



UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Trabajo de fin de grado

2023

Combinación de Benzodiacepinas y Opiáceos en el paciente anciano, y el proceso de deprescripción

Combination of Benzodiazepines in the elderly patient,
and the deprescription process



Alumno: Mario Del Pozo López

Tutor: Álvaro Marcelino Díaz Martínez

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
1.1. Justificación de la elección del tema	5
1.2. Objetivos	5
1.3. Descripción de los capítulos.....	5
METODOLOGÍA	5
Estrategia de búsqueda de información.....	5
CONTENIDO	6
CAPITULO I. UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA.....	6
CAPITULO II. Epidemiología de Opiáceos y Benzodiacepinas.....	8
1. Epidemiología de las Benzodiacepinas	8
2. Epidemiología de los Opiáceos	9
CAPITULO III. Farmacología: Benzodiacepinas, opiáceos y el uso concomitante de ambos	10
1. Farmacología de las Benzodiacepinas (BZP)	10
1.1. Clasificación	10
1.2. Mecanismo de acción	10
1.3. Indicaciones	11
1.4. Contraindicaciones e interacciones.....	11
1.5. Efectos adversos	11
2. Farmacología de los Opiáceos.....	12
2.1. Clasificación	12
2.2. Mecanismo de acción	12
2.3. Indicaciones	12
2.4. Contraindicaciones e interacciones	12
2.5 Efectos adversos	13
3. Uso concomitante de BZP y opioides	13
CAPITULO IV. La importancia de la Deprescripción	14
1. Importancia de la deprescripción: especialmente en ancianos	15
2. ¿Cuándo debemos deprescribir?	15
3. Métodos.....	16
❖ Criterios Beers	16
❖ Criterios IPET (Improved Prescribing in Elderly Tool):	16
❖ Criterios STOPP/START.....	16
❖ Listado PRISCUS:	16
4. Deprescripción de Opiáