aunque no se acompañe de ningún trastorno depresivo. Los antidepresivos más utilizados son doxepina, mirtazapina, amitriptilina, trimipramina y trazodona³ aunque solo estos dos últimos tienen recogida la indicación del insomnio secundario a depresión en sus fichas técnicas³⁶.

En general, el empleo de estos fármacos puede mejorar a corto plazo alguna característica del insomnio asociado a depresión. Los estudios con antidepresivos para el tratamiento del insomnio primario o a largo plazo son pocos y de baja calidad metodológica.

B. ANTIHISTAMÍNICOS AH1

El efecto secundario de somnolencia que presentan los antihistamínicos de primera generación, ha llevado a su utilización en el tratamiento del insomnio, incluso como especialidades farmacéuticas publicitarias. Los más utilizados son difenhidramina, clorfeniramina, prometazina, hidroxizina y doxilamina. Sus numerosos efectos secundarios anticolinérgicos, la posibilidad de alteraciones cognitivas, la somnolencia diurna y el riesgo de acumulación debido a su vida media larga, hacen su uso en anciano potencialmente inadecuados según los “criterios Beers”³⁷.

Otra limitación de estos fármacos es el rápido desarrollo de tolerancia hipnótica a los pocos días de tratamiento. Su frecuencia puede variar entre distintos antihistamínicos y dosis, aunque una retirada brusca de estos fármacos puede originar a su vez un insomnio de rebote³⁸.

Por todo ello, mientras los antihistamínicos H1 han demostrado un efecto sedante en individuos sanos y un determinado beneficio subjetivo, no hay estudios que establezcan el rango de dosis efectivo para el tratamiento del insomnio con estos fármacos, así como su seguridad a largo plazo. La evidencia hasta ahora no apoya el uso tan diseminado que se ha hecho de estos fármacos en problemas del sueño.

C. OTROS FÁRMACOS

1. Clometiazol: Se indica como alternativa a las benzodiazepinas en ancianos que sufren de estados de confusión y alteraciones del sueño propias de la vejez. Algunos estudios realizados en ancianos lo han comparado con distintas benzodiazepinas, sin encontrar diferencias significativas en eficacia y tolerancia³⁹. La tolerancia y dependencia psíquica y física que puede provocar con tratamientos

superiores a los 7-10 días limitan su uso a dosis mínimas y breves periodos de tiempo⁴⁰.

2. Propanolol: El British National Formulary señala la utilización de propanolol como de escasa evidencia⁴¹.

3. Fitoterapia y medicinas alternativas: Una revisión sistemática de intervenciones alternativas contra el insomnio, incluía el estudio de distintas hierbas y complementos nutricionales, acupuntura, acupresión, yoga, tai chi, masajes, aromaterapia y homeopatía. Los autores concluyen que antes de recomendar este tipo de intervenciones, como tratamiento o coadyuvantes para el manejo del insomnio, se necesitan estudios con una metodología aceptable, con muestras de población mayores y controles adecuados⁴². Quizás ayude a su eficacia la consideración de que la ingesta de una infusión nocturna puede aportar un momento de tranquilidad antes de acostarse y favorecer así la transición al endormecimiento⁴³.

Placebo. Un metanálisis⁴⁴ de 68 ensayos aleatorizados y doble ciego, trató de valorar el efecto placebo en los ensayos clínicos que estudian la eficacia de tratamientos para el insomnio. Se incluyeron 5 ensayos con 213 pacientes, principalmente mujeres jóvenes, y se evaluaron durante dos semanas terapias con placebo frente a otros tratamientos activos. Se concluye que en el grupo placebo se observó una disminución subjetiva del tiempo de latencia medio de 13,1 minutos (IC 95% 9,2-17,0), así como un aumento medio del tiempo total de sueño subjetivo de 13,5 minutos (IC 95%: 2,9-24,0). Al contrario que las valoraciones subjetivas, la reducción del tiempo de latencia medido de forma objetiva no mostró significación estadística (2,5 min).

PROFESIONALES IDENTIFICADOS PARA EL DESARROLLAR EL PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

El procedimiento de deprescripción de benzodiazepinas precisa del conocimiento adecuado sobre las características que definen a estos fármacos, sus potenciales riesgos y la metodología adecuada para llevar a cabo un escalonamiento de la dosis apropiado. Del mismo modo, también se necesita conocer el manejo de las distintas alternativas psicoterapéuticas que han demostrado eficacia en el manejo del insomnio, con el fin de utilizar estas técnicas como complemento al proceso de deprescripción.

Por tanto, los profesionales sanitarios que hemos identificado para formar parte del Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas son los siguientes:

- **Médicos de Atención Primaria:** como principal responsable de la atención sanitaria al paciente y de la prescripción de sus tratamientos farmacológicos.
- **Enfermeras de Atención Primaria.** Se nombrará a una enfermera responsable en cada centro de salud y centro sociosanitario, así como en la Escuela de Pacientes del INSPLN. Esta deberá estar en posesión del título de enfermera comunitaria, con formación en Educación para la Salud y con conocimientos específicos sobre el insomnio y el manejo de técnicas psicoterapéuticas.
- **Farmacéuticos de Atención Primaria o Comunitarios:** su proximidad con el paciente pueden permitirle identificar a los posibles candidatos para nuestro programa y proporcionarle toda la información y apoyo que precise en los procesos de deshabitación. Del mismo modo, y siempre que su médico de Atención Primaria estuviese de acuerdo, podrían ayudar al paciente en su proceso de deprescripción.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

Las benzodiazepinas suponen uno de los grupos farmacológicos más prescritos en los países desarrollados. No obstante, la adecuación de su prescripción deja mucho que desear, debiendo optimizarse aspectos fundamentales como la duración adecuada de los tratamientos y la utilización simultánea de más de un principio activo.

Aunque tienen distintas indicaciones, fundamentalmente se prescriben por sus propiedades ansiolíticas e hipnóticas. Y será en esta indicación como meramente hipnótico en la que nos vamos a centrar para este trabajo, dado a que los episodios de ansiedad requieren un manejo multidisciplinar y más complejo.

Según sus fichas técnicas, las benzodiazepinas deben utilizarse a la dosis mínima que sea eficaz, en monoterapia y sólo en tratamientos cortos de trastornos agudos e incapacitantes. La duración del tratamiento indicada en ficha técnica es en el insomnio de 2 a 4 semanas y, en la ansiedad de 8 a 12 semanas, incluyendo en ambos casos la retirada gradual. En ancianos, estos tratamientos deben prolongarse durante la mitad de tiempo y evitarse siempre que sea posible. Si la duración es más larga será necesario un seguimiento estrecho del paciente.

Pero lo cierto es que Navarra vive una realidad bien distinta, donde aproximadamente un 47% de los pacientes estuvieron tratados durante ≥ 4 meses, siendo prácticamente la totalidad pacientes con una edad igual o superior a 40 años.

En tratamientos a corto plazo resultan eficaces, seguras y con una acción rápida. Pero en tratamientos prolongados pueden desarrollarse efectos secundarios importantes y determinantes en la calidad de vida y en la salud pública. Sin embargo, el efecto secundario más frecuente y destacable para este proyecto es

el desarrollo de tolerancia a estos fármacos, así como el riesgo de dependencia, abuso o síndrome de abstinencia.

Se define tolerancia como la disminución de la respuesta a la acción de las benzodiazepinas tras un uso continuo. Esto se traduce en que aquellos pacientes que utilizan la benzodiazepina a dosis constantes para dormir y que han desarrollado tolerancia, al cabo del primer mes ya no duermen por el efecto de la pastilla sino por sí mismos. Lo más lógico sería pensar que estos pacientes acudirán a la consulta del médico para pedir un aumento de dosis que les resulte de nuevo eficaz, pero lo cierto es que esto no es frecuente, dado que el perfil de prescripción más generalizada es aquella cuyas dosis no son altas, pero son constantes y prolongadas en el tiempo. Esto es algo que generalmente desconocen tanto los profesionales sanitarios como los pacientes, desarrollando estos últimos una dependencia física, y sobre todo psíquica, que les impide dejar de tomarlas.

No debemos olvidarnos tampoco de los análogos de las benzodiazepinas o fármacos Z, zolpidem, zopiclona, zaleplon y eszopiclona (los dos últimos no comercializados en España), los cuales se promocionaron como hipnóticos con un perfil farmacocinético mejor, pero que el NICE clasificara estos medicamentos como “Sin ventajas frente a las benzodiazepinas”.

Por tanto, hablamos de fármacos adictivos y su abuso es definido por algunos autores como un problema de salud pública silente. Diversos factores favorecen la continuidad del tratamiento como la escasez de tiempo en la consulta o las dificultades para manejar su deprescripción, pero el principal es la resistencia al abandono por parte del paciente.

Debemos educar a los profesionales sanitarios y motivar a los pacientes explicándoles que con la retirada de la pastilla para dormir, no sólo van a seguir durmiendo (porque ya lo vienen haciendo por sí mismos aunque lo desconozcan), sino que también van a mejorar notablemente su calidad de vida, aumentando su claridad mental y su memoria, con un sueño natural y más reparador, al tiempo

que reducen el número de medicamentos a consumir y el riesgo de caídas o accidentes.

Del mismo modo, se debe educar a los pacientes en salud y enseñarles a manejar su insomnio mediante psicoterapia, fundamentalmente con medidas de higiene del sueño y terapia cognitivo conductual. Y es que varios estudios observan una mayor eficacia de los procedimientos de deprescripción siguiendo una intervención reforzada con psicoterapia.

Pese a la prevalencia de este problema, los centros de salud mental del SNS-Osasunbidea no atienden a los pacientes que quieran abandonar estos tratamientos y no presenten otras patologías psíquicas que hagan temer por su vida. Por otro lado, pese a la existencia de la Escuela de Pacientes del Instituto Navarro de Salud Pública y a los numerosos talleres para pacientes que se imparten desde los centros de salud de Atención Primaria, ninguno de ellos maneja el problema del manejo del insomnio.

Dejar de prescribir tratamientos a los pacientes cuando ya no los necesitan es una parte esencial de una buena prescripción, pero es muy escasa la evidencia relativa a cuál es la mejor forma de hacerlo. La inercia de la prescripción podría explicar por qué algunas prescripciones llegan a cronificarse, a pesar de estar recomendadas sólo en tratamientos cortos.

3. PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2014-20

MARCO NORMATIVO DE IMPLEMENTACIÓN: PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2014-20

El Plan de Salud es el instrumento principal de la planificación en salud de un territorio, en el cual se establecen las prioridades de intervención sanitaria, se fijan objetivos y se definen los programas necesarios para mejorar los resultados en salud en la comunidad. La formulación del Plan de Salud es además un mandato legal. Tanto la Ley General de Sanidad como la Ley Foral de Salud establecen el carácter preceptivo del Plan de Salud como instrumento de planificación estratégica sanitaria. Por definición los Planes de Salud tienen carácter estratégico ya que en el mismo se establecen las prioridades, se planifican las estrategias y se promueven acciones e iniciativas de cambio con el largo alcance necesario para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la comunidad.

El Plan de Salud de Navarra⁴⁵ actualmente en vigor es el que engloba el periodo 2014-20, y fue aprobado el 16/09/2014 por la Comisión de Salud del Parlamento Foral de Navarra según lo dispuesto en el Art 22. de la Ley Foral 10/1990, de Salud de Navarra. Pero pese a que su misión es lograr que el sistema sanitario se oriente realmente al logro de resultados en salud que sean medibles en términos poblacionales, este no contempla ningún programa de salud que enfoque el problema de dependencia a hipnóticos.

Por todo ello, este plan se convierte así en el marco normativo perfecto en el que implementar nuestro programa de salud y sus acciones, y más concretamente dentro de la siguiente Estrategia:

- **J. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**
 - J.2. Programa de Conciliación de la Medicación y Adherencia al Tratamiento

Este programa engloba diferentes actuaciones como conciliación de medicación, especialmente en pacientes pluripatológicos o institucionalizados en el ámbito hospitalario o de Atención Primaria, prescripciones electrónicas asistidas para mejorar la seguridad del paciente, y programas que contemplan la colaboración con Oficinas de Farmacia para mejorar la adherencia de los tratamientos.

Todas estas acciones ya se están llevando a cabo por equipos multidisciplinares, integrados por médicos, farmacéuticos y enfermeras de atención primaria y especializada. Por todo ello, dado que los profesionales son los mismos, y dada la semejanza con las actividades, esta Estrategia del Plan de Salud de Navarra 2014-20 sería el marco perfecto en el que integrar nuestro Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas.

No obstante, existen otras estrategias que también nos podrían servir de marco para nuestro caso, como son las siguientes:

- **B. ESTRATEGIA DE SALUD Y AUTOCUIDADOS EN ADULTOS**
 - B.1. Programa Comunitario de Promoción de la Salud "Salud en todas las políticas".
 - B.2. Programa de intervención personalizada sobre estilos de vida.
 - B.3. Programa de Envejecimiento Saludable.

- **E. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**
 - E.1. Programas de Prevención en Salud Mental. (Adultos)

Por tanto, podemos establecer el Plan de Salud de Navarra 2014-20 como el marco normativo de implementación del Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas.

4. OBJETIVOS

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

TITULO DE LA CAMPAÑA: DUERME SIN LÍMITES

OBJETIVO PRINCIPAL

Reducir el consumo de benzodiazepinas y análogos Z en pacientes que lleven más de tres meses de tratamiento con indicación hipnótica, fomentando su uso adecuado y deprescripción.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Educar a los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y farmacéuticos) sobre su uso adecuado y las condiciones de prescripción de estos tratamientos.
2. Informar a la población general sobre la inadecuación del tratamiento y los potenciales riesgos asociados a los tratamientos prolongados sobre su calidad de vida, incidiendo principalmente en la tolerancia y la dependencia al tratamiento.
3. Educar en salud a la población enseñando el manejo de distintas técnicas psicoterapéuticas como alternativa terapéutica para su insomnio. Por otra parte, estas técnicas han demostrado aumentar su eficacia combinada con un procedimiento de deprescripción.
4. Diseñar nuevas estrategias que se puedan incorporar al Sistema de Ayudas a la Prescripción implementado en los gestores de historias clínicas de Atención Primaria y especializada.

DURACIÓN DE LA CAMPAÑA

La campaña transcurrirá en el periodo de 20 meses (enero 2017-agosto 2018). Con ello se pretende garantizar su propagación y correcta implementación por toda la geografía navarra.

5. PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

POBLACIÓN DE REFERENCIA

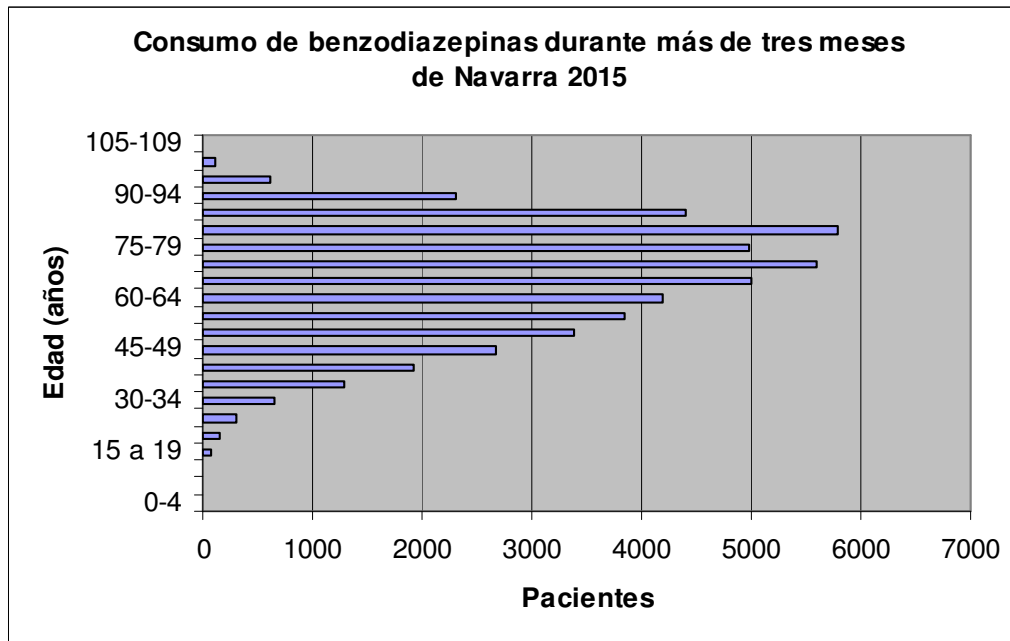
La población diana del Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas serán todos aquellos pacientes mayores de 40 años, que lleven más de tres meses bajo este tratamiento con indicación hipnótica.

Para estimar la población utilizaremos datos epidemiológicos nacionales y datos oficiales extraídos de los sistemas de información de consumo farmacéutico. Estos últimos miden el consumo farmacéutico en base a todas las recetas dispensadas y facturadas por las distintas oficinas de farmacia durante el periodo de estudio. Por tanto, no se tiene constancia de aquellos envases dispensados sin receta médica, en otros ámbitos como el hospitalario o sociosanitario o a pacientes que pertenezcan a otras mutualidades o seguros de salud privados.

La población total registrada durante el año 2015 en las bases de datos del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea, y que por tanto, tiene derecho a la prestación farmacéutica a cargo del sistema público fue de 604.277 personas. Se dispensaron en nuestra comunidad 819.106 envases a 94.607 pacientes, es decir, al 16% de la población Navarra, siendo mujeres y ancianos en su mayoría.

Suponiendo como tratamientos superiores a tres meses a aquellos en los que se hayan consumido más de 90 DDD durante el año, estos se registraron en 47.320 pacientes siendo el 95% (44.819) mayores o iguales a 40 años (Figura VI). Es decir, al 47% de la población consumidora de estos fármacos y que suponen el 7,4% de la población total de Navarra, están sometidos a un tratamiento inadecuado con benzodiazepinas, ya que, independientemente de la indicación por la que se prescriba, estos no deben superar el límite de tres meses.

**Figura VI. Pacientes con consumo de benzodiazepinas superiores a 90 DDD anuales.
Navarra 2015**



No obstante, las limitaciones de los sistemas de información sanitaria disponibles actualmente en nuestra comunidad, y los distintos sesgos de información y de diagnóstico asociados a la codificación de los episodios en las historias clínicas de atención primaria y especializada, hacen que no podamos conocer el número de pacientes diagnosticados de insomnio y que estén recibiendo un tratamiento con benzodiazepinas para ello.

Por tanto, precisaremos la estimación de pacientes teniendo en cuenta los datos epidemiológicos nacionales. Estos reflejan que, de los pacientes tratados con benzodiazepinas, entre el 23% y el 25% era a causa del insomnio. En el 80% de los casos la primera prescripción fue del médico de familia; y el perfil del paciente era mayoritariamente mujeres, mayores de 65 años que llevaban, en un 46% de los casos, más de un año con el tratamiento³.

Por tanto y en base a estas cifras, entre 8.247 y 8.964 habitantes de nuestra comunidad son susceptibles de entrar a formar parte de nuestro programa, lo que supone aproximadamente entre un 2,50% a 2,72% de la población navarra con 40 años o más.

Previamente, se solicitará la colaboración y autorización de todas aquellos pacientes que quieran participar en el programa.

METODOLOGÍA

El responsable y coordinador del programa será un farmacéutico de Atención Primaria.

Distintos profesionales sanitarios se encargarán de captar e identificar a los pacientes candidatos. Este programa por tanto será desarrollado en distintos centros sanitarios:

- **Centros de Salud de Atención Primaria:** por médicos y enfermeras de nuestros 57 principales centros de salud y sus centros sociosanitarios.
- **Centros sociosanitarios:** son 91 centros en total. Pero sólo 11 de ellos son concertados y disponen de médico propio. El desarrollo del programa será distinto en ambos casos.
- **Oficinas de farmacia:** actualmente 604 se encuentran abiertas.
- **Colegio Oficial de Farmacéuticos:** existen dos sedes oficiales en Navarra (Pamplona y Tudela).
- **Otros lugares:** Escuela de Pacientes del ISPLN, centros cívicos y pisos tutelados. Se presentará este programa para formación y talleres por farmacéuticos de Atención Primaria.

ACTIVIDADES

Para la implantación del programa se llevarán a cabo las siguientes actividades:

I. ACTIVIDAD 1: "UN RETO NECESARIO"

Sesiones de formación sobre la necesidad y la metodología del procedimiento de deprescripción de benzodiazepinas y tipos de intervención.

Destinatarios: médicos y enfermeras responsables del programa de los centros de salud de Atención Primaria, centros sociosanitarios y Escuela de Pacientes, así como al resto de profesionales sanitarios de estos centros que así lo deseen.

Duración aproximada: 1 hora

II. ACTIVIDAD 2: "ENSÉÑALES EL CAMINO"

Sesiones de formación a personal de enfermería sobre educación sanitaria en el insomnio, las medidas de higiene del sueño y las distintas técnicas que integran la terapia cognitivo conductual.

Destinatarios: enfermeras responsables del programa de los centros de salud de Atención Primaria, centros sociosanitarios y Escuela de Pacientes, así como al resto de profesionales sanitarios de estos centros que así lo deseen.

Duración : 1 hora

III. ACTIVIDAD 3: APRENDE A DORMIR

Talleres para el manejo de insomnio en los centros de salud y en la Escuela de Pacientes. Se formará a los pacientes en las distintas recomendaciones sanitarias para el insomnio, medidas de higiene del sueño y distintas técnicas de terapia cognitivo conductual (control de estímulos, restricción del sueño, relajación y técnicas de respiración).

El contenido de esta actividad se desarrollara en 7 talleres en los distintos centros de salud de Atención Primaria o en la Escuela de Pacientes. Estos talleres serán los siguientes:

- **Taller 1. Atrévete a decir ¡basta!**
- **Taller 2 y 3. Aprendiendo a dormir**
- **Taller 4. Por un sueño higiénico**
- **Taller 5. Todo bajo control**
- **Taller 6. Tu pones los límites**
- **Taller 7. Relájate, respira y a dormir**

Destinatarios: todos aquellos pacientes que se participen en el programa de prescripción de benzodiazepinas o se muestren interesados por hacerlo. Del mismo modo, podrán acudir los cuidadores de aquellos pacientes que por motivos, físicos, mentales o cognitivos no puedan acceder a estos talleres.

Duración aproximada : 7 horas. Cada taller tendrá una duración aproximada de una hora.

IV. ACTIVIDAD 4: "DE LA FARMACIA A LA CAMA"

Sesiones de formación a los farmacéuticos comunitarios.

Sesiones de formación sobre la necesidad y la metodología del procedimiento de deprescripción de benzodiazepinas, con el objetivo de captar y motivar a posibles pacientes candidatos a formar parte del programa.

Destinatarios: farmacéuticos comunitarios que se encuentren interesados en esta formación.

Duración aproximada: 1 hora. Se impartirá una sesión en cada una de las sedes del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra, sitas en Pamplona y Tudela.

V. ACTIVIDAD 5: "CONTIGO DONDE ESTÉS"

Sesiones informativas para la población en centros cívicos, pisos tutelados o donde así lo requieran los solicitantes. El objetivo es poder formar, motivar y presentar el programa de deprescripción de benzodiazepinas a todos aquellos pacientes que, bien por desinformación en su centro de salud o bien porque no acuden a este, no son conscientes de su existencia.

Destinatarios: todos aquellos pacientes candidatos a participar en nuestro programa. Del mismo modo, podrán acudir los cuidadores de aquellos pacientes que por motivos, físicos, mentales o cognitivos no puedan acceder a estos talleres.

Duración aproximada : 1 hora.

VI. ACTIVIDAD 6: "LA SOLUCIÓN EN ATENEA"

Implementación de distintas plantillas en ATENEA para facilitar a médicos y enfermeras el manejo de la documentación del programa.

Destinatarios: todos aquellos pacientes candidatos a participar en nuestro programa, o todos aquellos con un tratamiento hipnótico prescrito de forma crónica.

Duración aproximada : 3 meses.

ACTIVIDAD 1: "UN RETO NECESARIO"

Sesiones de formación sobre el contenido y desarrollo del programa, y sobre la necesidad y metodología de la deprescripción de benzodiazepinas a profesionales sanitarios de los centros de salud de Atención Primaria y centros sociosanitarios.

Esta actividad será impartida por los diferentes farmacéuticos de Atención Primaria que formen parte de los equipos en las distintas zonas básicas de salud. El farmacéutico responsable del programa será quién coordine estas actividades formativas. Las sesiones se impartirán entre los meses de octubre a diciembre a los profesionales médicos de todos los centros de salud de Navarra y en los centros sociosanitarios con médico propio:

- A todos los médicos que formen parte del Equipo de Atención Primaria o de cada centro sociosanitario. Los pediatras que deseen asistir también podrán hacerlo.

- A la enfermera responsable del programa en cada centro de salud o centro sociosanitario, así como todos aquellos integrantes del equipo de enfermería que esta última considere necesario para formar en esta materia.
- A la enfermera responsable del programa en la Escuela de Pacientes. Esta asistirá a la sesión impartida en el centro que ella prefiera.

Aunque no forman parte del programa, se atenderán las solicitudes de todos aquellos centros de titularidad privada cuyos profesionales sanitarios quieran recibir formación.

Los principales objetivos de esta actividad es concienciar a los profesionales sanitarios sobre la magnitud del problema de salud pública al que nos enfrentamos con el consumo de benzodiazepinas, e instruirles con cada uno de los procedimientos que van a tener que llevar a cabo a lo largo de la campaña. Por tanto debemos recalcarlo generalizado sobre su inadecuada prescripción, tanto por la indicación por la que se inicia el tratamiento como por la duración de este, y el potencial riesgo de tolerancia, dependencia y otros efectos secundarios que mermar la calidad de vida.

La sesión se impartirá con apoyo de una presentación en Power Point y tendrán una duración estimada de una hora, dependiendo de las dudas que se generen o por la necesidad de profundizar en algún tema en concreto. El contenido de las sesión será el siguiente:

1. Introducción

El taller dará comienzo con una breve explicación sobre las **características farmacológicas de las benzodiazepinas** y se les enseñará como empezar a prescribir adecuadamente estos tratamientos en función del tipo de patología y de las características del paciente. Por último, se les informará sobre la eficacia de

las diferentes alternativas farmacológicas empleadas para el insomnio y de las técnicas de medidas de higiene del sueño y de terapia cognitivo conductual.

2. Envío de carta al domicilio: Intervención mínima

Al inicio del Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas, se enviará una carta a los domicilios de todos los pacientes bajo tratamiento con benzodiazepinas, advirtiéndoles que es posible que hayan desarrollado tolerancia a estos fármacos, y que los escasos beneficios no compensan los numerosos riesgos a los que se encuentran sometidos. Esta se define como "Intervención mínima", y como ya hemos comentado anteriormente, esta estrategia ha dado lugar a una tasa de abandono, medida como no consumo a los 12 meses, que oscilan entre el 18% y 59%⁴.

Este envío se realizará desde los Centros de Salud de Atención Primaria únicamente, ya que los pacientes ingresados en los centros sociosanitarios no son candidatos de esta intervención.

Se ofrecerá a los médicos dos modelos de carta para enviar a sus pacientes (Anexo 1), una en tono más formal que la otra, para que cada uno envíe la que le parezca más adecuada en cada momento. A todo paciente que, tras recibir la carta, se muestre interesado se le programará una cita.

Posteriormente, desde la administración del centro, se enviará un documento donde se deberá indicar el número de pacientes candidatos para nuestro programa que se han identificado, el número de cartas finalmente que se han enviado, y las fechas del envío (Anexo 2). Esta información será posteriormente utilizada para la fase de evaluación del programa.

3. Identificación de participantes en la consulta.

En consulta también se planteará la importancia de deprescribir estos tratamientos a todos los pacientes que acudan. Si fuese necesario, podrán solicitar al Servicio de Gestión de la Prestación Farmacéutica, la relación de CIPNA de todos los pacientes que están consumiendo en un momento determinado benzodiazepinas. En los centros sociosanitarios, se abordará este tema con cada uno de los residentes en tratamiento.

4. Motivación

Una vez que se hayan identificado los pacientes candidatos, el médico deberá motivarlos. Como ya hemos comentado, lo realizará exponiendo todas las ventajas que pueden experimentar tras abandonar estos tratamientos y como mejorará su calidad de vida.

5. Valoración de la severidad de la dependencia

Una vez que hayan convencido a los pacientes, realizarán la valoración de la dependencia. Para ello utilizarán un test cuyas plantillas habrán serán entregadas por el farmacéutico responsable de su formación (Anexo 3). Con este test, podrán tener una idea aproximada del grado de dependencia del paciente a su tratamiento, para así estimar escaladas y duraciones de deprescripción adecuadas y realistas.

La Escala de Severidad de la Dependencia es una escala de evaluación compuesta por 5 ítems que trata de medir los componentes más psicológicos de la dependencia. Más específicamente, evalúa la percepción que el sujeto tiene acerca de su grado de deterioro del control sobre el consumo de la droga, así como su preocupación y ansiedad por conseguirla. La respuesta a cada ítem está codificada mediante una escala tipo Likert, con un intervalo de puntuaciones de 0 a 3. La puntuación total de la Escala de Severidad de la Dependencia tiene, por lo tanto, un intervalo de 0 a 15 puntos, y una mayor puntuación indica un mayor grado de dependencia de la droga considerada¹⁹.

Los ítems de la versión española consensuada de la Escala de Severidad de la Dependencia, para diferentes sustancias susceptibles de producir dependencia, junto con la formulación de las respuestas y las puntuaciones se muestran en la tabla 1. Es necesario cumplimentar una escala para cada sustancia de la que se quiera valorar la posible dependencia.

La versión que vamos a emplear en nuestro programa ya se usó en la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) del año 2006, con el apoyo de la Dirección General para el Plan Nacional Sobre Drogas y el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, para valorar la posible dependencia de *cannabis* en los jóvenes.

Esta escala se utilizará en dos fases diferentes: en el momento de inclusión del paciente en el programa de deprescripción de benzodiazepinas, y al final este procedimiento o cuando vaya a finalizar el programa, para su posterior evaluación.

Con ella se pretenderá medir el grado de dependencia del paciente a las benzodiazepinas, lo que aportará una idea al paciente de la duración y la facilidad con la que se le podrán deprescribir las benzodiazepinas, y compararla con la dependencia que presenta al final del proceso o del programa.

Al final de la sesión se les hará entrega del test en papel y vía email para que dispongan de él en todo momento.

OBJETIVO: El 80% de los participantes obtiene una menor puntuación en el test al final del Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas.

6. Valoración de la gravedad del insomnio.

Esta valoración se realizará con el Cuestionario Oviedo de Sueño (COS). Al paciente se le realizarán una serie de preguntas que nos confirmarán el diagnóstico de insomnio y nos mostrarán la gravedad de este en caso de confirmarse (Anexo 4).

El COS es una entrevista semiestructurada breve que permite realizar una historia clínica exhaustiva sobre el ritmo sueño-vigilia del paciente. La información recogida ayuda al diagnóstico de insomnio e hipersomnio según los criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV. Consta de 15 ítems, 13 de los cuales se agrupan en 3 escalas:

1. Satisfacción subjetiva con el sueño: constituida por un único ítem (COS1) que se puntúa mediante una escala Likert de intensidad de 7 grados, desde 1, muy insatisfecho, hasta 7, muy satisfecho.

2. Insomnio: formada por 9 ítems (COS21 a COS24, COS3 a COS7) que evalúan la naturaleza del insomnio (dificultades de conciliación, de mantenimiento, despertar precoz, sueño no reparador), sus repercusiones en la vigilia (preocupación, cansancio, disminución del funcionamiento) y su gravedad. Los ítems COS21 a COS24 junto con el COS7 constituyen el algoritmo para el diagnóstico categorial de insomnio, bien según los criterios CIE-10 o bien según los criterios DSM-IV. Los 9 ítems constituyen la Escala COS de Gravedad del Insomnio (COS-GI).

El algoritmo diagnóstico de insomnio CIE-10 es el siguiente:

- Debe presentarse como mínimo 3 días a la semana al menos 1 de los 4 ítems COS21 a COS24 (dificultades para conciliar el sueño, permanecer dormido, lograr un sueño reparador, despertarse a la hora habitual), es decir, obtener una puntuación ≥ 3 .

- Se debe presentar al menos 3 días a la semana el ítem COS7 (preocupación o cansancio o repercusión en el funcionamiento por las dificultades de sueño nocturno), es decir, obtener una puntuación ≥ 3 .

El algoritmo diagnóstico de insomnio DSM-IV es el siguiente:

- Debe presentarse como mínimo 6-7 días a la semana al menos 1 de los 4 ítems COS21 a COS24 (dificultades para conciliar el sueño, permanecer dormido, lograr un sueño reparador, despertarse a la hora habitual), es decir, obtener una puntuación de 5.
- Debe presentarse al menos 6-7 días a la semana el ítem COS7 (preocupación o cansancio o repercusión en el funcionamiento por las dificultades de sueño nocturno), es decir, obtener una puntuación de 5.

La Escala COS-GI proporciona una puntuación dimensional de gravedad del insomnio que se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los 9 ítems que la constituyen.

3. Hipersomnio: constituida por 3 ítems (COS25, COS 8 y COS9) que evalúan el sueño diurno y la preocupación/ disminución del funcionamiento por este motivo. Estos 3 ítems constituyen el algoritmo para el diagnóstico categorial de hipersomnio, que en este caso es el mismo para los criterios CIE-10 y los DSM-IV. No hay una escala COS de gravedad del hipersomnio.

El algoritmo diagnóstico de hipersomnio consiste en:

- No hay dificultades de sueño nocturno, es decir, la puntuación en los ítems COS21 a COS 24 es 1.
- Se debe presentar al menos 6-7 días a la semana los 3 ítems de la escala (COS25, COS8 y COS9), es decir, obtener una puntuación de 5.

Los 2 ítems restantes (COS10 y COS11) proporcionan información adicional sobre parasomnias y posibles trastornos orgánicos del sueño, así como sobre el uso de ayudas para dormir (hierbas, fármacos, etc.).

Por tanto, se trata de un instrumento heteroaplicado, con el que el clínico va recogiendo y clarificando con el paciente la información por él proporcionada. El marco de referencia temporal es "durante el último mes". Proporciona la siguiente información:

1. Satisfacción subjetiva del paciente con su sueño que oscila entre 1 y 7; a mayor puntuación, mayor satisfacción.
2. Diagnóstico categórico de insomnio o hiperinsomnio según los criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV.
3. Puntuación dimensional de la gravedad del insomnio. El intervalo de puntuación es 9-45; a mayor puntuación, mayor gravedad. En la población con depresión una puntuación directa de 30 en esta escala equivale al percentil 50⁴⁶.

A lo largo del programa, este cuestionario será rellenado por el paciente en dos ocasiones: al inicio del programa y al finalizar el proceso de deprescripción o el programa. Con este se tratarán de dar a conocer diferentes aspectos de la patología:

- Se reevaluará el diagnóstico de insomnio o hiperinsomnio por el que se prescribió al paciente inicialmente la benzodiazepina, así como su gravedad.
- Se valorará el grado de satisfacción subjetiva del paciente con su sueño, independientemente de que este se encuentre justificado por el diagnóstico, o por el contrario, carezca de él.
- Se conocerán los tratamientos adicionales que utiliza el paciente para el manejo del insomnio, que puedan estar afectando a su estado de salud.

Con la aplicación del cuestionario en dos fases se pretende comparar la evolución de la patología del paciente así como de su grado de satisfacción subjetiva.

OBJETIVO: El 80% de los pacientes reducen su puntuación al final del Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas en este cuestionario.

7. Valoración de la calidad de vida

Tras la valoración de la gravedad del insomnio, realizaremos un cuestionario con el que el paciente nos aportará información sobre la percepción subjetiva de su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Esta valoración se realizará el cuestionario EuroQol-5D antes de empezar el programa de deprescripción de benzodiazepinas y una vez se haya concluido el procedimiento (Anexo 5). En caso de no haber podido completar la deprescripción con anterioridad, este cuestionario se volverá a rellenar por aquellos pacientes a los que se les haya reducido la dosis de benzodiazepinas al final de la campaña.

El cuestionario EuroQol-5D es un instrumento genérico de medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo), y posteriormente en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento.

El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumplimente el cuestionario. En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo) problemas»; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas»⁴⁷.

Esta escala presenta los resultados sobre la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta, obtenidos mediante el cuestionario EQ-5D-5L, y está siendo utilizada por distintos organismos oficiales. Un ejemplo de ello es su incorporación a la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) en 2011/12. La ENSE es un estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que desde 2003 se realiza con el Instituto Nacional de Estadística. Los resultados de EQ-5D-5L proporcionan una norma poblacional para España, representativa para las comunidades autónomas. Constituye una referencia para realizar comparaciones entre grupos de pacientes y la población general, así como para hacer el seguimiento de la evolución de la salud de los pacientes y contribuir así a la obtención de medidas de efectividad para la evaluación económica de tecnologías sanitarias⁴⁸.

OBJETIVO: El 80% de los participantes obtiene mayor puntuación de EuroQol-5D.

8. Inclusión del paciente en el programa

Una vez hayamos realizado todos los test y cuestionarios, y habiendo confirmado que el paciente cumple los criterios para participar en el programa, el paciente deberá firmar la autorización pertinente y al mismo tiempo que se rellena un documento de inclusión del paciente en el Programa de Prescripción de Benzodiazepinas (Anexo 6). Ambos documentos, junto con los resultados de los cuestionarios y test previamente realizados, serán enviados al farmacéutico responsable del programa junto con un modelo de instancia para ello (Anexo 7). Este modelo de instancia se utilizará para cualquier envío de documentación que se vaya realizando a lo largo del programa (excepto para el envío de cartas al domicilio).

9. Entrevista estandarizada

Antes de decidir la magnitud de la reducción de la dosis, deberemos hablar con el paciente para conocer sus expectativas, miedos y preferencias. Para ello, realizaremos una serie de preguntas, ya definidas de antemano, y que deberán

ser siempre las mismas. Se harán entrega de ellas a los médicos para que dispongan en cualquier momento del contenido de la entrevista (Anexo 8).

10. Escalada de dosis

Una vez se haya incluido formalmente al paciente en el programa, comenzaremos con la retirada gradual de la benzodiazepina. Esta se decidirá en función del grado de dependencia del paciente, y de las preferencias de este para facilitar el éxito de la actuación.

Posteriormente, se le hará entrega de la nueva pauta por escrito porque, como ya hemos descrito, se ha visto que se obtienen mejores tasas de éxito. Y es que esta actuación le hace sentir al paciente que el médico se está tomando en serio el proceso y que sabe bien lo que está haciendo.

El modelo de documento entregado al paciente será diferente en función del tipo de intervención que se haga. Si el paciente se muestra reacio a acudir a la consulta periódicamente, bien porque no puede o porque no quiere, se le hará entrega de la tabla rellena con toda las pautas y posologías que deberá cumplimentar hasta el final del proceso (Anexo 9). De esta manera, le aportaremos toda la información necesaria para que pueda llevar a cabo la deprescripción por su cuenta y sin necesidad de tener que ir a la consulta periódicamente para una reducción de dosis.

Para aquellos pacientes que estén dispuestos a acudir a la consulta con la frecuencia que el médico determine, se hará entrega del documento donde únicamente se indiquen la antigua y nueva dosis (Anexo 10).

11. Finalización del programa y encuestas de satisfacción.

Durante los meses de junio y julio de 2018, se procederá al cierre de la campaña. Para ello, se concertará cita con todos aquellos pacientes a los que se esté deprescribiendo el tratamiento para realizar una última evaluación de su progreso. Para ellos se les volverá a someter al Test de Severidad de Dependencia, al Cuestionario Oviedo de valoración de la gravedad del insomnio y al Cuestionario EuroQol 5D de calidad de vida.

Por último, se le entregará un cuestionario de satisfacción para valorar la opinión que el Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas ha suscitado en los pacientes y profesionales sanitarios. Estos se repartirán en distintas fases del programa y serán diferentes en función de si el receptor del mismo es el paciente o un profesional.

Los pacientes lo cumplimentarán al final de cada uno de los talleres formativos destinados a pacientes y al finalizar su participación en el programa de deprescripción, bien porque este ya finaliza o porque lo abandona por terminar la retirada del tratamiento o por voluntad propia (Anexos 11 y 12). Consta de distintas preguntas para el asistente en las que se valora el medio por el que conoció el taller, el motivo por el que acude, la calidad de la información recibida, la utilidad de dicha información y la impresión general que ha causado la sesión de formación.

Del mismo modo también se repartirá dicho cuestionario entre los profesionales sanitarios que participan en el programa (médicos, enfermeras y farmacéuticos) después de cada una de las sesiones de formación impartidas y tras la finalización del programa. (Anexos 13, 14 y 15). El objetivo es valorar la calidad de la información recibida y la utilidad del programa, y se utilizarán en la posterior evaluación del programa por parte del farmacéutico responsable del mismo.

Objetivos:

- El 100% de las dudas de los asistentes han sido resueltas satisfactoriamente.
- El 90% de los asistentes han ampliado sus conocimientos sobre el insomnio y la necesidad de deprescripción de benzodiazepinas.
- El 90% de los asistentes consideran útil la información recibida.
- El 90% se muestran satisfechos con la formación.

Por último, al final de la sesión, se les hará entrega de los distintos documentos, test y cuestionarios que van a formar parte del desarrollo del programa. Estos también serán remitidos por email para que puedan disponer de ellos cuantas veces sea necesario.

ACTIVIDAD 2: "ENSÉÑALES EL CAMINO"

Sesiones de formación a personal de enfermería sobre educación sanitaria en el insomnio, las medidas de higiene del sueño y las distintas técnicas que integran la terapia cognitivo conductual.

El tratamiento del insomnio en Atención Primaria tiene como objetivo principal mejorar el nivel de satisfacción respecto al sueño, centrándose en intervenciones que lo promuevan positivamente. Se debe considerar un abordaje terapéutico integral en el que se tenga en cuenta todos los factores contribuyentes. Se conseguirá así mejorar la calidad y cantidad de sueño, reducir la latencia de sueño y los despertares nocturnos, además de incrementar el tiempo total que se está dormido y aumentar el funcionamiento diurno.

El objetivo de la sesión será la formación en las intervenciones terapéuticas utilizadas en el manejo del insomnio :

- Educación para la salud en insomnio
- Medidas de higiene del sueño
- Control de estímulos
- Restricción del sueño
- Técnicas de relajación y respiración

Cualquier proceso de deshabitación de un tratamiento que ya ha generado una dependencia genera malestar, miedos y distintas barreras que empujan tanto al paciente como al profesional sanitario a banalizar el problema y a no enfrentarse a él. Por ello, es fundamental poder ofrecer una alternativa terapéutica para todos aquellos pacientes y profesionales que estén convencidos de sufrir un problema de insomnio.

Como ya hemos comentado, estas medidas se basan en un abordaje psicológico y no farmacológico que ya ha demostrado su eficacia en diferentes estudios controlados y aleatorizados. También se ha observado que se obtienen mayores tasas de éxito cuando se utilizan como coadyuvantes en el proceso de deprescripción, aunque también pueden ser abordadas en cualquier momento en el que se presenten episodios de insomnio.

A pesar de que la terapia cognitivo conductual ha mostrado eficacia a largo plazo y de que las guías recomiendan su uso como primera línea en el manejo del insomnio, estas intervenciones están infrutilizadas, especialmente en Atención Primaria. Sin embargo, algunas intervenciones como la restricción de tiempo en la cama y el control de estímulos, necesitan menos tiempo y pueden ser puestas en práctica por profesionales de Atención Primaria. Una barrera importante para su utilización es la falta de familiarización con estas técnicas entre los profesionales de la salud y que la correcta implantación de la terapia cognitivo conductual, normalmente, requiere más tiempo que la prescripción de un fármaco hipnótico. Por otro lado, la mayoría de las personas con insomnio, la encuentran difícil de implantar satisfactoriamente. Al contrario que la farmacoterapia, que ofrece un alivio rápido y a corto plazo, la terapia cognitivo conductual requiere que el paciente cambie su estilo de vida, realice ejercicios prácticos y soporte malestar a corto plazo para conseguir alivio a largo plazo, lo cual dificulta su aplicación en la práctica clínica.

Por último, no hay que olvidar que la escasez de recursos económicos de los que disponen actualmente los Sistemas de Salud obliga a la priorización de los tipos de asistencia, por lo que los distintos Centros de Salud Mental de Navarra solo atienden a pacientes con problemas graves de adicción donde corra peligro su integridad física, y la sobrecarga asistencial y el poco tiempo de consulta en centros de Atención Primaria no deja tiempo para la implementación de este otro tipo de terapia por el personal de enfermería.

Por todo ello, es importante que este programa englobe la formación del personal de enfermería en las distintas técnicas no farmacológicas, para su posterior implementación en los talleres para el manejo del insomnio que se celebren en el centro de salud o en la Escuela de Pacientes. No obstante, no hay que olvidar que este personal ya está familiarizado con el manejo de estas técnicas por la impartición en los centros de salud de talleres para el manejo de la ansiedad.

Esta actividad será impartida por los diferentes farmacéuticos de Atención Primaria que formen parte de los equipos en las distintas zonas básicas de salud. El farmacéutico responsable del programa será quién coordine estas actividades formativas. Las sesiones se impartirán entre los meses de octubre a diciembre, a todos los centros de Atención Primaria y sociosanitarios con médico propio de Navarra, en el mismo día en el que se imparta la sesión de formación correspondiente a la Actividad 1 en el centro. De este modo, el farmacéutico responsable solo se trasladará una vez al centro de salud optimizando en costes temporales y de desplazamiento.

Esta sesión se destinará:

- A la enfermera responsable del programa en cada centro de salud o centro sociosanitario, así como todos aquellos integrantes del equipo de enfermería que esta última considere necesario para formar en esta materia.
- A la enfermera responsable del programa en la Escuela de Pacientes. Esta asistirá a la sesión impartida en el centro que ella prefiera.
- A cualquier médicos que formen parte del Equipo de Atención Primaria o de cada centro sociosanitario y que esté interesado en su contenido. Los pediatras que deseen asistir también podrán hacerlo.

Del mismo modo, aunque no formen parte del programa podrán solicitarla todos aquellos centros de titularidad privada cuyos profesionales sanitarios quieran recibir esta formación. La sesión se impartirá con apoyo de una presentación en Power Point y tendrán una duración estimada de una hora dependiendo de las dudas que se generen o por la necesidad de profundizar en algún tema en concreto. Por último, se les hará entrega de los dípticos que forman parte del programa, así como distintos materiales de apoyo con consejos para informar a la población sobre las distintas terapias psicológicas.

I. EDUCACIÓN PARA LA SALUD^{3,49}

Uno de los objetivos de los actuales sistemas sanitarios es la promoción de la salud de los individuos y de la comunidad. Una actividad que se incluye en la Atención Primaria para conseguir este objetivo, es la educación para la salud de los individuos y del conjunto de la población. En el caso de los pacientes con insomnio, su objetivo es dotar de información para que comprendan el origen de su problema (etiología, epidemiología), la verdadera naturaleza de las benzodiazepinas, su metodología de deprescripción y que otras alternativas no farmacológicas existen para combatirlo.

Los pacientes necesitan recibir información adecuada para sus problemas de salud, para posteriormente poder formar parte del proceso de toma de decisiones. El profesional pretende ayudar a corregir aquellas ideas erróneas que se tengan sobre el ciclo de sueño, sus problemas y sus medidas terapéuticas. Si el profesional tiene en cuenta como el paciente concibe su problema de sueño, podrá utilizar mejor la información que así obtenga a la hora de poner en marcha las intervenciones terapéuticas para el insomnio. No obstante, los estudios realizados no han podido confirmar de forma unívoca, la eficacia de esta intervención para el tratamiento del insomnio.

El estudio EMPOWER⁵⁰ evaluó una campaña educativa contra el uso prolongado de benzodiazepinas en pacientes ≥ 65 años. Participaron 303 pacientes de 65-95 años que las utilizaban de forma habitual y que habían sido seleccionados de 30 oficinas de farmacia, aleatorizadas a grupo control e intervención. A los pacientes del grupo intervención se les informaba a través de un folleto escrito de los riesgos del uso habitual de las benzodiazepinas y sobre cómo realizar la retirada gradual. También se les preguntaba si querían tener una cita con su farmacéutico y/o médico. La intervención se personalizaba en función de la benzodiazepina que tomara el paciente. El grupo control recibió el cuidado habitual.

EL 86% de los pacientes completaron el seguimiento de 6 meses. El 62% del grupo intervención solicitaron una conversación sobre la deprescripción con un médico y/o farmacéutico. El 27% del grupo intervención consiguió dejar las benzodiazepinas comparado con el 4,5% del control (OR = 23% IC95%: 14 a 32). Si consideramos también la reducción de dosis, la proporción llega al 37,8% en el grupo intervención comparado con el 5,1% en el control (OR = 27% IC95%: 18 a 37). En un subanálisis multivariante, ser mayor de 80 años, el sexo, la duración del tratamiento, la indicación de la prescripción, la dosis, si hubo intentos previos de retirada y llevar ≥ 10 fármacos al día, no mostraron un efecto significativo en la retirada de benzodiazepinas. Los autores concluyen que la educación directa al consumidor se mostró eficaz en esta estrategia, y que los sistemas sanitarios deberían considerar la importancia de los pacientes para optimizar la utilización de los cuidados sanitarios.

Por todo ello, los objetivos principales de esta sesión serán los siguientes:

- Conocimiento de la técnica de educación para la salud en el insomnio, para poder implementarlo en futuros talleres dirigidos a pacientes.
- Dotar de información adecuada sobre la necesidad de abandonar los tratamientos basados en benzodiazepinas.

- Dotar de información adecuada sobre esta patología.
- Facilitar la aceptación de estos episodios y el seguimiento de medidas no farmacológicas.

1. EL INSOMNIO: CONOCIENDO EL TRATAMIENTO

Esta sesión en realidad no será necesaria ya la enfermera responsable del programa en los distintos centros de salud o centros sociosanitarios, o aquellas que puedan estar interesadas ya han sido invitadas a la sesión formativa junto a los médicos. No obstante, se aclararán todas las dudas que tengan respecto a la necesidad de la retirada de los tratamientos benzodiazepínicos a los pacientes, ya que serán las responsables de formar a los pacientes en este sentido en los futuros talleres que se diseñen orientados para ellos.

En dicho taller aprenderán a conocer mejor la naturaleza, indicaciones, duración de tratamientos, efectos secundarios y riesgos asociados al consumo continuo de benzodiazepinas. Al mismo tiempo, se les explicara en que consiste un procedimiento de deprescripción y la eficacia de otras medidas farmacológicas y no farmacológicas.

El contenido de la sesión será similar al contenido formativo utilizado para la formación de los profesionales sanitarios, pero adaptado a un lenguaje común y fácilmente comprensible por el paciente.

2. EL INSOMNIO: APRENDIENDO A CONOCER LA ENFERMEDAD

El objetivo de esta parte de la sesión será la definición del insomnio y de los aspectos más relevantes que deben tenerse siempre en cuenta con esta

enfermedad. Su principal objetivo es que posteriormente lo trasmitan al paciente durante la impartición de los talleres para el manejo del insomnio.

Los puntos esenciales en los que debe basarse la educación sanitaria en este aspecto son los siguientes:

1. Definición de insomnio

El ser humano invierte, por término medio, un tercio de su vida en dormir. Dormir es una actividad necesaria, porque con ella se restablece el equilibrio físico y psicológico básico de las personas.

La palabra insomnio significa falta de sueño, y su estricta definición médica es "una persistente dificultad para quedarse o permanecer dormido, lo que deteriora el funcionamiento durante el día"

Hablamos de insomnio:

- Cuando los problemas de calidad y/o cantidad con el sueño, sobrepasan una intensidad que los hace intolerables.
- Cuando hay dificultades en la capacidad de la persona para adaptarse a las consecuencias negativas que se derivan de esos problemas, provocando síntomas como: alteraciones del humor, dificultad para concentrarse, somnolencia con dificultad para poder dormirse durante el día, cansancio físico y mental, estado general de nerviosismo, tensión y ansiedad.

Las manifestaciones más características del insomnio son las dificultades para conciliar o mantener el sueño o el despertarse demasiado temprano. En definitiva la falta de un sueño reparador.

2. La estructura del sueño

Una noche de sueño normal tiene tres partes principales:

- Fase no REM. Esta se divide en estadios 1-4 en el que en cada de ellos el sueño se va volviendo más profundo.
- Fase REM: se produce cuando el cerebro está muy activo, pero el cuerpo está inerte, salvo los ojos que se mueven rápidamente. Es la etapa en la que se producen los sueños.
- Periodos de vigilia: son breves y duran 1-2 minutos.

Cada noche alternan alrededor de 4-5 episodios de sueño no REM con 4-5 episodios REM. Además, cada dos horas aproximadamente se producen varios periodos de vigilia de 1-2 minutos de duración, pero ocurren con mayor frecuencia al final de la noche. Normalmente, estos periodos de vigilia no se recuerdan si duran menos de dos minutos.

3. La influencia de la edad en la estructura del sueño

Al igual que la cantidad de sueño, el tipo de sueño también varía conforme envejecemos. El sueño en los ancianos tiende a ser más ligero, menos profundo y con períodos de vigilia más frecuentes. Las manifestaciones más características del insomnio son las dificultades para conciliar o mantener el sueño o el despertarse demasiado temprano. En definitiva la falta de un sueño reparador.

4. El número de horas de sueño necesarias y las variaciones individuales

La necesidad de sueño cambia en cada persona de acuerdo a la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. El tiempo ideal de sueño es aquel que nos permita realizar las actividades diarias con normalidad. Por tanto, no importa la cantidad de sueño, lo que importa es cómo se siente física y mentalmente tras el mismo

El promedio de horas que la gente necesita suele ser de 6-8 horas, aunque la cantidad de sueño que necesita una persona varía a lo largo de su vida, disminuyendo a medida que aumenta la edad. No sólo la necesidad de sueño varía con la edad, también varía según el nivel de actividad. Si alguien ha dejado de trabajar, puede estar menos activo y por lo tanto requerir menos horas de sueño. Por todo ello, para muchas personas ancianas es suficiente con dormir seis horas.

5. La prevalencia del insomnio

Los problemas del sueño son muy comunes, siendo el más frecuente el insomnio. Un estudio encontró que hasta un 30% de la población adulta lo presenta y que aproximadamente la mitad de las personas mayores de 65 años se quejan de insomnio. Por lo tanto, tener problemas para dormir en algún momento de la vida es bastante normal.

6. El sueño como reflejo del funcionamiento diurno y viceversa

Si se tiene problemas de sueño, es muy probable que este tenga su origen en distintos problemas físicos y mentales. Los problemas de concentración, pueden originar a su vez problemas en el trabajo o en actividades que la requieren como la conducción el manejo de maquinaria pesada.

Algunos de los efectos de la falta de sueño pueden incluir:

- Dormirse durante el día
- Sensación de cansancio
- Falta de concentración
- Problemas de memoria
- Dificultades para la toma de decisiones
- Irritabilidad
- Frustración
- Riesgo de accidentes y lesiones

7. La importancia del condicionamiento y los procesos mentales que causan la aparición de un círculo vicioso

- **Consecuencia del envejecimiento normal:** Cuando las personas se hacen mayores, tienden a dormir menos profundamente y necesitar menos tiempo de sueño. Por otro lado, a veces las personas desarrollan el hábito de quedarse dormidas durante el día lo que a su vez reduce la necesidad de dormir por la noche. Esto en sí mismo no es un problema, pero a menudo no dormir durante la noche se convierte en una causa de preocupación y frustración que a su vez conduce a dormir menos.
- **La preocupación por la vigilia:** Los pacientes pueden recordar los momentos de vigilia que aparecen por la noche. Puede pensar que eso no es normal y preocuparse por no poder volver a dormir. Mirar el reloj cada vez que se despierta, puede hacer que sienta irritación o nerviosismo y es más probable que recuerde que se ha despertado y que tenga la impresión de haber pasado una mala noche, incluso aunque la cantidad de sueño haya sido normal.

8. Importancia de los factores ambientales, dietéticos, farmacológicos y de otro tipo de patologías.

Factores ambientales: influyen bastante en el sueño. Por ejemplo, un dormitorio demasiado caliente o frío, una cama demasiado dura o blanda o una habitación que es demasiado ruidosa o iluminada. Dormir en un lugar extraño también puede afectar al sueño.

Interrupción de la rutina: el cambio de las rutinas diarias, como turnos de trabajo alternos o tener un bebé, pueden cambiar los patrones de sueño.

Razones médicas para la interrupción del sueño:

- **Necesidad de ir al baño durante la noche:** se produce sobre todo en las personas ancianas. Levantarse durante la noche no siempre es un gran problema, pero puede ser frustrante si es difícil volver a dormirse.
- **Dolor:** algo que puede ser común en las personas ancianas por distintas comorbilidades o situaciones personales como el duelo.
- **Ansiedad o depresión:** en situaciones de ansiedad o estrés, nuestro cuerpo se mantiene alerta y nuestra mente se llena de preocupaciones impidiéndonos dormir bien. Por otra parte, la falta de sueño también puede ser debida a la depresión. En estos casos, el insomnio se acompaña generalmente de otros síntomas como son: un bajo estado de ánimo, pérdida de ilusión, falta de concentración, llanto o pensamientos negativos persistentes. La depresión es una enfermedad relativamente frecuente, y su tratamiento puede ayudar con el problema de la falta de sueño.

Estimulantes: pueden interferir con el sueño. Los más comunes son alcohol, cafeína, nicotina, drogas y algunos fármacos como diuréticos, algunos antidepresivos, esteroides, beta bloqueantes, algunas pastillas para adelgazar, los analgésicos que contienen cafeína y algunos remedios para el resfriado que contienen pseudoefedrina. Además, la retirada abrupta de otros fármacos sedantes, esto puede provocar insomnio por efecto “rebote”.

9. Definir metas y objetivos del tratamiento para ajustarlos a las expectativas

Algunas personas necesitan menos sueño que otras. Si no se siente sueño ni cansancio durante el día, probablemente se está durmiendo lo suficiente. Las personas mayores y las que hacen poco ejercicio tienden a necesitar menos horas de sueño. Hay que quitarse ideas de la cabeza como creer que deberíamos ser capaces de echarse la siesta durante el día y dormir ocho horas durante la noche.

10. Recomendaciones para ayudar a corregir las creencias y actitudes

Tras cualquier fase diagnóstica o exploratoria de la enfermedad, en la que el profesional de Atención Primaria ha recabado mucha información complementaria y de la esfera psicosocial del paciente, llega la fase resolutive en la que se reconducen las creencias sobre el insomnio mediante la información y la educación sanitaria.

Nuestras creencias sobre el insomnio pueden influir en el inicio y el mantenimiento de este. Por ello es importante identificar y corregir ciertas ideas y actitudes erróneas que se tienen sobre esta patología. A continuación exponemos una serie de recomendaciones que serán trabajadas con los pacientes en los posteriores talleres de trabajo.

- Mantenga unas expectativas realistas acerca de la cantidad de sueño nocturno que uno puede conseguir.
- Examine a qué atribuye las causas del insomnio. En ocasiones el insomnio ocurre por factores que podemos controlar, como el consumo de alcohol, y en otras ocasiones por factores que no, como una mala digestión o un disgusto reciente.
- No eche la culpa de todo lo malo que ocurra únicamente al insomnio. Examine qué otras cosas han podido causar su bajo rendimiento, mal genio o sensación de cansancio.
- No haga de una mala noche de sueño una catástrofe ni le dé tanta importancia al sueño. Todos podemos tener en algún momento una noche de insomnio.
- No se esfuerce en dormir. El sueño es un proceso fisiológico, nunca debemos forzarnos a dormir si no tenemos sueño.

- Desarrolle cierta tolerancia a los efectos de una noche de insomnio. Tras una noche de insomnio es normal sentirse agotado, haga actividades placenteras, y no le eche la culpa de todo lo malo al insomnio.

11. Historia del sueño y preguntas clave

Ante la sospecha de insomnio y para ayudar a la realización de la historia del sueño, se recomienda la realización de una entrevista que incluya una serie de preguntas orientativas o clave. Algunas de ellas están ya basadas en los criterios diagnósticos de la DSM-IV-TR, y otras son algunas preguntas adicionales.

Para el **insomnio agudo**, la evaluación suele ser más sencilla y trata de obtener información sobre la persona y la situación. Se pregunta acerca del comienzo y el curso clínico del insomnio, y su relación con la situación desencadenante. Es conveniente identificar posibles factores precursores del desarrollo del insomnio crónico, tales como el afrontamiento basado en la internalización, factores de vulnerabilidad durante la niñez y malos hábitos de sueño.

En el caso del **insomnio crónico**, la evaluación debe incluir, además de los aspectos generales de toda historia clínica (aspectos sociodemográficos y características detalladas de la queja), una historia del sueño, una historia médica general, una historia psiquiátrica y una historia farmacológica y de consumo de sustancias.

Aunque estas entrevistas pueden utilizarse como ayuda entre los profesionales sanitarios para detectar el insomnio primario, otros problemas de sueño o trastornos, en los talleres para los pacientes, se trabajarán estos cuestionarios únicamente como ejercicio para ayudarle a profundizar en su enfermedad y a detectar factores clave que puedan estar favoreciéndola.

12. Diario de Sueño-Vigilia

El diario de sueño-vigilia es una herramienta que se puede utilizar para recoger información sobre los horarios de sueño y que a su vez, proporciona ayuda para conocer los progresos que se van consiguiendo al poner en práctica distintos tipos de tratamiento.

El conocimiento de los horarios de sueño y vigilia durante las 24 horas del día es fundamental para diferenciar el insomnio de los trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia. En este caso, un diario de sueño-vigilia resulta un instrumento de gran utilidad en Atención Primaria. Si la causa del insomnio no está clara, el profesional sanitario puede sugerir al paciente que lleve un registro de la hora a la que se acuesta, el tiempo que está despierto en la cama antes de dormirse, la frecuencia con que se despierta durante la noche, la hora a la que se levanta por la mañana y/o cómo se sintió por la mañana (calidad del sueño).

Un diario de sueño puede ayudar a identificar patrones y condiciones que pueden estar afectando el sueño de una persona. Además, permite monitorizar los progresos del paciente, facilitándole una autoevaluación de su problema. El diario de sueño-vigilia, no tiene por qué alterar la evaluación ni el sueño del paciente pero sí requiere cierto tiempo de práctica, por lo que se recomienda que se realice al menos durante 15 días. Este periodo de tiempo permite obtener una línea base más fiable y, por tanto, más representativa de las características del sueño del paciente. Este instrumento sirve también como herramienta de evaluación del tratamiento instaurado, para lo que debe ser utilizado durante al menos 2 meses.

Se adjunta un modelo de diario de sueño-vigilia que puede ser modificado y adaptado a las características y necesidades personales, si el clínico o paciente así lo estiman oportuno. De este modo, además de un instrumento de evaluación, también se convierte en una técnica de diálogo entre ambos. A su vez, este modelo de diario será presentado y trabajado por los pacientes en los posteriores talleres.

II. MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

Las medidas de higiene del sueño comprenden una serie de hábitos de conducta que facilitan el comienzo o mantenimiento del sueño, y que son el denominador común de toda intervención terapéutica utilizada para los trastornos del sueño. Recogen una serie de recomendaciones destinadas a las personas con problemas de insomnio, para que les ayuden a minimizar la incidencia de su problema y favorecer un sueño normal.

Los principales objetivos en esta materia serán:

- Favorecer mejores hábitos de sueño
- Aumentar la conciencia y el conocimiento del impacto de los hábitos de salud y los factores del entorno en el sueño
- Protegerse contra factores potencialmente perjudiciales para el sueño: estilo de vida y el entorno, incluyendo la alimentación, el ejercicio físico, el uso de alcohol de sustancias; además del ruido, la luz y la temperatura
- Romper con la creencia: “esos factores ni me afectan ni son importantes”

Se trata de adquirir mejores hábitos que convienen al estilo de vida general, como la actividad física, o de cambiar aquellos que se sabe que interfieren con el sueño, como puede ser el uso de fármacos o sustancias que lo empeoran. Aunque una higiene del sueño inadecuada raramente es por sí misma la causa primaria del insomnio, puede entorpecer el progreso e interferir en los esfuerzos clínicos para modificar otros patrones de conducta poco apropiados y las cogniciones que no son funcionales.

Las medidas fundamentales de higiene del sueño centradas en el insomnio son las siguientes:

- Tratar de conseguir estar despierto/a durante todo el día y dormir por la noche. El cuerpo se acostumbra a los hábitos, y el de la siesta puede convertirse en un círculo vicioso que ayuda a que el trastorno de sueño original empeore. Estableciendo unas rutinas es más probable que se duerma bien. Por lo tanto, no importa el cansancio que sienta, debe evitarse la siesta salvo que trabaje a turnos.
- Irse a la cama sólo cuando se tenga sueño.
- Levantarse todos los días, incluidos los fines de semana, a la misma hora, aunque se duerma poco. Utilizar una alarma si es necesario. No utilizar los fines de semana para recuperar el sueño perdido, ya que esto puede alterar el ritmo del cuerpo al que se ha acostumbrado durante la semana.
- Evitar quedarse en la cama despierto más tiempo del necesario. La cama debe usarse solo para dormir y para la actividad sexual. Actividades tales como comer, trabajar, ver la televisión, leer, beber, discutir o debatir los problemas del día se deben hacer en otros lugares, ya que la excitación generada por estas situaciones podría interferir con la conciliación del sueño. Estas actividades también hacen que asocie su cama con la vigilia y con el estado de alerta en vez de con la somnolencia y el inicio del sueño. Puede ser útil eliminar de su dormitorio todos los objetos que no estén relacionados con el sueño. Si no se puede dormir después de estar 20-30 minutos en la cama, hay que levantarse, irse a otra habitación y hacer otra cosa, como leer o ver la televisión. Se puede repetir esto tantas veces como sea necesario hasta que consiga tener sueño.

- Utilizar la segunda parte de la tarde-noche para descansar. La mente y el cuerpo necesitan descansar antes de ir a la cama. Se debe establecer un plazo para trabajar y realizar otra actividad 90 minutos antes de irse a la cama. Durante este tiempo se puede hacer algo diferente y no estresante, como leer, ver televisión o escuchar música.
- Reducir o evitar el consumo del alcohol, cafeína e hipnóticos.

La nicotina estimula el sistema nervioso por la liberación de adrenalina. Esta actúa para despertar el cuerpo y la mente, manteniéndonos en alerta y preparándonos para la acción. El cuerpo normalmente libera pequeñas dosis de adrenalina durante todo el día y grandes dosis cuando se enfrenta a algo desafiante o amenazante. Por tanto, fumar antes de acostarse hace que se libere adrenalina, aumentando la energía y vitalidad en el momento en que desearíamos estar relajados y listos para dormir. Debe evitarse preferentemente una hora y media, ya que ésta es la cantidad de tiempo que tardan en desaparecer los efectos estimulantes de la nicotina.

El alcohol también debe evitarse unas horas antes de irse a la cama. Una creencia popular sobre el alcohol es que éste ayudará a dormir si siente tensión o ansiedad. Pero si el organismo se dedica a metabolizarlo, se tenderá a despertar con más frecuencia y se dedicará menos tiempo a las fases más profundas del sueño. Si bebe regularmente puede llevar a una dependencia al alcohol para reducir la ansiedad y poder conciliar el sueño. El alcohol no sólo impedirá sentirse descansado a la mañana, sino que también es probable que tenga una ansiedad de rebote que durará todo el día y que le hará aún más difícil dormir por la noche

- Evitar comidas copiosas antes de acostarse. Evitar acostarse hasta que hayan pasado dos horas después de la cena. Si se está acostumbrado a ello, un picoteo ligero antes de acostarse, como un vaso de leche tibia o un plátano ayuda a conciliar el sueño. Estos alimentos son ricos en triptófano, que se cree que participa en los sistemas bioquímicos que inducen y

mantienen el sueño. Por otro lado un aperitivo a mediodía ayudará a no tener hambre durante la noche. Evitar la ingesta de grandes cantidades de líquido antes de acostarse, para evitar tener que levantarse al baño. Si se despierta a mitad de la noche, no comer nada o se puede comenzar a despertar habitualmente a la misma hora sintiendo hambre.

- Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ventilación, ruidos, luz). Es útil oscurecer la habitación antes de ir a la cama y garantizar que la luz de la mañana no le despierte.
- Evitar el ejercicio o actividades estresantes en las horas previas de acostarse: de lo contrario, el paciente puede sentirse muy despierto y esto le impedirá a su vez conciliar el sueño. Sin embargo, realizar alguna actividad física antes de este período puede resultar beneficioso.
- Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse
- Tomar baños de agua a temperatura corporal por su efecto relajante.

Los resultados publicados sobre la eficacia de las medidas de higiene del sueño coinciden en señalar que por sí solas, no son capaces de resolver los cuadros de insomnio crónico ni agudo. Sin embargo, las medidas de higiene del sueño suelen utilizarse como coadyuvantes de otras intervenciones terapéuticas, ya que existen estudios que concluyen que la higiene del sueño combinada con control de estímulos, relajación o con restricción de tiempo en la cama, obtienen mejores resultados en la eficiencia del sueño.

III. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto y un paciente necesitado de ayuda por problemas de salud que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud del segundo, con el propósito de hacer desaparecer, modificar los síntomas existentes, atenuar o cambiar modos de comportamiento y promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva. El abordaje psicoterapéutico del insomnio se plantea, fundamentalmente, desde el enfoque de intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia conductual considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y tiene como finalidad la corrección de éstos a través de diferentes técnicas de intervención. La terapia cognitivo-conductual (TCC) agrupa un conjunto de técnicas que incorpora elementos tanto de la terapia de conducta como de la terapia cognitiva que toma en cuenta los procesos afectivos y cognitivos (expectativas, creencias, pensamientos), cuya distorsión sería la causa de la sintomatología.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan de forma conjunta y estructurada con tareas fuera de sesión. En el tratamiento del insomnio se utilizan tanto técnicas sólo conductuales -relajación y respiración, control de estímulos, restricción de tiempo en cama e intención paradójica-, como terapia cognitivo-conductual que combina la reestructuración cognitiva con una o varias intervenciones conductuales. El objetivo principal de las técnicas conductuales aplicadas al tratamiento del insomnio es el de modificar las conductas y cogniciones aprendidas con respecto al sueño y que son factores que perpetúan o exacerban las perturbaciones del sueño.

A continuación se describe las intervenciones de TCC que suelen ser utilizadas en el tratamiento del insomnio.

1. CONTROL DE ESTÍMULOS

Esta técnica se basa en los principios del condicionamiento clásico y trata de asociar el uso de la cama con el sueño. Su principal propósito es romper el condicionamiento entre los estímulos ambientales y el insomnio y fomentar otros estímulos que induzcan a dormir. En definitiva, el de volver a asociar el dormitorio con un comienzo rápido del sueño. Fijando la hora de despertarse, se estabiliza el ritmo de sueño-vigilia. Se consigue restringiendo aquellas actividades que sirven como señales para mantenerse despierto.

La forma en que se ha producido el condicionamiento entre ciertos estímulos ambientales y el insomnio suele ser porque el paciente típicamente se ha ido a la cama en un estado de activación emocional y fisiológica incompatible con dormir. Sin embargo, se queda en la cama intentando dormir y ni sale de ella ni de la habitación. Es cuando se da el hecho de que estar despierto en la cama se asocia a los estímulos ambientales (la habitación, la cama, etc...).

Si esta asociación se produce con frecuencia, el condicionamiento será cada vez más fuerte, y el insomnio se producirá con mayor frecuencia ya que el propio entorno de descanso se ha convertido en un estímulo condicionado del no dormir. Cuando el paciente ha desarrollado miedo a no dormir, este condicionamiento desencadenará reacciones incompatibles con el sueño y una excesiva activación emocional incluso antes de irse a la cama, y por tanto, otros estímulos ambientales u otras conductas se verán condicionadas, como la rutina antes de dormir o leer un libro cuando no se puede dormir.

Lo mismo es aplicable con el problema de despertares a lo largo de la noche, ya que el problema del individuo es la incapacidad para volver a quedarse dormido.

2. RESTRICCIÓN DEL SUEÑO

Intervención para consolidar el sueño, acortando el tiempo que se pasa en la cama para aumentar la “eficiencia” de sueño. Implica restringir el tiempo permitido en la cama para igualarlo al tiempo promedio que las personas pasan durmiendo.

Los insomnes tienden a pasar un tiempo excesivo en la cama para compensar su déficit de sueño pero, con el tiempo, esta estrategia sólo consigue perpetuar el insomnio.

Los principales objetivos que persigue esta técnica son:

- Producir un estado de ligera privación de sueño que, a su vez, produce un inicio del sueño más inmediato, mejora la continuidad del sueño y facilita un sueño más profundo.
- Reducir la cantidad de horas que se pasan en la cama, intentando que se aproximen lo más posible al tiempo de sueño estimado.
- Incrementarlas gradualmente hasta conseguir una duración óptima del sueño.
- El tiempo permitido en cama se irá ajustando en función de la “eficiencia” del sueño . Ésta se calcula con la siguiente fórmula:

$$\text{Eficiencia} = [\text{Tiempo total de sueño} / \text{Tiempo total en cama}] \times 100$$

El tiempo en cama se incrementará de 15 a 20 minutos cuando la eficiencia haya sido de más del 85% en la semana previa. Se reducirá en la misma medida cuando la esta haya permanecido por debajo del 80% y no se modificará cuando

esté entre el 80% y el 85%. Periódicamente, se realizarán ajustes periódicos hasta que se consiga una duración óptima del sueño.

Algunas peculiaridades a este respecto son las siguientes:

a) El tiempo en cama no debe reducirse a menos de 4 ó 5 horas por noche, al margen de lo poco satisfactoria que pueda ser la eficiencia del sueño. Es mejor restringir inicialmente el tiempo en cama tanto como el paciente lo pueda tolerar.

b) El criterio específico de eficiencia utilizado para modificar el tiempo permitido en cama puede cambiarse en función de cada situación clínica.

c) Los cambios en el tiempo en cama permitido se suelen hacer semanalmente, aunque en ocasiones puede ser necesario hacer cambios más frecuentes.

d) La restricción del sueño implica prescribir una “ventana de sueño” específica (momento de acostarse y momento de levantarse), más que una cantidad obligatoria de tiempo que se debe pasar en la cama.

e) El paciente debe poder elegir tanto la hora de acostarse como la hora de levantarse. Por ejemplo, uno puede elegir acostarse a las 23 horas, pero debe levantarse cinco horas más tarde (es decir, a las 4 de la madrugada). Por tanto, es preferible mantener una hora de levantarse regular y reajustar solamente el momento de acostarse.

f) Los límites mínimos y máximos del tiempo permitido en cama deben basarse tanto en el sueño nocturno como en el funcionamiento diurno.

3. RELAJACIÓN Y CONTROL DE LA RESPIRACIÓN⁵¹.

Para alcanzar un estado de hipoactivación que contrarreste y ayude a controlar la ansiedad anticipatoria. Se presenta y practica con el objetivo de reducir los niveles de activación somática de la persona más que como método para inducir el sueño.

Para ellos se realiza:

- **Entrenamiento en relajación progresiva:** las técnicas principales son la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática o abdominal, la relajación en imaginación dirigida y el biofeedback.
- **Entrenamiento en control de la respiración y ejercicios de respiración profunda:** esta técnica se basa en el aumento de dióxido de carbono en sangre que se produce durante el sueño. A su vez, éste produce un efecto sedante. Dicho procedimiento de respiración pretende producir un aumento de la concentración de CO₂ en sangre.

Por tanto, los objetivos de esta técnica son reducir el nivel de activación fisiológica y reducir el tiempo que uno tarda en dormirse.

1. Técnicas de respiración profunda

Generalmente hay una tendencia natural a respirar más rápido de lo normal cuando se siente ansiedad. Este exceso de respiración puede hacer que el paciente se sienta un poco mareado, lo que puede aumentar el nerviosismo y, por tanto, hacerle respirar más rápido aumentando de nuevo la ansiedad. Esto acaba convirtiéndose en un círculo vicioso. Esta técnica ayuda a controlar la respiración haciendo que ésta sea más profunda.

Este ejercicio puede realizarse acostado/a, sentado o de pie. En un principio, conviene realizarlo acostado o sentado hasta adquirir suficiente destreza. Se

practicará a diario hasta que pueda hacerse de forma rutinaria en cualquier situación estresante.

La técnica se aplica realizando lo siguiente durante 2-3 minutos:

- Con cada respiración se debe tratar de relajar conscientemente los hombros y los músculos de la parte superior del pecho hasta que se esté utilizando principalmente el diafragma para respirar. El diafragma es el gran grupo muscular de la respiración, que desplaza los pulmones facilitando que en las vías respiratorias entre el aire al inspirar. Se puede comprobar si se está utilizando el diafragma colocando la mano justo debajo del esternón, en la parte superior del abdomen. Aquí se siente cómo sube y baja cuando el aire entra y sale.
- Respirar lenta y profundamente por la nariz y exhalar por la boca a un ritmo constante. Se debe tratar hacer la espiración en el doble de tiempo que la inspiración. Para conseguir esto, puede ser útil contar lentamente a medida que se inspira y exhala. Es muy interesante recurrir a diferentes imágenes mentales en cada momento de la respiración, lo que aumenta considerablemente el efecto que se persigue. Al inspirar hay que observar cómo los pulmones se van llenando de aire como si fuese un globo, notando al mismo tiempo una ligera sensación de calor. Al espirar hay que observar cómo se escapa el aire muy lentamente al igual que lo hace una rueda pinchada, muy poco a poco, percibiendo al mismo tiempo la pérdida de tensión muscular y como estos se van ablandando.
- Una vez que se encuentra en estado de relajación puede recrearse en imágenes que le transmitan tranquilidad, descanso o relajación. Ejemplos: “hacerse el muerto” en el mar y balancear el cuerpo al ritmo de las olas; observar la sensación de cansancio muscular como cuando uno acaba de jugar un partido o de realizar un entrenamiento, etc.

Observaciones:

- Como entrenamiento, debe realizarse tres veces al día durante un periodo de diez minutos cada vez.
- Como estrategia de control de un momento de ansiedad, es útil realizarlo en el momento en que aparezcan los primeros síntomas.

Una práctica muy saludable es pararse a lo largo del día varias veces para practicar la respiración profunda o abdominal.

2. Control de la respiración para facilitar el sueño

1. Tenderse boca arriba con la cabeza a la altura del cuerpo o más baja.
2. Cerrar los ojos.
3. Inspire suavemente. No hinche excesivamente los pulmones. Espire todo el aire. Repita el ejercicio 3 veces.
4. En la 3ª respiración suelte todo el aire y manténgase sin inspirar el tiempo que pueda. Entonces repita las tres respiraciones suaves y vuelva a retener el aliento al final de la tercera espiración.
5. Para ayudarse a contener la respiración y aguantar sin inspirar durante unos momentos, concéntrese en una imagen mental agradable / placentera.
6. Una vez que haya repetido 5 a 8 veces el ciclo (3 inspiraciones y espiraciones seguido de un periodo de contención de la respiración después de una espiración máxima) sentirá deseo de respirar con normalidad, relajado y somnoliento. Respire entonces suavemente y con normalidad. El sueño le vendrá fácilmente.

3. Relajación Muscular Progresiva.

Como su nombre indica, el procedimiento busca la relajación progresiva en cada una de las partes del cuerpo o grupos musculares. Esta técnica busca la relajación a partir de la tensión.

La razón es doble:

- Por el principio de recuperación o tendencia al equilibrio, el organismo buscará la relajación después de la tensión.
- La percepción cenestésica o propioceptiva (percepción interna de las sensaciones de cada uno) permite identificar claramente qué ocurre en cada grupo muscular cuando pasa de la tensión a la relajación. Así será más fácil percibir las sensaciones propias de la relajación muscular.

Las claves para que la relajación muscular se realice correctamente son las siguientes:

- Mantener unos segundos la tensión y observar detenidamente su localización, desde dónde hasta dónde llega la sensación de tensión.
- Aflojar los músculos lo más lentamente posible.
- Sincronizar la respiración con ambos ejercicios, de forma que hay que tomar el aire y aguantarlo mientras se tensa y se acumula la tensión y después hay que soltarlo muy lentamente, a la vez que se aflojan los músculos, también muy despacio, como “a cámara lenta”.
- Focalizar la atención en el grupo muscular y en las sensaciones de tensión y de relajación mientras se trabaja con cada uno de ellos.

Recomendaciones:

- Debe realizarse en un lugar tranquilo, cómodo, con luz tenue y sin demasiado ruido. El paciente debe asegurarse previamente que nadie le moleste durante la realización del ejercicio.
- Despejar la mente de todas las preocupaciones o pensamientos perturbadores, y dejarla clara y en calma. Si éstos aparecen durante la relajación, no se deben detener sino dejar que floten suavemente a través de la mente hacia fuera.
- Adoptar una postura favorecedora de la relajación
 - Si se practica tumbado, ponerse boca arriba, con las piernas ligeramente separadas, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, las manos con las palmas mirando al cuerpo o hacia arriba. Buscar al mismo tiempo una postura cómoda para el cuello.
 - Si se practica sentado: inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás, separar un poco las piernas y apoyar suavemente las manos en las rodillas.

Procedimiento

Los pasos básicos de la relajación son los siguientes:

- Tensar 7-10 segundos.
- Relajar 15-20 segundos (Basta con soltar la tensión de los músculos y permitirles que se relajen).

NOTA: Es necesario que concentrarse primero en la tensión como algo desagradable y después en la relajación que se produce como algo agradable.

A continuación, se aplicará este procedimiento para cada uno de los grupos musculares del cuerpo que se citan a continuación en el siguiente orden:

- Frente y cuero cabelludo: Tensar la frente subiendo las cejas hacia arriba, y relajar concentrándose en todo momento en la relajación.
- Ojos: cerrar, apretarlos fuertemente, y relajar.
- Nariz: Tensar la nariz subiéndola un poco hacia arriba , y relajar.
- Boca: Tensar la boca apretando los labios uno contra otro haciendo una sonrisa forzada, de modo que las mejillas estén tensas y rígidas. Concentrarse en la relajación dejando los músculos sueltos y sin tensión.
- Mandíbula: apretar los dientes fuertemente mientras la tensión se generaliza a los músculos laterales de la cara, hasta las sienes. Mantener la tensión unos segundos. Lentamente, disfrutando, intentar bajar al máximo la tensión, sintiendo la distensión muscular. Separar los dientes y entreabrir la boca, intentando relajarse siempre un poco más. Relajar la mandíbula.
- Lengua: presionar la lengua contra el paladar superior de la boca, y relajar, dejándola flotar dentro de la boca o suavemente apoyada sobre el paladar.
- Cuello: evitar movimientos bruscos que puedan producir mareo o malestar.
 - Si se padecen problemas cervicales serios, hacer el ejercicio imaginando que se intenta esconder el cuello entre los hombros, como si fuese una tortuga; después relajarlo lentamente.

- Si no se padece problemas cervicales, los músculos del cuello se tensarán y relajarán en dos momentos.
- Lengua. La punta de la lengua debe presionar el paladar, con fuerza y hacia arriba, para tensar los músculos de la parte baja de la boca, lengua y cuello. Para relajarse, hay que dejarse llevar suavemente, tomando consciencia de la distensión, dejando la lengua suelta hasta que repose en el fondo de la boca.
- Cuello. Este ejercicio es complementario del anterior. Se trata de apretar y tensar el cuello con fuerza interiormente. Aguantar unos segundos. Después soltar poco a poco y extender la relajación a toda su cara..
- Hombros: levantarlos como si tratara de tocar sus orejas con ellos y relajar.
- Manos: apretar los puños y relajarlos abriendo las manos muy lentamente.
- Antebrazo: doblar las muñecas hacia arriba: con los puños cerrados, como si se estuviera tratando de tocar la parte interior del brazo. A la vez doblar el codo en ángulo recto. Observar la tensión. Después, relajar el antebrazo y las manos lentamente volviendo a la posición de partida.
- Brazos: elevar el brazo hacia arriba y atrás con los puños cerrados y el codo doblado, y relajar muy despacio, como a cámara lenta, desde el hombro hasta la punta de los dedos de las manos.
- Pecho: respirar hondo para inflar los pulmones. Mantener el aire, exhalarlo lentamente y relajarse (puede contarse a medida que lo hace).
- Abdomen - tensar el abdomen apretando los músculos, como si se tuviese que pasar por un lugar estrecho. Después relajarlo cómodamente.

- Espalda: elevar los brazos, doblándolos ligeramente por el codo y presionando con estos el suelo, notando que se acercan las paletillas. Volver a la posición original lentamente, bajando los brazos y moviendo ligeramente las paletillas, aflojando la espalda hasta el final de la columna.
- Nalgas: apretar las nalgas sobre la silla o el suelo, y relajar.
- Muslos: mientras se está sentado, empujar los pies firmemente en el suelo y relajar. Si se está tumbado, elevar ambas piernas, primero una y después la otra, unos centímetros por encima del suelo, con los dedos de los pies hacia delante, como si se quisiera tocar una pared imaginaria enfrente.
- Pantorrillas: acercar las puntas de los pies hacia las espinillas, mantener unos segundos la tensión, observar y relajar.
- Pies: estando tumbado o sentado en el suelo con las piernas estiradas, arquear suavemente los dedos hacia abajo, como para tocar el suelo, y relajar.

Observaciones:

- Cada vez que se relaje un grupo de músculos, comparar cómo se siente cuando está relajado en comparación a cuando está tenso.
- Al finalizar el ejercicio, respirar lentamente unos minutos disfrutando de la sensación de relajación.
- Practicar una o dos veces al día durante al menos ocho semanas.
- Durante el día, tratar de relajar los músculos específicos siempre que note que se tensan.

ACTIVIDAD 3: APRENDE A DORMIR

Talleres para el manejo de insomnio en los centros de salud y en la Escuela de Pacientes

Actividad que contempla el desarrollo de talleres para pacientes para ayudarles en su proceso de deprescripción. Va dirigido a todos aquellos pacientes que, durante el proceso de retirada de las benzodiazepinas, necesiten o sientan la necesidad de un tratamiento alternativo que les ayude con la patología del insomnio. También puede dirigirse a cualquier paciente interesado en el tema, independientemente de que tenga prescrito un tratamiento farmacológico, o a aquellas personas cuidadoras que quieran ayudar en el manejo de la enfermedad a sus familiares.

Serán impartidos en los siguientes lugares:

Centros de salud de Atención Primaria: la enfermera responsable del programa será la encargada de su implementación. Para ello utilizará la formación y el material previamente entregado por su farmacéutico de Atención Primaria durante la fase de formación. Se llevarán a cabo en dos convocatorias distintas durante el desarrollo del programa. y será ofrecido a todos aquellos pacientes que se estén sometiendo a un procedimiento de deprescripción de benzodiazepinas, o que ya se encuentren en tratamiento hipnótico pero tengan miedo a su retirada. Del mismo modo, será ofrecido a todos aquellos cuidadores que deseen asistir cuando el paciente al que representan no se encuentre en predisposición de participar, bien por limitaciones físicas, cognitivas o mentales.

Escuela de pacientes: procederán para su diseño e implementación del mismo modo que los centros de Atención Primaria. Utilizará la formación y el material previamente entregado por el farmacéutico de Atención Primaria responsable del programa durante la fase de formación. El número de convocatorias dependerá de

la demanda, ya que en este caso la captación de pacientes no es activa, aunque se publicitará la campaña en los distintos medios de comunicación, centros de salud, centros cívicos, pisos tutelados y distintos puntos de reunión de los pacientes. El taller estará abierto a cualquier paciente o cuidador que quiera informarse sobre el manejo del insomnio.

Como ya hemos comentado anteriormente, las intervenciones terapéuticas utilizadas en el manejo del insomnio podrían clasificarse en: educación para la salud, medidas de higiene del sueño, intervenciones psicológicas, intervenciones farmacológicas y otros tratamientos. Y estos serán los temas que se abordarán en los talleres para el manejo del insomnio con un abordaje teórico y práctico o analítico. El lenguaje empleado durante las sesiones será informal y adaptado a los conocimientos de la población general. En todo momento durante las sesiones teóricas, se intentará interactuar con los oyentes haciendo preguntas e incentivando debates.

Por último, salvo el taller relativo a la deprescripción de benzodiazepinas, todos contendrán una fase práctica durante la que los pacientes podrán profundizar y analizar sus propias características y experiencias con el insomnio. El objetivo de ello es ayudarles a conocer mejor su enfermedad y aquellos factores que facilitarán el éxito de las medidas no farmacológicas.

A continuación se ofrece el diseño de los talleres.

APRENDE A DORMIR			
CONTENIDO	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO
ATRÉVETE A DECIR ¡BASTA!			
1. El insomnio: conociendo mi tratamiento			
Presentación	Expositiva	Grupal	10'
Sesión	Expositiva	Grupal	50'

APRENDIENDO A DORMIR			
2. El insomnio: conociendo la enfermedad (Parte I)			
Presentación	Expositiva	Grupal	5'
Sesión	Expositiva	Grupal	35'
Diario de Sueño-Vigilia	Expositiva	Grupal	20'
Cuestionario clave	Reparto	Individual / Grupal	
3. El insomnio: conociendo la enfermedad (Parte II)			
Presentación	Expositiva	Grupal	5'
Cuestionario: Resultados	Análisis	Grupal	55'
Recomendaciones para corregir las creencias y actitudes sobre el insomnio	Expositiva	Grupal	
Algunas cosas que se deben saber	Expositiva	Grupal	
POR UN SUEÑO HIGIÉNICO			
4. Medidas de higiene del sueño			
Presentación	Expositiva	Grupal	5'
Sesión	Expositiva	Grupal	45'
Taller Práctico	Análisis	Individual / Grupal	
¿Qué puedo hacer para mejorar mi problema de insomnio?	Reparto	Grupal	5'
TODO BAJO CONTROL			
5. Control de estímulos			
Presentación	Expositiva	Grupal	15'
Sesión	Expositiva	Grupal	50'
Taller Práctico	Análisis	Individual / Grupal	
Entrega de material	Reparto	Grupal	5'
TU PONES LOS LÍMITES			
6. Restringiendo mi sueño			
Presentación	Expositiva	Grupal	5'
Sesión	Expositiva	Grupal	50'
Taller Práctico	Análisis	Individual / Grupal	

Entrega de material	Reparto	Individual / Grupal	5'
RELÁJATE, RESPIRA Y A DORMIR			
7. Aprendiendo a relajarme y respirar			
Presentación	Expositiva	Grupal	10'
Taller Práctico	Ejercicio	Individual / Grupal	50'
Entrega de material	Reparto	Individual / Grupal	5'

TALLER 1. ATREVETE A DECIR ¡BASTA!

APRENDE A DORMIR			
CONTENIDO	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO
ATRÉVETE A DECIR ¡BASTA!			
1. El insomnio: conociendo mi tratamiento			
Presentación	Expositiva	Grupal	10'
Sesión	Expositiva	Grupal	50'

Este taller será impartido por la enfermera responsable del programa y su duración será aproximadamente de una hora.

Sus objetivos serán:

- Dotar de información adecuada a los pacientes y motivarlos sobre la necesidad de abandonar los tratamientos basados en benzodiazepinas.
- Informar sobre la etiología de su tratamiento, sus indicaciones la duración adecuado de tratamiento.
- Informar sobre los efectos secundarios que pueden derivarse del tratamiento con benzodiazepinas.

- Informar sobre la eficacia de otros tratamiento farmacológicos y no farmacológicos.
- Mentalizar al paciente de la mejora de la calidad de vida que puede experimentar en el momento que abandone el tratamiento.

Para ello se realizara una sesión informativa mediante un power point con todos los conocimientos teóricos de la materia. El lenguaje será coloquial, y los pacientes podrán exponer en todo momento las dudas que vayan suscitando.

Al final del taller se les invitará a pedir cita con su médico para comenzar el tratamiento de deprescripción.

TALLER 2 y 3. APRENDIENDO A DORMIR

APRENDE A DORMIR			
CONTENIDO	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO
APRENDIENDO A DORMIR			
2. El insomnio: conociendo la enfermedad (Parte I)			
Presentación	Expositiva	Grupal	5'
Sesión	Expositiva	Grupal	35'
Diario de Sueño-Vigilia	Expositiva	Grupal	20'
Cuestionario clave	Reparto	Individual / Grupal	
3. El insomnio: conociendo la enfermedad (Parte II)			
Presentación	Expositiva	Grupal	5'
Cuestionario: Resultados	Análisis	Grupal	55'
Recomendaciones para corregir las creencias y actitudes sobre el insomnio	Expositiva	Grupal	
Algunas cosas que se deben saber	Expositiva	Grupal	

Los objetivos principales de esta sesión serán los siguientes:

- Formar a los pacientes sobre el insomnio. Definir la etiología y los tipos de esta enfermedad, y ayudar a identificar los factores claves que definen cualquier manejo posterior para su control.
- Enseñar el manejo de los Diarios de Sueño-Vigilia como herramienta para que puedan realizar un autoseguimiento de su evolución.
- Presentar, hacer entrega y exponer los resultados del cuestionario con preguntas clave de su enfermedad.
- Exponer una serie de recomendaciones para corregir determinadas creencias y actitudes que se puedan tener sobre el insomnio y de aspectos de la enfermedad que siempre se deben tener en cuenta.

El insomnio: conociendo la enfermedad (Parte I)

Para la realización de estas talleres se ofrecerá una sesión informativa mediante un power point con todos los conocimientos teóricos sobre el insomnio. El lenguaje será coloquial, y los pacientes podrán exponer en todo momento sus dudas.

En la segunda parte del taller, se les explicará el objetivo y funcionamiento de los Diarios de Sueño-Vigilia (Anexo 16). Se les animará a que lo usen para que, tanto ellos como su médico, conozcan mejor su patología y la evolución de su deprescripción.

Finalmente, se presentará y se les hará entrega del cuestionario con preguntas clave para que la trabajen en su casa durante la semana hasta el siguiente taller, donde se hará una breve exposición de ella (Anexo 17). Con estas preguntas se

pretende obligar a que el paciente se pare a reflexionar y a profundizar para conocer mejor las características personales de su insomnio.

El insomnio: conociendo la enfermedad (Parte II)

Este segundo taller comenzará con la exposición individual de los resultados claves obtenidos durante la realización del cuestionario clave entregado en la última sesión. Con ello se valorará como están concibiendo los pacientes su propia patología y se contrastarán las diferentes opiniones entre unos y otros. Esto les enseñará que se trata de una patología que cada individuo, en función de sus características y sus circunstancias, vive y maneja de una manera diferente. Al mismo tiempo, su exposición grupal puede ayudar a conocer las medidas que cada persona adopta para el manejo de su insomnio.

Al mismo tiempo, se trabajarán las recomendaciones para ayudar a corregir las creencias y actitudes sobre el insomnio y los aspectos del insomnio que todos los pacientes necesitan conocer. Con ello se pretende apoyar con consejos clave las opiniones y recomendaciones que tanto la enfermera ponente como otros pacientes puedan realizar de las diferentes entrevistas.

Por último, se les hará entrega de todo este material por escrito, para ayudar a que siempre lo tengan presente y lo puedan consultar en el momento que así lo consideren.

TALLER 4. POR UN SUEÑO HIGIÉNICO

APRENDE A DORMIR			
CONTENIDO	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO
POR UN SUEÑO HIGIÉNICO			

4. Medidas de higiene del sueño			
Presentación	Expositiva	Grupal	5'
Sesión	Expositiva	Grupal	45'
Taller Práctico	Análisis	Individual / Grupal	
¿Qué puedo hacer para mejorar mi problema de insomnio?	Reparto	Grupal	5'

Las medidas de higiene del sueño comprenden una serie de hábitos de conducta que facilitan el comienzo o mantenimiento del sueño y que son el denominador común de toda intervención terapéutica utilizada para los trastornos del sueño. Recogen una serie de recomendaciones que las personas con problemas de insomnio pueden adoptar para que les ayuden a minimizar la incidencia de su problema y favorecer un sueño normal. Con la higiene del sueño se pretende crear mejores hábitos del sueño y romper con la creencia de que *“estos factores ni me afectan ni son importantes”*.

Estas recomendaciones serán el material principal para el desarrollo de este taller, el cuál será impartido por la enfermera responsable del programa y tendrá una duración aproximada de una hora. El material para su desarrollo habrá sido previamente entregado por el farmacéutico de Atención Primaria responsable de su formación.

Los principales objetivos de esta sesión serán:

- Favorecer mejores hábitos de sueño
- Aumentar la conciencia y el conocimiento del impacto de los hábitos de salud y los factores del entorno en el sueño

- Protegerse contra factores potencialmente perjudiciales para el sueño: estilo de vida y el entorno, incluyendo la alimentación, el ejercicio físico, el uso de alcohol de sustancias; además del ruido, la luz y la temperatura
- Romper con la creencia: “esos factores ni me afectan ni son importantes”

Mientras se exponen las principales medidas de higiene del sueño, se irá interactuando con los pacientes para conocer su opinión y experiencias al respecto. Esto mismo les ayudará por un lado a reflexionar sobre como llevan a cabo ellos estas recomendaciones, y por otro, a retener esta serie de principios tan básicos para un buen control del sueño.

Al final del taller, se hará entrega a los pacientes de estas medidas y de una serie de recomendaciones o hábitos de sueño que las personas con insomnio pueden adoptar para disminuir su problema y favorecer así un sueño normal. (Anexos 19 y 20).

TALLER 5. TODO BAJO CONTROL

APRENDE A DORMIR			
CONTENIDO	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO
TODO BAJO CONTROL			
5. Control de estímulos			
Presentación	Expositiva	Grupal	15'
Sesión	Expositiva	Grupal	50'
Taller Práctico	Análisis	Individual / Grupal	
Entrega de material	Reparto	Grupal	5

El principal propósito del control de estímulos es el de volver a asociar el dormitorio con un comienzo rápido del sueño. Estas técnicas serán las que condicionen el contenido del taller.

Este será impartido por la enfermera responsable del programa y tendrá una duración aproximada de una hora. El material para su desarrollo habrá sido previamente entregado por el farmacéutico de Atención Primaria responsable de su formación.

Mientras se exponen las principales técnicas para el control de estímulos, se irá interactuando con los pacientes para conocer su opinión y experiencias al respecto. Esto mismo les ayudará por un lado a reflexionar sobre como llevan a cabo ellos estas recomendaciones, y por otro, a retener esta serie de principios.

Al final del taller, se hará entrega a los pacientes de estas recomendaciones para que las tengan siempre a mano para cualquier consulta (Anexo 21).

TALLER 6. TU PONES LOS LÍMITES

APRENDE A DORMIR			
CONTENIDO	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO
TU PONES LOS LÍMITES			
6. Restringiendo mi sueño			
Presentación	Expositiva	Grupal	5'
Sesión	Expositiva	Grupal	50'
Taller Práctico	Análisis	Individual / Grupal	
Entrega de material	Reparto	Individual / Grupal	5'

Como hemos comentado anteriormente, con esta intervención se pretende enseñar al paciente que, para consolidar el sueño, es necesario acortar el tiempo que se pasa en la cama para aumentar la “eficiencia” de sueño. Implica restringir el tiempo permitido en la cama para igualarlo al tiempo promedio que las personas pasan durmiendo.

Este será el principal contenido del taller. Será impartido por la enfermera responsable del programa y tendrá una duración aproximada de una hora. El material para su desarrollo habrá sido previamente entregado por el farmacéutico de Atención Primaria responsable de su formación.

Mientras se exponen las principales técnicas para restricción del sueño, se irá interactuando con los pacientes para conocer su opinión y experiencias al respecto. Esto mismo les ayudará por un lado a reflexionar sobre como llevan a cabo ellos estas recomendaciones, y por otro, a retener esta serie de principios. Al final del taller, se hará entrega de estas recomendaciones para que el paciente pueda consultarlas cuando considere necesario (Anexo 22).

TALLER 7. RELÁJATE, RESPIRA Y A DORMIR

APRENDE A DORMIR			
CONTENIDO	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO
RELÁJATE, RESPIRA Y A DORMIR			
7. Aprendiendo a relajarme y respirar			
Presentación	Expositiva	Grupal	10'
Taller Práctico	Ejercicio	Individual / Grupal	50'
Entrega de material	Reparto	Individual / Grupal	5'

Se presenta y practica con el objetivo de reducir los niveles de activación somática y de ansiedad de la persona más que como método para inducir el sueño. Para ello, se entrenará al paciente en las siguientes técnicas:

- Técnicas de respiración profunda
- Control de la respiración para facilitar el sueño
- Relajación Muscular Progresiva,

Este será el principal contenido del taller. Será impartido por la enfermera responsable del programa y tendrá una duración aproximada de una hora. El material para su desarrollo habrá sido previamente entregado por el farmacéutico de Atención Primaria responsable de su formación.

Durante todo el taller se practicará con los pacientes para el aprendizaje de estas técnicas. Al final del taller, se hará entrega de todos estos ejercicios por escrito y sus recomendaciones para que el paciente siempre pueda consultarlas (Anexos 23, 24 y 25).

Encuesta de satisfacción

Se les entregará a los pacientes al final de cada taller. Se remitirán al farmacéutico responsable del programa para su posterior evaluación (Anexo 10).

ACTIVIDAD 4: "DE LA FARMACIA A LA CAMA"

Sesiones de formación a los farmacéuticos comunitarios

Los farmacéuticos comunitarios, por su situación privilegiada de proximidad al paciente, y como profesionales del medicamento y conocedores de los tratamientos de sus clientes, pueden realizar una labor fundamental de atención farmacéutica, identificando a los potenciales candidatos para incluir en el programa y como colaboradores en el procedimiento de deprescripción siempre y cuando el médico de primaria así lo considere. Por ello, no es de extrañar que estos hayan jugado un papel fundamental en una campañas sanitarias para diseñada para evaluar la eficacia de la educación dirigida al paciente para disminuir el uso inadecuado de fármacos.

Un estudio observacional⁵² realizado en 8 oficinas de farmacia de Italia, tenía por objetivo investigar la idoneidad de la prescripción de benzodiazepinas para el insomnio y explorar el papel que los farmacéuticos comunitarios pueden tener en la identificación de señales de posibles recetas de medicamentos inapropiados. Se pidió a cada farmacéutico que entrevistara a una muestra de pacientes en tratamientos al menos con una benzodiazepina, y que completara un cuestionario con unos datos mínimos sobre sus características socio-demográficas, la indicación de su tratamiento, la duración de la prescripción, número de hipnóticos que tomaba, intento anterior de retirada, la preferencia de los pacientes sobre la deprescripción y su modalidad. Las variables de resultado principales fueron la indicación, duración del tratamiento y los intentos de retirada anteriores y sus modalidades.

Se entrevistó a un total de 181 participantes, de los cuales la mitad (n = 81) afirmó estar bajo tratamiento para el insomnio siendo el 62% eran de edad avanzada (edad media 68 años). El 64% llevaba en tratamiento más de tres años y el 18% ya había intentado previamente una deprescripción que resultó en fracaso.

Gracias a estas encuestas realizadas por las oficinas de farmacia, los autores pudieron evidenciar el mal uso de hipnóticos y sedantes por parte de los profesionales sanitarios, y la necesidad de una mayor adherencia a las guías basadas en la evidencia.

Otro estudio⁵³ tenía por objetivo comparar las distintas percepciones de los profesionales sanitarios relativos al beneficio y seguridad de los análogos Z, mediante un cuestionario enviado a 1.350 médicos generales y 600 farmacéuticos comunitarios. Aunque sólo debían rellenar una escala Likert con cinco items, sólo devolvieron el cuestionario respondido alrededor del 33% de los miembros de cada grupo. Aunque por lo general, las percepciones sobre los beneficios de las benzodiazepinas y análogos Z entre médicos generales y farmacéuticos comunitarios fueron similares, la principal diferencia se observó en cuanto a la seguridad de los análogos Z. Mientras el 45,2% de los farmacéuticos comunitarios achacaban una frecuencia de efectos secundarios de a menudo o muy a menudo, solo lo consideraba así el 28,3% de los médicos de familia. Se concluye que los farmacéuticos pueden aportar una visión más crítica sobre los efectos secundarios acaecidos por estos fármacos que los médicos de familia, lo que apoya su participación en cualquier tipo de intervención relativa a mejorar la seguridad del paciente consumidor de estos fármacos.

Por ello, se impartirá una sesión de formación para todos, cuyo contenido será similar al de la sesión impartida para los médicos en los centros de Atención Primaria y sociosanitarios. Por tanto, se les formará en todo lo relacionado con la adecuación de los tratamientos, las indicaciones en las que deben ser prescritas, los criterios que definen una prescripción adecuada, como llevar a cabo un

procedimiento de deprescripción basado en la evidencia, y como afrontar los posibles problemas con los que se vayan encontrando. Por último, se les informará brevemente sobre la eficacia de las alternativas farmacológicas y no farmacológicas. A diferencia de la sesión formativa para médicos y enfermeras, en este caso no se tratará el tema de escalas de valoración del insomnio, ya que se trata de un procedimiento muy clínico y que posteriormente se valorará como medida de impacto del programa.

Esta actividad será impartida por farmacéutico de Atención Primaria responsable del programa en las dos sedes que tiene el Colegio Oficial de Farmacéuticos en Navarra. Las sesiones se impartirán entre los meses de octubre a diciembre y se destinarán a todos los profesionales farmacéuticos que trabajen en la oficina comunitaria.

La sesión se impartirá con apoyo de una presentación en Power Point y tendrán una duración estimada de una hora dependiendo de las dudas que se generen o por necesidad de profundizar en algún tema en concreto.

Por último, se les hará entrega de dípticos con la información más relevante, así como distintos materiales de apoyo en la deprescripción. Este material será el siguiente:

- Test para valorar la dependencia del paciente y poder plantear una pauta de deprescripción adecuada y exitosa.
- Plantillas para facilitar la pauta de deprescripción al paciente por escrito, y así poder consultarla cuando quiera o ir anotando aquellas observaciones que considere importantes.
- Distintos consejos y recomendaciones en educación para el insomnio, medidas de higiene del sueño o para la terapia cognitivo conductual.

Al final de la sesión se les hará entrega de un cuestionario de satisfacción que será remitido al farmacéutico responsable del programa para su posterior evaluación (Anexo 13). Del mismo modo, otra encuesta de satisfacción deberá ser remitida al farmacéutico responsable del programa tras la finalización del mismo (Anexo 15). Ambas encuestas serán utilizadas posteriormente para la evaluación final del programa.

ACTIVIDAD 5: "CONTIGO DONDE ESTÉS"

Sesiones informativas para la población en centros cívicos, pisos tutelados o donde así lo requieran los solicitantes.

A lo largo de la campaña se colgarán carteles informativos en aquellos lugares frecuentados y que sirvan de punto de reunión para pacientes ancianos. Si así lo solicitan, se le proporcionará una sesión informativa sobre los problemas asociados al uso de benzodiazepinas y la mejoría de la calidad de vida que podrán experimentar todos aquellos pacientes que así lo soliciten. Con esta actividad trataremos de captar a toda aquella población que bien, no acude a menudo a su centro de salud, o que acude pero el personal sanitario del centro no le presenta el programa.

Los principales objetivos de esta sesión serán:

- Informar a la población general sobre la necesidad de deprescripción de cualquier tratamiento prolongado con benzodiazepinas.
- Presentar el programa en el que se podrán incluir a través de su médico de Atención Primaria.

- Invitarles a participar en los talleres para pacientes impartidos en los distintos centros de salud o en la Escuela de Pacientes.

Al tratarse de un servicio a demanda y no programado, el plazo de información se abrirá durante todo el periodo en el que se lleve a cabo la campaña. La sesión tendrá una duración aproximada de una hora, y su contenido será similar a la ofertada a los médicos y farmacéuticos comunitarios, pero con un lenguaje adaptado para que puedan comprender mejor los mensajes. El objetivo de la sesión es informarles de la existencia de un programa en el que se podrán incluir a través de su médico de Atención Primaria.

Durante la sesión, se le informará sobre el problema de tolerancia, la dependencia que pueden estar sufriendo, los posibles efectos secundarios de los que quizás no sean conscientes y del procedimiento de la deprescripción. Por último, se les transmitirá la idea de que quizás su problema no se resuelva con un medicamento, si no con un horario ordenado del sueño y con una serie de hábitos que no lo perjudiquen, y se les invitará a formar parte de los talleres que se impartan en los distintos centros de salud o en la Escuela de Pacientes.

Al final de la sesión se les hará entrega del díptico informativo incluido en la campaña y del distinto material entregado a los pacientes durante la realización de los talleres. También se les hará entrega de la encuesta de satisfacción, cuyo modelo será el mismo que el diseñado para los pacientes y asistentes a talleres.

ACTIVIDAD 6: "LA SOLUCIÓN EN ATENEA"

Implementación de distintas plantillas de deprescripción en ATENEA.

Se solicitará al Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial, la implementación de distintas plantillas dentro de la función "Plantillas Comunes" que faciliten a los profesionales de Atención Primaria el proceso de deprescripción. Estas serán integradas dentro del denominado Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas.

El objetivo de esta actividad es que los profesionales sanitarios siempre dispongan de este tipo de información para poder entregar a los pacientes, ya sea durante el programa o fuera de él. Para ello, se incluirán las siguientes herramientas:

- Test para la valoración de la dependencia.

- Plantillas para imprimir para:
 - pautas de deprescripción
 - modelos de carta para enviar a los pacientes
 - equivalencias para el intercambio de cualquier molécula a las dosis equivalentes de diazepam
 - Medidas higiénicas del sueño.
 - Recomendaciones generales sobre el insomnio
 - Diario de Sueño-Vigilia
 - Recomendaciones generales en las técnicas de Control de Estímulos y en la Restricción del Sueño

Esta actividad será solicitada por el farmacéutico responsable del programa durante el mes de septiembre. De este modo se espera que estas plantillas estén implementadas en el momento en que los profesionales sanitarios se dispongan a trabajar con los pacientes.

Una vez incorporadas las funcionalidades en el sistema de historia de Atención Primaria ATENEA, se informará a los distintos profesionales que forman parte del programa de la inclusión de esta información.

6. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2017										2018										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	
Presentación y autorización del programa																					
Solicitud de subvención																					
Adquisición del material																					
Constitución de los equipos																					
Divulgación del Programa a la población																					
Sesiones formativas a profesionales sanitarios																					
Inclusión de pacientes en el programa																					
Talleres para pacientes																					
Talleres en la Escuela de Pacientes																					
Formación a solicitud de los pacientes																					
Finalización del programa																					
Evaluación del programa																					

El programa de deprescripción de benzodiazepinas se desarrollará en todos los centros de Atención Primaria de Navarra, centro sociosanitarios con médico propio, sedes del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra, Escuela de Pacientes y otros lugares de residencia de encuentro social que soliciten los interesados.

El programa dará comienzo durante el mes de enero de 2017 y finalizará al finales de agosto de 2018. Por tanto, su duración estimada será de 20 meses, periodo que abarca desde la solicitud de las respectivas autorizaciones y el desarrollo de las distintas actividades, hasta la entrega de los resultados de la evaluación.

1. Presentación y autorización del programa a las diferentes entidades que van a participar.

El programa será presentado durante el mes de enero de 2017 en la Consejería de Salud del Gobierno de Navarra, a los coordinadores de los Centros de Salud de Atención Primaria de Navarra y de la Escuela de Pacientes del ISPLN y al gerente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra. Para poder implantar dicho programa es necesario que todas las instituciones hayan dado la autorización y hayan aceptado participar.

2. Solicitud de subvención en concepto de "Convenios para programas de prevención y promoción de salud" al Gobierno de Navarra

En el momento en el que el programa esté presentado y autorizado, se enviará la solicitud de subvención para "Convenios para programas de prevención y promoción de salud" del Gobierno de Navarra, para así poder recibir ayuda y apoyo. Si todo continua igual que en años anteriores, las convocatorias de ayudas

a los Programas de Salud darán comienzo durante el mes de marzo y finalizan abril de 2017⁵⁴. Este tipo de subvenciones son concedidos a todos aquellos programas de prevención y promoción de salud grupal y comunitaria, realizados en colaboración con los servicios y recursos de su zona, incluidos los de tabaco, y excluidos los relacionados con prevención de drogodependencias y SIDA, que se atenderán con cargo a las partidas anteriormente mencionadas.

3. Constitución del equipo y adquisición del material.

Durante los meses de julio y agosto, se constituirá el equipo de profesionales que participará en el programa. El equipo de profesionales estará constituido por farmacéuticos de Atención Primaria, una enfermera responsable en cada centro de salud de Atención Primaria, centro sociosanitario y Escuela de Pacientes.

Al mismo tiempo, durante este periodo se adquirirá todo el material preciso para llevar a cabo el programa.

4. Sesiones formativas

Tras la constitución del equipo y la adquisición del material, se procederá a la implementación de las distintas actividades docentes para médicos, enfermeras y farmacéuticos comunitarios. Estas se desarrollarán durante el periodo de octubre a diciembre de 2016. Todas ellas serán impartidas en salas situadas en dichos centros dotadas con ordenador, proyector, pantalla, mesas y sillas.

Una vez recibida la formación, cada médico se encargará de identificar pacientes candidatos y de invitarles a participar en nuestro programa, bien a través del envío de una carta a su domicilio o personalmente en la consulta.

5. Divulgación del programa.

En octubre, una vez se ponga en marcha el programa, se procederá a informar a la población en general de su existencia mediante distintos medios de comunicación locales y regionales por medio de un comunicado de prensa. Del mismo modo, se repartirán carteles publicitarios y dípticos informativos en cada centro de salud, centro sociosanitario, oficina de farmacia y en todos aquellos establecimientos públicos que se consideren oportunos. Cuanto más se divulgue, mayor será el éxito del programa.

6. Captación y recogida de solicitudes de inscripción al Programa.

La enfermera responsable del programa será la responsable en cada Centro de Salud de la captación y recogida de solicitudes.

Para confirmar la inclusión del paciente en el programa, se solicitará que rellenen modelo de autorización y un cuestionario con sus datos personales, la edad, sexo, estado civil y si se encuentran bajo tratamiento con benzodiazepinas por problemas de insomnio. Al mismo tiempo también se recogerá información adicional al tipo y duración del tratamiento que tiene prescrito, así como de los diferentes factores que han motivado su participación en el programa.

Tras rellenar estos documentos, se le facilitará información sobre las distintas actividades planificadas y las fechas en las que se impartirán. Si aceptan entrar en el programa, se registraran los datos personales y de contacto, para poder participar en dicho programa, siguiendo la normativa de protección de datos (Centro de Salud).

Por último, durante esta consulta inicial se les hará entrega a los pacientes de los cuestionarios de valoración de su calidad de vida, de su severidad de dependencia a las benzodiazepinas y de la gravedad de su insomnio. Al mismo tiempo, también deberán rellenar una encuesta de satisfacción del programa.

La captación y recogida de solicitudes se llevará a cabo entre los meses de octubre a mayo, para que puedan participar en las distintas convocatorias de talleres para el manejo del insomnio que se impartirán.

7. Talleres para el manejo del insomnio

Cuando ya se cuente con un número de participantes razonable, cada centro de salud procederá a la implementación de distintos talleres para el manejo del insomnio. Estos estarán destinados a pacientes interesados o participantes de nuestro programa, o a cuidadores de estos. Se impartirán en dos convocatorias diferentes, una durante los meses de febrero a marzo de 2018, y la segunda durante los meses de mayo a junio de este mismo año. Cada convocatoria la conforman un total de 7 talleres que serán impartidos por la enfermera responsable del programa en cada centro con una frecuencia semanal.

Por otro lado, una tercera convocatoria de talleres será impartida durante los meses de mayo a junio de 2018 por la Escuela de Pacientes. El motivo de aplazar esta convocatoria hasta el final, es asegurar un número de pacientes interesados adecuado para esta actividad. A diferencia de los asistentes a los talleres de los centros de salud de Atención Primaria, estos no serán captados activamente por los profesionales sanitarios, sino que serán aquellos que se muestren interesados en el programa por su conocimiento a través de los distintos medios de comunicación. Si por lo que fuera, la demanda fuese superior a la asistencia recomendada en estos talleres, se invitará a los interesados a que participen en los talleres impartidos en sus respectivos centros de salud.

8. Formación en otros lugares de encuentro o viviendas tuteladas a solicitud de los pacientes

Una de las actividades de nuestro programa consisten en la formación de todos aquellos posibles candidatos pero que deseen llevar a cabo esta actividad en locales específicos, como en viviendas de pisos tutelados o centros cívicos. Como el momento y la aceptación de esta actividad es impredecible, el plazo contemplado para su desarrollo será el que englobe el periodo de octubre de 2017 a mayo de 2018.

Finalmente, durante los meses de junio a agosto, se reunirán todos los resultados recopilados y se procederá a su evaluación.

9. Finalización del programa.

Durante los meses de junio y julio se dará por finalizado el desarrollo del programa en los diferentes centros. Durante este periodo de tiempo, los médicos responsables de los pacientes, irán citando a cada uno de los participantes en el programa para valorar el proceso de deprescripción. Durante estas consultas, se les hará entrega a los pacientes de nuevo de los cuestionarios de valoración de su calidad de vida, de su severidad de dependencia a las benzodiazepinas y de la gravedad de su insomnio. Al mismo tiempo, también deberán rellenar una encuesta de satisfacción del programa.

Esta encuesta también será repartida entre los diferentes profesionales sanitarios participantes en el programa (médicos, enfermeras y farmacéuticos). Estos serán distribuidos en los centros de salud y sociosanitarios participantes, en la Escuela de Pacientes y a través del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra aquellas que vayan destinadas a farmacéuticos.

10. Evaluación del programa.

El farmacéutico responsable del programa procederá a la recogida de los distintos cuestionarios y encuestas entregados a pacientes y profesionales sanitarios, y procederá a la valoración de su eficiencia.

Este proceso de valoración se realizará valorando una batería de indicadores cualitativos y cuantitativos previamente definidos.

7. INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA

DOCUMENTO : NOTA DE PRENSA PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

Les presentamos este nuevo programa para conocer y prevenir los riesgos de los tratamientos crónicos con "pastillas para dormir", especialmente, en pacientes mayores de 40 años.

Este se va a llevar a cabo en todos los Centros de Salud, en la Escuela de Pacientes y en las sedes del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra.

El programa comenzará en enero de 2017 y se extenderá hasta agosto de 2018.

La participación en el programa es voluntaria. Quien esté interesado en participar, deberá rellenar un documento para registrar de forma correcta todas las inscripciones.

La campaña de inscripción dará comienzo en octubre en los diferentes centros de salud y en la Escuela de Pacientes. En la primera sesión, se realizarán unos test evaluativos del insomnio y de su tratamiento con benzodiazepinas, que se repetirá al final del programa para valorar su eficacia.

Durante ocho meses, desde Octubre hasta Mayo, se colocarán paneles informativos y se hará entrega de folletos educativos e informativos en los distintos centros participantes en el programa.

Durante los meses de febrero a junio, les invitamos a los diferentes talleres para el manejo del insomnio que serán impartidos para todos los participantes en el programa de deprescripción, o para aquellos que estén interesados en participar.

.

El programa contará con un equipo multidisciplinar constituido por médicos, enfermeras y farmacéuticos de los diferentes centros de salud, Escuela de Pacientes y oficinas de farmacia, todos ellos bajo la dirección y coordinación del farmacéutico de Atención Primaria responsable.

Los talleres para pacientes serán impartidos bajo la responsabilidad de una enfermera con formación en Educación para la Salud y con conocimientos específicos sobre el manejo del insomnio.

La evaluación y la Memoria del programa se realizarán durante los meses de julio y agosto.

El “Programa de deprescripción de benzodiazepinas” está aprobado por la Consejería de Salud del Gobierno de Navarra, por los coordinadores de los diferentes centros de salud y de la Escuela de Pacientes y por el gerente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra.

Anímate a participar y DUERME SIN LIMITES

CARTEL PUBLICITARIO DEL PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS



**¿SABÍAS QUE TU
PASTILLA PARA
DORMIR
ENSEGUIDA DEJA
DE HACER EFECTO?**

**SI NO TE LO CREES,
COMPRUÉBALO**

¡DURME SIN LÍMITES!

CONSULTA CON TU MÉDICO

DÍPTICO INFORMATIVO DEL PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS



¡ATRÉVETE A DECIR ¡BASTA!

Las benzodiazepinas en tratamientos cortos son rápidas, eficaces y seguras. Pero en pocas semanas son insuficientes y pueden dar problemas:

- tolerancia y dependencia
- aumento de riesgo de accidentes
- incremento de caídas
- fracturas de cadera
- deterioro de la memoria

Aún no lo sabes, pero **si hace tiempo que tomas la misma pastilla para dormir, es porque ya duermes por tí mismo.**

¿A QUÉ ESPERAS?

No estás solo. Te ayudaremos a librarte de todos su peligros y te enseñaremos a dormir.

Consulta con tu médico

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

TE QUITAMOS TU PASTILLA Y TE ENSEÑAMOS A DORMIR

TALLERES PRÁCTICOS GRATUITOS PARA APRENDER A DORMIR

TALLER 1: ATRÉVETE A DECIR ¡BASTA!
El insomnio: conociendo mi tratamiento

TALLER 2: APRENDIENDO A DORMIR
El insomnio: conociendo la enfermedad (Parte I)

TALLER 3: APRENDIENDO A DORMIR
El insomnio: conociendo la enfermedad (Parte II)

TALLER 4: POR UN SUEÑO HIGIÉNICO
Medidas de higiene del sueño

TALLER 5: TODO BAJO CONTROL
Control de estímulos

TALLER 6: TU PONES LOS LÍMITES
Restricción del sueño

TALLER 7: RELÁJATE, RESPIRA Y A DORMIR
Técnicas de relajación y respiración.

CONSULTA DIPONIBILIDAD Y HORARIOS EN TU CENTRO DE SALUD

!TE ESPERAMOS!

8. NORMATIVA Y REGLAMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

SOLICITUD AL GOBIERNO DE NAVARRA DE SUBVENCIÓN DEL PROGRAMA

Como ya hemos comentado anteriormente, el programa será presentado durante el mes de enero de 2017 en la Consejería de Salud del Gobierno de Navarra, a los coordinadores de los Centros de Salud de Atención Primaria de Navarra y de la Escuela de Pacientes del ISPLN y al gerente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra. Para poder implantar dicho programa es necesario que todas las instituciones hayan dado la autorización y hayan aceptado participar.

En el momento en el que el programa esté presentado y autorizado, se enviará la solicitud de subvención para “Convenios para programas de prevención y promoción de salud” del Gobierno de Navarra, para poder recibir ayuda y apoyo⁵⁵. Las convocatorias de ayudas a los Programas de Salud se estima darán comienzo durante el mes de marzo y finalizan abril de 2017⁵⁴.

Este tipo de subvenciones son concedidos a todos aquellos programas de prevención y promoción de salud grupal y comunitaria, realizados en colaboración con los servicios y recursos de su zona, incluidos los de tabaco, y excluidos los relacionados con prevención de drogodependencias y sida, que se atenderán con cargo a las partidas anteriormente mencionadas.

El impreso oficial de solicitud de subvención debidamente cumplimentado, se presentarán, preferentemente, en el Registro del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (Calle Leire, 15 de Pamplona) (Anexo 26).

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Para la inclusión y participación en el programa, será obligatoria la firma de un consentimiento informado por parte del paciente (Anexo 27).

Este se rellenará antes de comenzar con el proceso de deprescripción. De este modo, se podrán incluir los datos en la base de datos y mantener la confidencialidad en todo momento.

Esta autorización será rellenada por el paciente al mismo tiempo que se rellena el *"Documento de inclusión en el Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas"* que contendrá una relación de los datos personales y los motivos de inclusión en el programa de los diferentes pacientes (Anexo 6).

Con ambos documentos se llevará un recuento de las personas participantes en el programa en función del número de autorizaciones remitidas, así como la vía por la que tuvieron conocimiento de la existencia del programa y del tipo de intervención que se ha decidido realizar. De igual manera, se obtendrá la información demográfica de la población participante, así como del tipo y duración del tratamiento que tenía prescrito. De este modo, se podrá cuantificar la eficacia del envío de las cartas, del material publicitario o del consejo médico. También podrá conocerse el tipo de técnica de deprescripción que se ha decidido realizar con este paciente por las preferencias del mismo. Esto permitirá valorar la eficacia de las distintas modalidades de deprescripción.

MARCO NORMATIVO

Las leyes referentes y relacionadas con el "Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas" en la Comunidad Foral de Navarra y en España; que se

consultaron en la página Web del Gobierno de Navarra (www.navarra.es/), son las siguientes:

- LEY FORAL 10/1990, DE 23 DE NOVIEMBRE, DE SALUD DE NAVARRA. Texto publicado en BON N.º 146 de 3 de diciembre de 1990).

- LEY FORAL 17/2010, DE 8 DE NOVIEMBRE, DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN MATERIA DE SALUD EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA. Texto publicado en BON N.º 139 de 15 de noviembre de 2010.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Utilizaremos para el programa los siguientes recursos materiales y humanos:

1. RECURSOS MATERIALES

MATERIAL FUNGIBLE (<http://www.tintasyconsumibles.es>)

- PAQUETE FOLIO A4 500 UNID.: 272 (4 por centro y residencia concertada) + 2 COF + 2 Farmacéutico responsable
- BOLIGRAFO AZUL TIPO BIC: 272 (4 por centro y residencia concertada) + 2 COF + 4 Farmacéuticos
- SOBRE CON VENTANA AUTOADHESIVO PACK 20 UND.: 500 sobres a cada centro
- FILM TRANSPARENTE 15 X 66 MM: A cada centro, residencia, 2 COF y farmacéuticos

MATERIAL INFORMÁTICO

- PORTATIL OCASION FUJITSU E751+ WEBCAM
- PENDRIVE USB TOSHIBA 8 GB
- MALETIN 14" RIGIDO ZIPY NEGRO
- PROYECTOR LED FONESTAR PR-1501 SVGA
- PANTALLA PROYECTOR CON TRIPODE APPROX APPP200T
- IMPRESORA CANON MULTIFUNCION MG2550 USB
- PG-545 - CANON PIXMA MG2450 / MG2550 NEGRO
- TONER IMPRESORAS LEXMARK Y BROTHER (pvp medio): A cada centro, residencia concertada, y farmacéuticos.
- Carteles, DIN-A3 800 unidades: 154 para médicos y residencias

- Folletos plegados 75000 unidades: 200 por centro y talleres, 100 por farmacia

PUBLICIDAD - TARIFAS LOCALES 2015 (www.oblicua.es)

RADIO (cuñas 20´)

CADENAS SER:

Franja Horaria:10:00-12:20

Programa: HOY POR HOY

Canales:

- R. Pamplona FM y R. Pamplona OM : 101.2 FM / 1134 OM
- R. Estella: 104.7 FM
- SER Tudela: 93.4 FM

CADENA COPE

Emisión Local y otros

Canales:

- PAMPLONA-Conjunta: 101.2 FM / 1134 OM
- Estella: 104.7 FM
- Tudela: 93.4 FM

ONDA

Programa: HERRERA EN LA ONDA

Franja Horaria: 06:00 - 12:30

Canales:

- PAMPLONA: 94.2 FM (cabecera)
- Estella: 102.5 FM
- Tudela: 106.0 FM

PRENSA ESCRITA

Periódico: Diario de Navarra

Periodo: Durante los domingos de un mes.

Anuncio a media página en blanco y negro.

RECURSOS HUMANOS

- Farmacéutico Responsable: 1.
- Farmacéuticos: 3
- Complemento por formación médico: un médico por centro de salud y residencia concertada.
- Complemento por formación enfermera: una enfermera por centro de salud y residencia concertada.
- Diseño cartel (<http://www.ovejabeja.com>)
- Diseño folleto díptico (<http://www.ovejabeja.com>)
- Kilometraje: 0,30 cent./km.

Los honorarios profesionales son los publicados por Gobierno de Navarra:

<http://portalepleado.admon-cfn Navarra.es/sistema-empleo/sistema-empleo-publico/retribuciones-2015-sueldo-inicial-grado-trienios-antig-edad>

<http://portalepleado.admon-cfn Navarra.es/sites/default/files/Recursos/general/Documentos/retribuciones/Tabla2015.pdf>

Se excluirán de los honorarios el sueldo de los farmacéuticos de Atención Primaria, dado que la formación a profesionales sanitarios forma parte de su sueldo.

RECURSOS MATERIALES

MATERIAL FUNGIBLE	PVP	CANTIDAD	TOTAL
PAQUETES FOLIOS A4 500 UNID.	3,35	280	938,00
BOLIGRAFOS	0,2	280	56,00
SOBRE PACK 20 UNID.	0,79	1450	1.145,50
FILM TRANSPARENTE	0,42	160	67,20
			2.206,70
MATERIAL INFORMÁTICO			
PORTATIL FUJITSU	260,1	1	260,10
PENDRIVE USB 8 GB	3,3	4	13,20
MALETIN	3,4	1	3,40
PROYECTOR LED	237,3	1	237,30
PANTALLA + TRIPODE	95,8	1	95,80
IMPRESORA	37,25	1	37,25
TINTA IMPRESORA	15,05	1	15,05
TONER IMPRESORAS	15	72	1.080,00
			1.742,10
Carteles, DIN-A3 800 unidades	46,96	1	46,96
Folletos plegados 75000 unidades	1.584,37	1	1.584,37
			1.631,33

MATERIAL NO FUNGIBLE	PUBLICIDAD (TARIFAS EMISORAS 2015)			
RADIO	PVP	CANTIDAD	PERIODO	TOTAL
CADENAS SER				
R. Pamplona FM y OM	70	20,00	1 MES	1.400,00
R. Estella	18	20,00	1 MES	360,00
SER Tudela	21	20,00	1 MES	420,00

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

CADENA COPE -				
PAMPLONA-Conjunta	42	20,00	1 MES	840,00
Estella	14	20,00	1 MES	280,00
Tudela	16,4	20,00	1 MES	328,00
ONDA CERO				
PAMPLONA	130	20,00	1 MES	2.600,00
ESTELLA	130	20,00	1 MES	2.600,00
TUDELA	130	20,00	1 MES	2.600,00
PRENSA ESCRITA				
Diario de Navarra	5.120	4,00	1 MES	20.480,00
				31.908,00

RECURSOS HUMANOS

Categoría Profesional / Concepto	Salario mensual	Nº Personas	Periodo	TOTAL
Farmacéutico Responsable	1.805,84	1	12	0,00
Farmacéuticos	1.805,84	3	2	0,00
Complemento por formación enfermera en talleres (7h / taller)	64,20	69	14	62.017,20
Diseñador cartel	60	1		60,00
Diseñador folleto díptico	190	1		190,00
Kilometraje	0,30 € / km.	4		0,00
TOTAL GASTO				62.267,20

PRESUPUESTO TOTAL DEL PROGRAMA	99.755,33 €
---------------------------------------	--------------------

10. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN

Para realizar la evaluación de este programa se utilizarán diferentes indicadores que medirán el impacto de la campaña, la eficacia del envío de la carta al domicilio invitando al paciente a informarse de la deprescripción, la asistencia y calidad de la formación impartida a profesionales y pacientes, y la consecución de los distintos objetivos al finalizar el programa.

Como fuentes de información se utilizarán los distintos documentos de autorización, encuestas de satisfacción y cuestionarios de calidad de vida, de severidad de dependencia al tratamiento y de gravedad del insomnio repartidos a lo largo del programa, y los datos de facturación y del Sistema de Información de Medicamentos del SNS-Osasunbidea.

Para la evaluación del impacto y eficiencia del programa se utilizarán dos tipos de indicadores: cuantitativos y cualitativos. En la siguiente tabla se enumeran los distintos indicadores de cada tipo que se utilizarán en cada fase del programa, el tipo de indicador utilizado y su definición, y los objetivos deseados en algunos de ellos.

INDICADORES		
INDICADOR	CUANTITATIVOS	CUALITATIVOS / OBJETIVOS
Documentos de autorización y de inclusión en el programa		
Indicador de participación en el programa.	Nº de participantes por centro / nº total de personas con tratamiento prolongado con benzodiazepinas (x100)	

Indicador de impacto de los distintos medios utilizados para dar a conocer el programa	Nº total de pacientes que han conocido el programa por distintos medios / Nª total de participantes (x100)	
Indicador del tipo de intervención preferida por los pacientes para la deprescripción.	Nº de pacientes que participan en cada uno de los distintos tipos de intervención // Nª total de participantes (x100)	
Inclusión de los pacientes en el programas de deprescripción de benzodiazepinas.		
Escala de Valoración de la Dependencia (SDS)	Nº encuestas / Nª total de participantes (x100)	El 80% de los pacientes disminuyen su puntuación en la escala SDS.
Cuestionario Oviedo del Sueño (COS)	Nº encuestas / Nª total de participantes (x100)	El 80% de los pacientes disminuyen su puntuación en el cuestionario COS
Cuestionario EUROQOL-5D de valoración de la calidad de vida	Nº encuestas / Nª total de participantes (x100)	El 80% de los pacientes disminuyen su puntuación en el cuestionario EUROQOL-5D
Envío de carta informativa a los domicilios		
Indicador del impacto del envío de la carta domiciliaria	Nº de participantes por centro que han conocido la existencia del programa por la carta enviada / Nº de cartas enviadas por centro (x100)	
Fase de información y presentación del programa entre los profesionales sanitarios		
Indicador de cumplimiento de la formación	Nº de sesiones formativas impartidas / nº total de sesiones programadas (x100)	El 100% de las dudas de los asistentes han sido resueltas satisfactoriamente.

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

Indicador de asistencia	Nº de asistentes al taller / nº total de profesionales del centro (x100).	El 90% de los asistentes han ampliado sus conocimientos sobre el insomnio y la necesidad de deprescripción de benzodiazepinas.
Encuesta de satisfacción	Nº de encuestas de satisfacción completadas / nº total de asistentes al taller.	El 90% de los asistentes consideran útil la información recibida. El 90% se muestran satisfechos con la formación.
Impartición de los distintos talleres formativos del programa a pacientes y cuidadores.		
Impartición de los distintos talleres formativos del programa a pacientes y cuidadores.		Realización del 100% de las reuniones programadas con los responsables.
Indicador de cumplimiento de la formación	Nº de sesiones formativas impartidas / nº total de sesiones programadas (x100)	El 100% de las dudas de los asistentes han sido resueltas satisfactoriamente.
Indicador de asistencia	Nº de personas sometidas a deprescripción / nº total de asistentes al taller (x100).	El 90% de los asistentes han ampliado sus conocimientos sobre el insomnio y la necesidad de deprescripción de benzodiazepinas.
Questionario para distribuir después de cada taller impartido en el programa para valorar el nivel de los conocimientos adquiridos, la calidad de la formación, su utilidad y necesidad y el nivel de satisfacción del profesional.	Nº de encuestas de satisfacción completadas / nº total de asistentes al taller.	El 90% de los asistentes consideran útil la información. El 90% se muestran satisfechos con la formación.

Finalización de la participación del paciente en el programa (bien por deprescripción total o por finalización del mismo)		
Escala de Valoración de la Dependencia.	Nº encuestas / Nª total de participantes (x100)	El 80% de los pacientes disminuyen su puntuación
Cuestionario Oviedo del Sueño	Nº encuestas / Nª total de participantes (x100)	El 80% de los pacientes disminuyen su puntuación
Cuestionario EUROQOL-5D de valoración de la calidad de vida	Nº encuestas / Nª total de participantes (x100)	El 80% de los pacientes disminuyen su puntuación
Encuesta de satisfacción para el paciente	Nº de encuestas de satisfacción completadas al final / nº total de hojas de autorización (x100)	El 80% de los participantes iniciales han permanecido en el programa hasta el final.
	Nº de pacientes que han finalizado la deprescripción / nº de encuestas de satisfacción (x100)	Entre el 30-50% de los pacientes han completado la deprescripción.
	Nº de pacientes que han reducido la dosis / nº de encuestas de satisfacción (x100)	Entre el 30-50% de los pacientes han reducido la dosis.
	Nº de pacientes que participan en cada uno de los distintos tipos de intervención // Nª total de participantes (x100)	El 80% se muestran satisfechos con la eficacia del programa. El 80% de los profesionales continuará deprescribiendo a cualquier paciente que considere candidato

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

Finalización de la participación del médico en el programa		
Encuesta de satisfacción	Nº de encuestas de satisfacción completadas al final / nº total de médicos participantes (x100)	El 90% se muestran satisfechos con el programa.
Otros indicadores de eficacia y eficiencia del programa		
	<p>DDD benzodiazepinas/ mil habitantes / día</p> <p>Coste del programa/ nº de participantes</p> <p>Coste del programa/ nº de participantes que han abandonado el tratamiento o reducido su dosis</p>	<p>Reducción global de las DHD de benzodiazepinas en población ≥ 40 años</p> <p>.</p>

11. BIBLIOGRAFÍA

¹Utilización medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Política Social. [Consultado: 03/6/2016]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf

²OECD Health Statistics 2015. Organisation for Economic Co-operation and Development. [Consultado 03/6/2016]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

³Grupo 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. Agencia Lain Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-1

⁴MHRA. Benzodiazepines learning module. Prescribing points. <http://www.mhra.gov.uk/benzodiazepines-learning-module/con234573?useSecondary=&showpage=4>

⁵Buysse, DJ. Insomnia.. JAMA.2013 February 20;309(7):706–716. doi:10.1001/jama.2013.193

⁶Winkelman, JW. Insomnia Disorder. N Engl J Med 2015;373:1437-44. doi:10.1056/NEJMcp1412740

⁷Xie L, et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. Science. 2013 Oct 18;342(6156):373-7. doi:10.1126/science.1241224.

⁸National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia. Technology Appaisal 77. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; April 2004

⁹Azparren A, et al. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra 2014;22(2):1-12

¹⁰Lader M. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? Addiction 2011;106:2086-2109

¹¹Billioti de Gage S, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. BMJ 2014;349:g5205

¹²Passaro A, et al. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population the GIFA study. J Clin Epidemiol. 2000 Dec;53(12):1222-9

¹³Pariente A, et al. Benzodiazepines and injurious falls in community dwelling elders. Drugs Aging 2008;25:61-70

¹⁴Ballokova A, et al. Use of benzodiazepines and association with falls in older people admitted to hospital: a prospective cohort study. Drugs Aging 2014;31(4):299-310 doi:10.1007/s40266-014-0159-3

¹⁵Charlson F, et al. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2009 Feb;18(2):93-103. doi:10.1002/pds.1694

¹⁶Curran HV, et al. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. Psychological medicine 2003;33:1223-7

¹⁷Gómez C et al. Polypharmacy in the Elderly: A Marker of Increased Risk of Mortality in a Population-Based Prospective Study (NEDICES). Gerontology 2015;61(4):301-9. doi:10.1159/000365328

¹⁸Scott IA et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015 May;175(5):827-34. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324

- ¹⁹González-Saiz F, et al. Versión española consensuada de la Severity of Dependence Scale (SDS). Spanish version of the Severity of Dependence Scale (SDS). *Med Clin (Barc)*. 2008;131(20):796-9
- ²⁰Winkelman JW, et al. Clinical Practice. Insomnia Disorder. *N Engl J Med*. 2015 Oct 8;373(15):1437-44. doi:10.1056/NEJMcp1412740
- ²¹Ficha técnica Circadin (melatonina). RAD Neurim Pharmaceuticals EEC Limited. Jun 2012.
- ²²Herxheimer A, et al. Melatonin for the prevention and treatment of jet lag. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD001520
- ²³Suresh Kumar PN, et al. Melatonin in schizophrenic outpatients with insomnia: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2007;68:237-41
- ²⁴Morgenthaler TI, et al. Practice parameters for the clinical evaluation and treatment of circadian rhythm sleep disorders. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep* 2007;30:1445-59
- ²⁵Baandrup L, et al. Prolonged-release melatonin versus placebo for benzodiazepine discontinuation in patients with schizophrenia or bipolar disorder: A randomised, placebo-controlled, blinded trial. *World J Biol Psychiatry*. 2015 Jun 18;1-11
- ²⁶Lahteenmaki R, et al. Melatonin for sedative withdrawal in older patients with primary insomnia: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Jun;77(6):975-85
- ²⁷Brzezinski A, et al. Effects of exogenous melatonin on sleep: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2005;9:41-50
- ²⁸Benzodiazepines in Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines [Internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011 (Rapid Response Report: Peer-Reviewed Summary with Critical Appraisal). [Consultado: 08/6/2016]. Disponible en: <http://www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports-publications/search/publication/2773>
- ²⁹Bobes J, et al. Pregabalin for the discontinuation of long-term benzodiazepines use: an assessment of its effectiveness in daily clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2012 May;27(4):301-7
- ³⁰Poyares DR, et al. Can valerian improve the sleep of insomniacs after benzodiazepine withdrawal? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002;26(3):539-45
- ³¹Mugunthan K, et al. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2011;61(590):e573-e578.
- ³²de Gier NAH, et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10-year follow-up. *Family Practice* 2011;28:253-259
- ³³Darker CD, et al. Psychosocial interventions to reduce sedative use, abuse and dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 11;5:CD009652.
- ³⁴Paquin AM, et al. Risk versus risk: a review of benzodiazepine reduction in older adults. *Expert Opin Drug Saf*. 2014 Jul;13(7):919-34
- ³⁵Otto MW, et al. Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: further evaluation. *Behav Res Ther* [Internet]. 2010;48(8):720-7. [Consultado: 08/6/2016]. Disponible en: http://www.thblack.com/links/RSD/BehavResTher2010_48_720_UseOfPsychotherapy.pdf
- ³⁶Base de datos Bot PLUS 2.0 del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- ³⁷Fick DM, et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716-2724

-
- ³⁸Charles M Morin, et al. Chronic insomnia. *Lancet* 2012;379:1129–41. doi:10.1016/S0140-6736(11)60750-2
- ³⁹Overstall PW, et al. A comparative study of lormetazepam and chlormethiazole in elderly in-patients. *Age Ageing*.1987 Jan;16(1):45-51
- ⁴⁰Ficha técnica Distraneurine. Base de datos Bot PLUS 2.0 del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- ⁴¹National Institute for Health and Care Excellence. Benzodiazepine and z-drug withdrawal 2013
- ⁴²Taibi, D.M, et al. A systematic review of valerian as a sleep aid: safe but not effective. *Sleep Medicine Reviews* 2007;11(3):209-230
- ⁴³Prescrire Rédaction. Plaintes d'insomnie chez les adultes: traitement non médicamenteux et phytothérapie. *Rev.Prescrire* 2012; n° 343
- ⁴⁴McCall WV, et al. A meta-analysis of sleep changes associated with placebo in hypnotic clinical trials. *Sleep Med*. 2003 Jan;4(1):57-62
- ⁴⁵Plan de Salud de Navarra. Navarra 2006-2012. An. Sist. Sanir. Navar, 2007. <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E0566B9B-2D62-423D-9EA6-72DB748E390A/303761/PLANDESALUD20142020versionfinalParlamento.pdf>
- ⁴⁶García-Portilla MP, et al. Rendimiento psicométrico del Cuestionario Oviedo de Sueño en pacientes con trastorno mental grave. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2009;2(4):169-1
- ⁴⁷Herdman M, et al. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001.15 de octubre.28(6):425-429
- ⁴⁸Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos nº 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014
- ⁴⁹Servicio Andaluz de Salud. Guías de autoayuda. Consejos para dormir mejor. Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad, 2013. [Consultado: 21/03/2016] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/servicios/./publicaciones/Datos/567/pdf/08_guia_consejos_dormir.pdf
- ⁵⁰Tannenbaum C et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174(6):890-8. doi:10.1001/jamainternmed.2014.949
- ⁵¹Servicio Andaluz de Salud. Guías de autoayuda. Aprenda a relajarse. Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad, 2013. [Consultado: 21/03/2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/567/pdf/23_guia_relajarse.pdf
- ⁵²Urru SA, et al. Role of community pharmacists in the detection of potentially inappropriate benzodiazepines prescriptions for insomnia. *Int J Clin Pharm*. 2015 Dec;37(6):1004-8. doi:10.1007/s11096-015-0166-4
- ⁵³ Hoffmann F. Benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs: comparison of perceptions of GPs and community pharmacists in Germany. *Ger Med Sci*. 2013 Jul 18;11:Doc10. doi:10.3205/000178

⁵⁴Gobierno de Navarra. Subvenciones para programas de salud 2016. [Consultado: 21/03/2016]. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Servicios/ficha/6224/Subvenciones-para-programas-de-prevencion-y-promocion-de-salud-2016

⁵⁵RESOLUCIÓN 154/2016, de 12 de febrero, del Director General de Salud, por la que se aprueba la convocatoria para la concesión de subvenciones a entidades locales, instituciones, fundaciones y asociaciones, sin ánimo de lucro, para programas de prevención y promoción de la salud, durante el año 2016. Boletín Nº 45 - 7 de marzo de 2016. [Consultado: 21/03/2016]. Disponible en http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2016/45/

12. ANEXOS

ANEXO 1. MODELOS DE CARTA PARA ENVIAR A LOS PACIENTES

CENTRO DE SALUD DE X
PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

Estimado señor, señora.

Uno de los medicamentos que usted recibe es (*nombre de la BZD*) a una dosis de (*cp / d*). Este medicamento pertenece al grupo de las benzodiazepinas y medicamentos relacionados.

El análisis de su historia clínica muestra que usted podría dejar de tomar este medicamento sin alterar su salud o su bienestar. De hecho, se sabe hoy que la eficacia de las benzodiazepinas prescritas en su caso disminuye mucho a medida que se utilizan.

Además, estos fármacos pueden tener efectos perjudiciales, especialmente en los ancianos: pueden causar caídas y problemas de memoria y aumentan el riesgo de accidentes entre los conductores los toman.

Le propongo que juntos vayamos reduciendo poco a poco el consumo de este medicamento para dejarlo, si todo va bien, en algunas semanas. Para evitar problemas, es muy importante que esta retirada se haga progresivamente bajo supervisión médica.

Para ayudarte, le voy a proporcionar un calendario de retirada del medicamento que rellenaremos juntos en una próxima consulta si a usted le parece bien.

Por supuesto, estoy a su disposición para responder a todas sus preguntas.

Un cordial saludo.

Estimado...

Me dirijo a usted porque he observado en su historia clínica que usted ha estado tomando [...] desde hace algún tiempo. Los médicos de familia estamos cada vez más preocupados por este tipo de medicación tranquilizante cuando es consumida de forma crónica. Nuestra preocupación es que el cuerpo se acostumbre al medicamento de forma que éste acabe no funcionando correctamente. Si deja de tomar este medicamento de repente, usted experimentará efectos de abstinencia desagradables. La investigación realizada en este campo demuestra que el uso repetido de este medicamento durante un largo tiempo ya no se recomienda. Más importante aún, puede que en realidad este medicamento cause ansiedad e insomnio y puede ser adictivo.

Le escribo para pedirle que considere la reducción en la dosis de este medicamento y, quizá, dejar de tomarlo en el futuro. Lo mejor es usar estos medicamentos sólo cuando sea absolutamente necesario. Una vez que haya comenzado a reducir la dosis, es posible que usted piense en dejarlo por completo. Habría que reducir la dosis muy gradualmente para que haya menos probabilidad de tener síntomas de abstinencia.

Si usted desea hablar conmigo acerca de esto, me gustaría verle en la consulta cuando le venga bien.

Un cordial saludo.

**ANEXO 2. DOCUMENTO PARA CUMPLIMENTAR TRAS EL ENVÍO DE
CARTAS INFORMATIVAS A LOS DOMICILIOS DE LOS PACIENTES.**

CENTRO DE SALUD:

LOCALIDAD:

FECHA:

Antes de proceder al envío de la documentación, le rogamos cumplimente el siguiente formulario para un adecuado envío y manejo de la información.

1. Indique el número de participantes identificados para el programa: _____

2. Indique el número de cartas enviadas a domicilios: _____

3. Indique el periodo de fechas de envío: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3. ESCALA DE SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA

DNI DEL PACIENTE:

CENTRO DE SALUD:

PUNTUACIÓN FINAL:

TABLA 1

Escala de gravedad de la dependencia (versión consensuada). Severity of Dependence Scale, Gossop et al²

Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia...
1. ¿Has pensado que no podías controlar tu consumo de (sustancia)?
2. ¿Te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar (sustancia)?
3. ¿Te has sentido preocupado/a por tu consumo de (sustancia)?
4. ¿Has deseado poder dejar de consumir (sustancia)?
En ese mismo período...
5. ¿Hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir (sustancia)?

Respuestas y puntuación

Para los ítems 1-4

0: nunca/casi nunca; 1: algunas veces; 2: a menudo; 3: siempre/casi siempre.

Para el ítem 5

0: nada difícil; 1: bastante difícil; 2: muy difícil; 3: imposible.

SDS: Severity of Dependence Scale.

Med Clin (Barc). 2008;131:797

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

ANEXO 4. CUESTIONARIO OVIEDO DEL SUEÑO (COS)

DNI DEL PACIENTE:

CENTRO DE SALUD:

FECHA:

Anexo 1 Cuestionario Oviedo de Sueño (COS)

Durante el último mes

COS1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1 Muy insatisfecho	2 Bastante insatisfecho	3 Insatisfecho	4 Término medio
5 Satisfecho	6 Bastante satisfecho	7 Muy satisfecho	

COS2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para...

	Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días
COS2.1. Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
COS2.2. Permanecer dormido	1	2	3	4	5
COS2.3. Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
COS2.4. Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
COS2.5. Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

COS3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1 0-15 minutos	2 16-30 minutos	3 31-45 minutos
4 46-60 minutos	5 Más de 60 minutos	

COS4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1 Ninguna vez	2 1 vez	3 2 veces	4 3 veces	5 más de 3 veces
---------------	---------	-----------	-----------	------------------

COS5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo antes?

1 Se ha despertado como siempre	2 Media hora antes	3 1 hora antes
4 Entre 1 y 2 horas antes	5 Más de 2 horas antes	

COS6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama)
 Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche?
 ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?

1 91-100%	2 81-90%	3 71-30%	4 61-70%	5 60% o menos
-----------	----------	----------	----------	---------------

COS7. ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días
--------------	------------	----------	------------	------------

COS8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento/a, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días
--------------	------------	----------	------------	------------

COS9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido periodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado disminución en su funcionamiento sociolaboral por ese motivo?

1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días
--------------	------------	----------	------------	------------

COS10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...

	Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días
COS10.1. Ronquidos	1	2	3	4	5
COS10.2. Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
COS-10.3. Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
COS-10.4. Pesadillas	1	2	3	4	5
COS-10.5. Otros	1	2	3	4	5

COS11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?

1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días
--------------	------------	----------	------------	------------

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir:

Anexo 2 Sintaxis de corrección del Cuestionario Oviedo de Sueño (COS)

```

IF ((COS21 >= 3 | COS22 >= 3 | COS23 >= 3 | COS24 >= 3) & (COS7 >= 3))
  Dco_INS_CIE = 1 .
EXECUTE .
IF ((COS21 < 3 & COS22 < 3 & COS23 < 3 & COS24 < 3) | (COS7 < 3))
  Dco_INS_CIE = 0 .
EXECUTE .
IF ((COS21 = 5 | COS22 = 5 | COS23 = 5 | COS24 = 5) & (COS7 = 5))
  Dco_INS_DSM = 1 .
EXECUTE .
IF ((COS21 < 5 & COS22 < 5 & COS23 < 5 & COS24 < 5) | (COS7 < 5))
  Dco_INS_DSM = 0 .
EXECUTE .
IF ((COS21 = 1 & COS22 = 1 & COS23 = 1 & COS24 = 1) & (COS25 = 5) & (COS8 = 5) & (COS9 = 5))
  Dco_HIPERS= 1 .
EXECUTE .
IF ((COS21 > 1 | COS22 > 1 | COS23 > 1 | COS24 > 1) | (COS25 < 5) | (COS8 < 5) | (COS9 < 5))
  Dco_HIPERS= 0 .
EXECUTE .
COMPUTE COS_GI = COS21 + COS22 + COS23 + COS24 + COS3 + COS4 + COS5 + COS6 +
  COS7 .
EXECUTE .

```

Dco_INS_CIE: diagnóstico de insomnio según los criterios CIE-10.

Posibles valores: 0 = sin insomnio; 1 = con insomnio.

Dco_INS_DSM: diagnóstico de insomnio según los criterios DSM-IV.

Posibles valores: 0 = sin insomnio; 1 = con insomnio.

Dco_HIPERS: diagnóstico de hipersomnio según los criterios CIE-10 y DSM-IV.

Posibles valores: 0 = sin hipersomnio; 1 = con hipersomnio.

COS-GI: puntuación en la Escala COS de Gravedad del Insomnio.

Posibles valores: 9 a 45.

ANEXO 5. MODELO DE CUESTIONARIO EUROQOL-5D

DNI DEL PACIENTE:

CENTRO DE SALUD:

FECHA:

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Herdman M, 2001

CUESTIONARIO EUROQOL-5D. ESCALA VISUAL ANALÓGICA

TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy

El mejor estado de salud imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado de salud imaginable

Herdman M, 2001

ANEXO 6. MODELO DE DOCUMENTO DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

DATOS PERSONALES

DNI:

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL: Soltero Casado Divorciado Viudo

Como ha conocido la existencia del programa:

Carta informativa Iniciativa médica Carteles informativos Otros

Tratamiento con benzodiazepinas prescrito actualmente:

Duración del tratamiento:

Indicación para la prescripción del tratamiento:

Tipo de intervención para la deprescripción elegida:

Entrega de pauta domiciliaria Seguimiento periódico en consulta

Dificultad de deprescripción percibida:

Ninguna Poca Bastante Mucha

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**ANEXO 7. DOCUMENTO PARA CUMPLIMENTAR CON EL ENVÍO DE
AUTORIZACIÓN E INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA, ENCUESTAS DE
SATISFACCIÓN O CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN A PACIENTES**

CENTRO DE SALUD:

LOCALIDAD:

FECHA:

Antes de proceder al envío de la documentación, le rogamos cumplimente el siguiente formulario para un adecuado envío y manejo de la información.

1. Indique el número de pacientes incluidos en la documentación: _____

2. Indique el número de documentos remitidos: _____

3. Indique el periodo de fechas de envío: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 8. CONTENIDOS DE LA ENTREVISTA ESTANDARIZADA

CENTRO DE SALUD DE XXX
PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

1. Explicar en que consisten y para que sirven las benzodiazepinas insistiendo en su efecto beneficioso a corto plazo.
2. Abordar los conceptos de dependencia como capacidad del organismo de adaptarse, de lo que es el síndrome de abstinencia y los síntomas de retirada.
3. Enumerar los principales problemas derivados del uso prolongado incidiendo en la disminución de reflejos, el aumento de caídas y fracturas de cadera y las alteraciones de la memoria.
4. Informar de la importancia de que la retirada sea gradual para ir adaptando de nuevo nuestro organismo, y no presentar síntomas desagradables secundarios a la interrupción del tratamiento.
5. Garantizar el apoyo y acompañamiento durante todo el proceso abordando conjuntamente las dificultades que puedan surgir.

ANEXO 9. CALENDARIO DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

CENTRO DE SALUD DE XXX
PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

Fases de Deprescripción	Duración (días, semanas)	PRINCIPIO ACTIVO / DOSIS			
		Mañana	Mediodía /Tarde	Anocheceer /Noche	Dosis diaria total
DOSIS INICIAL					
Fase 1					
Fase 2					
Fase 3					
Fase 4					
Fase 5					
Fase 6					
Fase 7					
Fase 8					
Fase 9					
Fase 10					

ANEXO 10. CALENDARIO DE DESPRESCRIPCIÓN

CENTRO DE SALUD DE XXX
PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

CALENDARIO DE DESPRESCRIPCIÓN
INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO
(A RELLENAR POR EL MÉDICO)

NOMBRE DE LA BENZODIAZEPINA:

POSOLOGÍA INICIAL:

FECHA DE INICIO DE LA DEPRESCRIPCIÓN:

FECHA DE INICIO DE LA NUEVA FASE:

DURACIÓN PREVISTA DE ESTA NUEVA FASE ES:

FECHA PREVISTA DE REVISIÓN:

EL NUEVO OBJETIVO DE DOSIS ES:

....., a de de 20..

FIRMA DEL MÉDICO

ANEXO 11. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA PARTICIPANTES EN TALLERES

NOMBRE DEL TALLER:

CENTRO:

FECHA:

1. ¿Cómo ha conocido este taller?

- Le están retirando poco a poco el tratamiento
- Consejo médico
- Consejo de otros pacientes
- Otros motivos (Indíquelo):

2. ¿Ha acudido a otros talleres incluidos en el programa? Si es así, indique a cuales

3. ¿Considera que la información expuesta es clara? NO BASTANTE SI

4. ¿Sus dudas y preguntas han sido resueltas? NINGUNA ALGUNAS TODAS

5. ¿Ha ampliado sus conocimientos sobre el insomnio? NO BASTANTE SI

6. ¿Ve necesario dejar de tomar la "pastilla para dormir"? NO BASTANTE SI

7. ¿La información recibida le resulta útil? NO BASTANTE SI

8. ¿Se siente capaz de aplicar lo aprendido en casa? NO BASTANTE SI

9. Valore de manera global el taller 1 2 3 4 5

10. Señale aquellos cambios o sugerencias que vea necesarios introducir.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 12. MODELO DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA PARTICIPANTES QUE FINALIZAN EL PROGRAMA

DNI DEL PACIENTE:

CENTRO:

FECHA:

1. Indique el motivo de finalización en el "Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas"

- Le han retirado totalmente su tratamiento
- Ya le han reducido la dosis inicial pero no quiere terminar el proceso
- No le gusta o no se siente agusto participando en el programa
- Sufre efectos secundarios (Indíquelos):

- Otros motivos (Indíquelos):

2. ¿Ha acudido a otros talleres incluidos en el programa? Si es así, indique a cuales y valórelos

	Mal	Regular	Bien	Excelente
<input type="checkbox"/> El insomnio: conociendo mi tratamiento	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> El insomnio: conociendo la enfermedad (Parte I)	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> El insomnio: conociendo la enfermedad (Parte II)	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Medidas de Higiene del Sueño)	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Control de estímulos	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Restricción del Sueño	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> Técnicas de relajación y respiración	1	2	3	4

3. Indique el tiempo que llevaba bajo tratamiento con benzodiazepinas antes de ser incluido en el programa.

4. Indique el tratamiento con benzodiazepinas que tomaba al incluirse en el programa.

5. ¿Que tipo de procedimiento de deprescripción ha seguido?

Por su cuenta, siguiendo la hoja de reducción de dosis que le entregó su médico.

Acudiendo periódicamente a la consulta para establecer la reducción de dosis.

Otros procedimientos (Indíquelo):

6. ¿Ha conseguido abandonar totalmente el tratamiento con bezodiazepinas?

NO

SI

7. Si no ha conseguido abandonar totalmente el tratamiento, ¿a reducido su dosis inicial?

Si es afirmativo, indique que dosis le han reducido.

NO

SI

DOSIS: _____

8. Indique el tiempo que ha estado incluido en el programa:

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

9. ¿Le ha resultado difícil reducir o abandonar el tratamiento?

NO BASTANTE SI

10. Si aún no ha terminado el proceso, ¿está dispuesto a continuar con la deprescripción?

NO SI

11. ¿Ha mejorado su problema de insomnio?

NO BASTANTE

SI

12. ¿Ha mejorado su calidad de vida?

NO BASTANTE

SI

13. ¿Le ha resultado útil el programa?

NO BASTANTE

SI

14. Valore de manera global el programa
Excelente

Malo Regular Bueno

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 13. MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PERSONAL SANITARIO

CENTRO:

FECHA:

PROFESIONAL:

Médico

Enfermero/a

Farmacéutico

¿Las explicaciones realizadas han sido claras?

MUCHO

SUFICIENTE

POCO

NADA

¿Le ha ayudado la formación a ampliar sus conocimientos?

MUCHO

SUFICIENTE

POCO

NADA

¿Los temas tratados le han sido útiles?

MUCHO

SUFICIENTE

POCO

NADA

¿Considera ahora necesaria y factible la deprescripción de benzodiazepinas?

SI

NECESARIA PERO NO FACTIBLE

FACTIBLE PERO NO NECESARIA

¿Qué es lo que más y menos les ha gustado?

.....
.....
.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**ANEXO 14. MODELO DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA
PROFESIONALES SANITARIOS TRAS FINALIZAR EL PROGRAMA**

CENTRO:

FECHA:

1. ¿Ha considerado eficaz el "Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas"?

NADA POCO BASTANTE MUCHO

2. ¿Ha percibido interés general de los pacientes en el programa?

NADA POCO BASTANTE MUCHO

3. ¿Cree que ha conseguido motivar a muchos pacientes para la deprescripción?

NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

4. ¿Que procedimiento de deprescripción es el que más ha utilizado?

Entregando la hoja de reducción de dosis y dejando que el paciente lo realice por su cuenta.

Recibiendo periódicamente en la consulta al paciente para seguimiento y reducción de dosis.

Otros procedimientos (Indíquelo):

5. ¿Ha intercambiado muchos tratamientos con diazepam?

NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

6. ¿Ha conseguido que sus pacientes abandonaran totalmente el tratamiento con bezodiazepinas?

NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

7. Si no lo ha conseguido, ¿ha reducido su dosis inicial?

NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

8. ¿Le ha resultado difícil llevar a cabo los procedimientos de deprescripción?

NADA POCO BASTANTE MUCHO

9. ¿Está dispuesto a continuar con deprescribiendo en aquellos pacientes que han comenzado el proceso o en nuevos pacientes que detecte?

- No, a ninguno
- Solo en los pacientes que todavía no han completado el programa
- Solo en pacientes nuevos
- Si, a todo tipo de pacientes.

10. ¿Percibe que los pacientes han mejorado su problema de insomnio?

NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

11. ¿Percibe que los pacientes hayan mejorado su calidad de vida?

NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

12. ¿Le ha resultado útil el programa? NO BASTANTE SI

13. Valore de manera global el programa Malo Regular Bueno Excelente

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 15. MODELO DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS TRAS FINALIZAR EL PROGRAMA

LOCALIDAD:

FECHA:

1. ¿Ha considerado eficaz el "Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas"?

NADA POCO BASTANTE MUCHO

2. ¿Ha percibido interés general de los pacientes en el programa?

NADA POCO BASTANTE MUCHO

3. ¿Cree que ha conseguido motivar a muchos pacientes para la deprescripción?

NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

4. ¿Ha ayudado en algún momento a los paciente durante su prodecimiento de deprescripción?

NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

5. Indique que problemas ha detectado o percibido durante el desarrollo del programa:

6. ¿Conoce a pacientes que hayab abandonado totalmente el tratamiento con bezodiazepinas?

NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

7. Si no lo han conseguido, ¿han reducido su dosis inicial?

NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

9. ¿Está dispuesto a continuar animando a los pacientes para que acudan a su médico a someterse a un procedimiento de deprescripción?

- No, a ninguno
- Solo en los pacientes que todavía no han completado el programa
- Solo en pacientes nuevos
- Si, a todo tipo de pacientes.

10. ¿Percibe que los pacientes han mejorado su problema de insomnio?

- NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

11. ¿Percibe que los pacientes hayan mejorado su calidad de vida?

- NINGUNO POCOS BASTANTES MUCHOS TODOS

12. ¿Le ha resultado útil el programa? NO BASTANTE SI

13. Valore de manera global el programa Malo Regular Bueno Excelente

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 16. DIARIO DE SUEÑO-VIGILIA

¿CÓMO PUEDO EVALUAR MIS PROGRESOS CON EL INSOMNIO?

Anexo 5. Agenda/Diario de sueño-vigilia

Centro de salud de		Agenda de sueño de																								
Población																										
Día	D/F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										

Rellenar las horas que esté durmiendo  y dejar en blanco  cuando esté despierto. Mirar con una flecha hacia abajo ↓ al acostarse y con una flecha hacia arriba ↑ cuando se levante. D/F: Domingos o festivos.

Ejemplo: duerme hasta las 4 de la madrugada. Se levanta a las 4 y se acuesta a las 4,15. Permanece despierto hasta las 5,30 y en ese momento se queda dormido hasta las 9. A las nueve se levanta. A las 15 horas se acuesta durmiéndose a las 15,15 y levantándose a las 16,30. A las 20,30 horas se le acuesta, durmiéndose de 21 a 23 horas. De 23 a 0 horas permanece despierto.

Día	D/F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	

Rellenar las horas que esté durmiendo y dejar en blanco cuando esté despierto. Marcar con una flecha hacia abajo al acostarle y con una flecha hacia arriba cuando se levante. D/F: Domingos o festivos.

El diario de sueño-vigilia es una herramienta que se puede utilizar para ayudar a identificar patrones y condiciones que pueden estar afectando el sueño de una persona. Además, permite monitorizar los progresos del paciente y facilitarle una autoevaluación de su problema.

Si usted quiere conocer como va progresando su insomnio, debe rellenarlo durante al menos 2 meses. Para cualquier pregunta no dude en contactar con su médico o enfermera.

PROCEDIMIENTO:

- Rellenarlo todas las mañanas, en función de los recuerdos de la noche anterior.
- Rellenarlo cada noche, para informar sobre las condiciones del sueño durante el día (por ejemplo, siestas).
- Sombrear las casillas que corresponden a las horas de sueño y siesta.
- Señale en el diario la información que se indica a continuación, escribiendo la letra que corresponda:

Hora de acostarse: A

Hora de levantarse: L

Hora en que se apaga la luz (oscuridad): O

Despertares nocturnos: D

Luz encendida: E

ANEXO 17. PREGUNTAS CLAVE PARA REALIZAR LA HISTORIA DEL SUEÑO

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. Identificación de la queja de sueño

Patrones del sueño

¿Podría describir su patrón de sueño de una noche cualquiera?

¿Podría hablar sobre sus hábitos de sueño?

Calidad del sueño

¿Cómo percibe la calidad de su sueño?

Funcionamiento diurno

¿Cómo afecta el sueño nocturno a su funcionamiento diurno?

2. Desarrollo del problema.

¿Recuerda cómo comenzó este problema de sueño?

3. Historia de las quejas de sueño previas

¿Anteriormente usted solía dormir bien?

4. Psicopatología, historia de funcionamiento psicológico

Habitualmente ¿Afronta bien los problemas?

PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS

¿Cuánto tiempo tarda en dormirse?

¿Cuántas veces se despierta y durante cuánto tiempo?

¿Cuánto tiempo pasa durmiendo?

¿Cuántas noches a la semana le sucede esto?

¿Tiene problemas de ruido?

¿De temperatura?

¿De luz?

¿Interrupciones?

¿Cuáles son las horas de acostarse y levantarse durante los días laborables?

¿Y durante los fines de semana?

¿Reparador?

¿Bueno, agradable?

¿Agitado, intranquilo?

Durante el día: ¿Se encuentra cansado? ¿Somnoliento?

¿Mala concentración?

¿Irritable?

Particularmente, ¿en qué momento del día?

¿En qué circunstancias, (conducción)?

¿Asociado a algún acontecimiento o evento?

¿A alguna fecha o momento?

¿Hubo algún cambio importante en su vida en esa época?

¿Ha habido variaciones desde entonces?

¿Algún factor que lo agrave o que lo mejore?

¿Cómo dormía cuando era niño?

¿Y cuando era joven?

¿Cómo eran los episodios (días, fechas)?

¿Tiene algún problema psicológico?

¿Tiene problemas de ansiedad o depresión?

¿Se considera una persona con recursos?

¿Qué tipo de personalidad tiene?

Modificada de Morin et al.

ANEXO 18. ALGUNAS COSAS QUE TODOS DEBEN SABER SOBRE EL INSOMNIO

Recomendaciones para corregir creencias y actitudes sobre el insomnio

- El dormir no es una actividad uniforme. Durante el sueño aparecen fases con diferente grado de profundidad.
- La necesidad de dormir disminuye conforme aumenta la edad.
- El insomnio es especialmente frecuente en las personas mayores.
- El sueño es una necesidad tan importante como otras necesidades biológicas (comer, beber agua). Pese a ello, la cantidad y calidad del sueño puede verse afectada por factores biológicos, físicos y psicológicos.
- Cada persona tiene su propia necesidad de sueño. Aunque lo habitual sea 7-8 horas diarias, hay personas que necesitan dormir más y otras menos y no padecen ninguna alteración del sueño.
- Los trastornos del sueño son numerosos y el insomnio es el más común.
- El insomnio no tiene consecuencias irreversibles para la salud. No obstante, puede afectar a la actividad diurna y dificultar las tareas que requieran atención, así como producir somnolencia.
- Los factores físicos pueden afectar la conciliación y el mantenimiento del sueño: temperaturas extremas, ruido ambiental...
- Los problemas de salud pueden producir insomnio. Entre ellos: dolor crónico, síndrome de piernas inquietas, apnea de sueño, hipertiroidismo.

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

- Existen sustancias que pueden producir alteraciones del sueño: estimulantes del sistema nervioso central (cafeína, anfetaminas, teína...), corticoides, bloqueantes adrenérgicos, broncodilatadores.
- Hay sustancias cuya retirada producen dificultades en el sueño como reacción de abstinencia: cocaína, cannabis, antihistamínicos, barbitúricos, benzodiazepinas.
- Las pastillas para dormir producen “tolerancia” (la dosis habitual produce menos efecto, con lo que se necesitan dosis más altas) y “reacciones de abstinencia” (que ocurren cuando una persona con adicción a una sustancia deja de consumirla). Pueden ser necesarias en algunos momentos especialmente críticos, pero no debe prolongarse su consumo de manera innecesaria.
- Las técnicas psicológicas son eficaces pero requieren la participación activa del paciente.

ANEXO 19. MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

1. Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, incluidos fines de semana y vacaciones.
2. Permanecer en la cama el tiempo suficiente, adaptándolo a las necesidades reales de sueño. Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y al contrario, permanecer durante mucho tiempo en la cama puede producir un sueño fragmentado y ligero.
3. Evitar la siesta. En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, con una duración no mayor de 30 minutos.
4. Evitar las bebidas que contienen cafeína y teína. Tomadas por la tarde alteran el sueño incluso en personas que no lo perciben.
5. El alcohol y el tabaco, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.
6. Realizar ejercicio regularmente, durante al menos una hora al día, con luz solar, preferentemente por la tarde y siempre al menos tres horas antes de ir a dormir.
7. En la medida de lo posible mantenga el dormitorio a una temperatura agradable y con unos niveles mínimos de luz y ruido.
8. El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño. Evitar acostarse hasta que hayan pasado dos horas después de la cena.
9. Evitar realizar en la cama actividades tales como: ver la televisión, leer, escuchar la radio... La excitación generada por estas situaciones, podría interferir con la conciliación del sueño.

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

10. Evitar realizar ejercicios intensos o utilizar el ordenador en las dos horas previas al sueño nocturno.

Para pacientes mayores tener en cuenta además:

1. Limitar el consumo de líquidos por la tarde, sobre todo si la frecuencia urinaria es un problema.

2. Pasar tiempo al aire libre y disfrutar de la luz solar.

3. Caminar y hacer ejercicio en la medida de sus posibilidades, pero no cerca de la hora de acostarse.

4. Tener en cuenta los efectos que ciertos medicamentos pueden tener sobre el sueño. Los estimulantes a la hora de acostarse y los sedantes durante el día pueden afectar de forma desfavorable al sueño.

ANEXO 20. ¿CÓMO PUEDO MEJORAR MI PROBLEMA DE INSOMNIO?

Mantenga un horario fijo para acostarse y levantarse, incluidos fines de semana y vacaciones. Los cambios constantes en los horarios de sueño aumentan la probabilidad de que se generen dificultades graves y crónicas para dormir.

Permanezca en la cama el tiempo suficiente, pero no más, adaptándolo a sus necesidades reales de sueño. Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y, al contrario, permanecer durante mucho tiempo en la cama puede producir un sueño fragmentado y ligero.

Si han pasado 30 minutos desde que se acostó y sigue aún sin dormir, levántese de la cama, vaya a otra habitación y haga algo que no lo active demasiado, como leer una revista o ver la televisión, por ejemplo. Cuando vuelva a tener sueño regrese a su dormitorio. El objetivo es que usted asocie su cama con quedarse dormido lo antes posible. • **Evite la siesta y las situaciones que la propicien.** En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, de duración no superior a 30 minutos.

Evite realizar en la cama actividades tales como: ver la televisión, leer, escuchar la radio, comer, hablar por teléfono, discutir...Nuestro cerebro necesita asociar el dormitorio y la cama a la actividad de dormir. Cuando en ese lugar se realizan otro tipo de actividades el cerebro recibe un doble mensaje y se confunde.

Realice ejercicio suave (por ej. pasear) durante al menos una hora al día, con luz solar, preferentemente por la tarde y siempre al menos tres horas antes de ir a dormir. Si se realiza ejercicio vigoroso en las 3 ó 4 horas previas a la hora de acostarse el sistema nervioso puede activarse y la sensación de somnolencia perderse.

Repetir cada noche una rutina de acciones que ayuden a prepararse mental y físicamente para irse a la cama. Lavarse los dientes, ponerse el pijama, preparar la ropa del día siguiente....

Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse puede contribuir a que duerma mejor. Practique una respiración lenta y relajada. Piense que es un globo que se hincha lentamente y luego se deshinch. Imagine que pasan las nubes y en cada una de ellas escribe mentalmente una de sus preocupaciones para que se las lleve el viento.

Tomar un baño de agua a temperatura corporal tiene un efecto relajante, por lo que es una actividad que favorece el sueño.

Las bebidas que contienen cafeína, como las colas y el café, tomadas por la tarde, alteran el sueño incluso en personas que no lo perciben. La cafeína es un estimulante del sistema nervioso. Además, aunque no provoca adicción (dependencia física en el organismo), si puede provocar una dependencia psicológica.

El alcohol y el tabaco, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir. El alcohol es un depresor del sistema nervioso; si bien puede facilitar el inicio del sueño, provoca despertares a lo largo de la noche y además provoca adicción (dependencia física). La nicotina es un estimulante del sistema nervioso (y no un tranquilizante, como suele creer quien fuma) y también provoca adicción.

El dormitorio debe tener una temperatura agradable y niveles mínimos de luz y ruido. Debe ser un lugar confortable, seguro y tranquilo que incite al sueño.

Procure no acostarse hasta que hayan pasado dos horas desde la cena. El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño. Si se despierta a mitad de la noche, es preferible no comer nada o se puede comenzar a despertar habitualmente a la misma hora sintiendo hambre.

Procure no tomar líquidos en exceso al final de la tarde y por la noche. Con esto puede evitar tener que levantarse de la cama para ir al baño.

Evite utilizar el ordenador en las dos horas previas al sueño nocturno. El efecto luminoso de la pantalla del ordenador puede aumentar su activación.

Evite utilizar la cama para “dar vueltas” a sus preocupaciones. Puede reservar, en otro momento del día, 30 minutos para reflexionar sobre aquello que le preocupa, intentando encontrar las soluciones, (le podría ayudar escribirlo en una hoja de papel).

Cuando esté en la cama, si vuelven las preocupaciones, dígame a sí mismo: “basta, ya pensaré en ello mañana, ahora es hora de dormir”.

No recurra a la automedicación. El tomar medicamentos por su cuenta puede agravar el problema. Lo que puede ir bien a un insomne puede no ser adecuado para otro. **Por último, recuerde que se puede aprender a manejar el insomnio y a disminuirlo progresivamente.**

ANEXO 21. CONTROL DE ESTÍMULOS

1. No utilice la cama ni el dormitorio para otra actividad que no sea dormir. No lea, ni vea la televisión, no hable por teléfono, evite preocupaciones, discutir con la pareja, o comer en la cama. La única excepción a esta regla es que puede tener actividad sexual en la cama.

2. Establezca una serie de rutinas previas al sueño regulares que indiquen que se acerca el momento de acostarse: por ejemplo, cierre la puerta, lávese los dientes, programe el despertador y realice todas aquellas labores que sean lógicas para este momento de la noche. Realícelas todas las noches en el mismo orden. Adopte la postura para dormir que prefiera y sitúe sus almohadas y mantas preferidas.

3. Cuando se esté metido en la cama, se deben apagar las luces con la intención de dormirse inmediatamente. Si no se puede dormir en un rato (alrededor de 10-15 minutos), hay que levantarse e ir a otra habitación. Conviene dedicarse a alguna actividad tranquila hasta que se empiece a sentir sueño, y en este momento, volver al dormitorio para dormir.

4. Si no se duerme en un período de tiempo breve, debe repetirse la secuencia anterior. Hacerlo tantas veces como sea necesario durante la noche. Utilizar este mismo procedimiento en caso de despertarse a mitad de la noche si no se consigue volver a dormirse aproximadamente a los 10 minutos.

5. Mantenga regular la hora de levantarse por la mañana. Poner el despertador y levantarse aproximadamente a la misma hora cada mañana, los días laborales y los festivos, independientemente de la hora en que uno se haya acostado, regulariza el reloj biológico interno y sincroniza el ritmo de sueño-vigilia.

6. No duerma ninguna siesta durante el día. Si uno se mantiene despierto todo el día tendrá más sueño por la noche. Pero si la somnolencia diurna es demasiado agobiante se puede permitir una pequeña siesta después de comer a condición de que no dure más de media hora.

7. Intente relajarse al menos una hora antes de ir a la cama. Evite utilizar la cama para “dar vueltas” a sus preocupaciones. Puede reservar, en otro momento del día, 30 minutos para reflexionar sobre aquello que le preocupa, intentando encontrar las soluciones, (le podría ayudar escribirlo en una hoja de papel). Cuando esté en la cama, si vuelven las preocupaciones, dígame a sí mismo: “basta, ya pensaré en ello mañana, ahora es hora de dormir”.

8. No utilice el ordenador antes de irse a la cama porque la luminosidad de la pantalla puede actuar como un activador neurológico.

ANEXO 22. TÉCNICA DE RESTRICCIÓN DEL SUEÑO

- a) El tiempo en cama no debe reducirse a menos de 4 ó 5 horas por noche, al margen de lo poco satisfactoria que pueda ser la eficiencia del sueño. Es mejor restringir inicialmente el tiempo en cama tanto como el paciente lo pueda tolerar.

- b) El criterio específico de eficiencia utilizado para modificar el tiempo permitido en cama puede cambiarse en función de cada situación clínica.

- c) Los cambios en el tiempo en cama permitido se suelen hacer semanalmente, aunque en ocasiones puede ser necesario hacer cambios más frecuentes.

- d) La restricción del sueño implica prescribir una “ventana de sueño” específica (momento de acostarse y momento de levantarse), más que una cantidad obligatoria de tiempo que se debe pasar en la cama.

- e) El paciente debe poder elegir tanto la hora de acostarse como la hora de levantarse. Por ejemplo, uno puede elegir acostarse a las 23 horas, pero debe levantarse cinco horas más tarde (es decir, a las 4 de la madrugada). Por tanto, es preferible mantener una hora de levantarse regular y reajustar solamente el momento de acostarse.

- f) Los límites mínimos y máximos del tiempo permitido en cama deben basarse tanto en el sueño nocturno como en el funcionamiento diurno.

ANEXO 23. TÉCNICA DE RESPIRACIÓN PROFUNDA

Este ejercicio puede realizarse acostado/a, sentado o de pie. En un principio, conviene realizarlo acostado o sentado hasta adquirir suficiente destreza. Se practicará a diario hasta que pueda hacerse de forma rutinaria en cualquier situación estresante.

La técnica se aplica realizando lo siguiente durante 2-3 minutos:

- Con cada respiración se debe tratar de relajar conscientemente los hombros y los músculos de la parte superior del pecho hasta que se esté utilizando principalmente el diafragma para respirar. El diafragma es el gran grupo muscular de la respiración, que desplaza los pulmones facilitando que en las vías respiratorias entre el aire al inspirar. Se puede comprobar si se está utilizando el diafragma colocando la mano justo debajo del esternón, en la parte superior del abdomen. Aquí se siente cómo sube y baja cuando el aire entra y sale.
- Respirar lenta y profundamente por la nariz y exhalar por la boca a un ritmo constante. Se debe tratar hacer la espiración en el doble de tiempo que la inspiración. Para conseguir esto, puede ser útil contar lentamente a medida que se inspira y exhala. Es muy interesante recurrir a diferentes imágenes mentales en cada momento de la respiración, lo que aumenta considerablemente el efecto que se persigue. Al inspirar hay que observar cómo los pulmones se van llenando de aire como si fuese un globo, notando al mismo tiempo una ligera sensación de calor. Al espirar hay que observar cómo se escapa el aire muy lentamente al igual que lo hace una rueda pinchada, muy poco a poco, percibiendo al mismo tiempo la pérdida de tensión muscular y como estos se van ablandando.

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

- Una vez que se encuentra en estado de relajación puede recrearse en imágenes que le transmitan tranquilidad, descanso o relajación. Ejemplos: “hacerse el muerto” en el mar y balancear el cuerpo al ritmo de las olas; observar la sensación de cansancio muscular como cuando uno acaba de jugar un partido o de realizar un entrenamiento, etc.

Observaciones:

- Como entrenamiento, debe realizarse tres veces al día durante un periodo de diez minutos cada vez.
- Como estrategia de control de un momento de ansiedad, es útil realizarlo en el momento en que aparezcan los primeros síntomas.

Una práctica muy saludable es pararse a lo largo del día varias veces para practicar la respiración profunda o abdominal.

ANEXO 24. CONTROL DE LA RESPIRACIÓN PARA FACILITAR EL SUEÑO

1. Tenderse boca arriba con la cabeza a la altura del cuerpo o más baja.
2. Cerrar los ojos.
3. Inspire suavemente. No hinche excesivamente los pulmones. Espire todo el aire. Repita el ejercicio 3 veces.
4. En la 3ª respiración suelte todo el aire y manténgase sin inspirar el tiempo que pueda. Entonces repita las tres respiraciones suaves y vuelva a retener el aliento al final de la tercera espiración.
5. Para ayudarse a contener la respiración y aguantar sin inspirar durante unos momentos, concéntrese en una imagen mental agradable / placentera.
6. Una vez que haya repetido 5 a 8 veces el ciclo (3 inspiraciones y espiraciones seguido de un periodo de contención de la respiración después de una espiración máxima) sentirá deseo de respirar con normalidad, relajado y somnoliento. Respire entonces suavemente y con normalidad. El sueño le vendrá fácilmente.

ANEXO 25. RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA.

Las claves para realizar correctamente este ejercicio son las siguientes:

- Mantener unos segundos la tensión y observar detenidamente su localización, desde dónde hasta dónde llega la sensación de tensión.
- Aflojar los músculos lo más lentamente posible.
- Sincronizar la respiración con ambos ejercicios, de forma que hay que tomar el aire y aguantarlo mientras se tensa y se acumula la tensión y después hay que soltarlo muy lentamente, a la vez que se aflojan los músculos, también muy despacio, como “a cámara lenta”.
- Focalizar la atención en el grupo muscular y en las sensaciones de tensión y de relajación mientras se trabaja con cada uno de ellos.

RECOMENDACIONES:

- Debe realizarse en un lugar tranquilo, cómodo, con luz tenue y sin demasiado ruido. El paciente debe asegurarse previamente que nadie le moleste durante la realización del ejercicio.
- Despejar la mente de todas las preocupaciones o pensamientos perturbadores, y dejarla clara y en calma. Si éstos aparecen durante la relajación, no se deben detener sino dejar que floten suavemente a través de la mente hacia fuera.
- Adoptar una postura favorecedora de la relajación

- Si se practica tumbado, ponerse boca arriba, con las piernas ligeramente separadas, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, las manos con las palmas mirando al cuerpo o hacia arriba. Buscar al mismo tiempo una postura cómoda para el cuello.
- Si se practica sentado: inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás, separar un poco las piernas y apoyar suavemente las manos en las rodillas.

PROCEDIMIENTO

Los pasos básicos de la relajación son los siguientes:

- Tensar 7-10 segundos.
- Relajar 15-20 segundos (Basta con soltar la tensión de los músculos y permitirles que se relajen).

NOTA: Es necesario que concentrarse primero en la tensión como algo desagradable y después en la relajación que se produce como algo agradable.

A continuación, se aplicará este procedimiento para cada uno de los grupos musculares del cuerpo que se citan a continuación en el siguiente orden:

- Frente y cuero cabelludo: Tensar la frente subiendo las cejas hacia arriba, y relajar concentrándose en todo momento en la relajación.
- Ojos: cerrar, apretarlos fuertemente, y relajar.
- Nariz: Tensar la nariz subiéndola un poco hacia arriba , y relajar.

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

- Boca: Tensar la boca apretando los labios uno contra otro haciendo una sonrisa forzada, de modo que las mejillas estén tensas y rígidas. Concentrarse en la relajación dejando los músculos sueltos y sin tensión.
- Mandíbula: apretar los dientes fuertemente mientras la tensión se generaliza a los músculos laterales de la cara, hasta las sienes. Mantener la tensión unos segundos. Lentamente, disfrutando, intentar bajar al máximo la tensión, sintiendo la distensión muscular. Separar los dientes y entreabrir la boca, intentando relajarse siempre un poco más. Relajar la mandíbula.
- Lengua: presionar la lengua contra el paladar superior de la boca, y relajar, dejándola flotar dentro de la boca o suavemente apoyada sobre el paladar.
- Cuello: evitar movimientos bruscos que puedan producir mareo o malestar.
 - Si se padecen problemas cervicales serios, hacer el ejercicio imaginando que se intenta esconder el cuello entre los hombros, como si fuese una tortuga; después relajarlo lentamente.
 - Si no se padece problemas cervicales, los músculos del cuello se tensarán y relajarán en dos momentos.
- Lengua. La punta de la lengua debe presionar el paladar, con fuerza y hacia arriba, para tensar los músculos de la parte baja de la boca, lengua y cuello. Para relajarse, hay que dejarse llevar suavemente, tomando consciencia de la distensión, dejando la lengua suelta hasta que repose en el fondo de la boca.
- Cuello. Este ejercicio es complementario del anterior. Se trata de apretar y tensar el cuello con fuerza interiormente. Aguantar unos segundos. Después soltar poco a poco y extender la relajación a toda su cara..

- Hombros: levantarlos como si tratara de tocar sus orejas con ellos y relajar.
- Manos: apretar los puños y relajarlos abriendo las manos muy lentamente.
- Antebrazo: doblar las muñecas hacia arriba: con los puños cerrados, como si se estuviera tratando de tocar la parte interior del brazo. A la vez doblar el codo en ángulo recto. Observar la tensión. Después, relajar el antebrazo y las manos lentamente volviendo a la posición de partida.
- Brazos: elevar el brazo hacia arriba y atrás con los puños cerrados y el codo doblado, y relajar muy despacio, como a cámara lenta, desde el hombro hasta la punta de los dedos de las manos.
- Pecho: respirar hondo para inflar los pulmones. Mantener el aire, exhalarlo lentamente y relajarse (puede contarse a medida que lo hace).
- Abdomen - tensar el abdomen apretando los músculos, como si se tuviese que pasar por un lugar estrecho. Después relajarlo cómodamente.
- Espalda: elevar los brazos, doblándolos ligeramente por el codo y presionando con estos el suelo, notando que se acercan las paletillas. Volver a la posición original lentamente, bajando los brazos y moviendo ligeramente las paletillas, aflojando la espalda hasta el final de la columna.
- Nalgas: apretar las nalgas sobre la silla o el suelo, y relajar.
- Muslos: mientras se está sentado, empujar los pies firmemente en el suelo y relajar. Si se está tumbado, elevar ambas piernas, primero una y después la otra, unos centímetros por encima del suelo, con los dedos de los pies hacia delante, como si se quisiera tocar una pared imaginaria enfrente.

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

- Pantorrillas: acercar las puntas de los pies hacia las espinillas, mantener unos segundos la tensión, observar y relajar.
- Pies: estando tumbado o sentado en el suelo con las piernas estiradas, arquear suavemente los dedos hacia abajo, como para tocar el suelo, y relajar.

OBSERVACIONES:

- Cada vez que se relaje un grupo de músculos, comparar cómo se siente cuando está relajado en comparación a cuando está tenso.
- Al finalizar el ejercicio, respirar lentamente unos minutos disfrutando de la sensación de relajación.
- Practicar una o dos veces al día durante al menos ocho semanas.
- Durante el día, tratar de relajar los músculos específicos siempre que note que se tensan.

ANEXO 26. MODELO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD

IMPRESO DE SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA EL PROGRAMA DE SALUD 2016

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA EL PROGRAMA A REALIZAR – AÑO 2016

ASOCIACIÓN / ENTIDAD:

N.I.F./C.I.F.:

PROGRAMA PARA EL QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN:

CANTIDAD SOLICITADA _____ euros

Esta parte de la solicitud (desde esta hoja hasta el final del documento) debe aportarse por cada uno de los programas que se presenten.

PROGRAMA A REALIZAR

Nombre del programa:

Análisis de la situación: justificación del programa; necesidades en salud que aborda.

Objetivos:

Población diana (cuantificar nº grupos y/o individuos participantes, beneficiarios, etc.):

Actividades a desarrollar (descripción detallada, número, contenido, metodología, diseño, tiempos ...):

Calendario previsto para el desarrollo del programa:

PROGRAMA DE DEPRESCRIPCIÓN DE BENZODIAZEPINAS

RECURSOS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

Propios de la asociación/entidad Con cargo a la ayuda solicitada

1.- Humanos

- Remunerados:
- Voluntariado:

Propios de la asociación/entidad Con cargo a la ayuda solicitada

2.- Materiales

Método de evaluación de los objetivos y actividades del programa

Indicadores (especifique con detalle el sistema de obtención de los indicadores):

Cualitativos:

Cuantitativos:

PRESUPUESTO DEL PROGRAMA

1.- Gastos de personal:¹	Financiación por la asociación/entidad	Financiación a subvencionar
Concepto		
2. Gastos de material fungible:²		
Concepto		
3.- Gastos de funcionamiento:³		
Concepto		
4.- Otros gastos:		
Concepto		
	TOTAL	euros

¹ Especificar si el personal trabaja a jornada completa o a tiempo parcial (en este caso el nº de horas). Incluir los gastos de seguridad social.

² Material fungible indispensable para la realización de determinados programas.

³ Alquiler de locales, electricidad, teléfono, agua, etc.

ANEXO 27. AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

Don/Doña: _____

con D.N.I. _____; con _____ años de edad:

He sido correctamente informada sobre el “Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas”, de su aprobación, estructura, actividades y metodología.

He podido formular las preguntas necesarias para solventar mis dudas.

He hablado con Don/Doña _____

con nº de colegiación _____, máxima responsable del programa.

Comprendo que la participación en el programa es voluntaria y acepto las características y riesgos de dicho programa.

Doy mi autorización para participar, para almacenar mis datos en la base de datos del centro _____, manteniendo así la confidencialidad.

Firma de la participante. Firma de la Enfermera Responsable

Fdo: _____ Fdo: _____

El “Programa de Deprescripción de Benzodiazepinas” está aprobado por la Consejería de Salud del Gobierno de Navarra, por los coordinadores del Centro de Salud de Atención Primaria y de la Escuela de Pacientes el ISPLN y por el gerente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra.

Le agradeceríamos enormemente su colaboración en este proyecto que nos beneficia a todos. Muchas Gracias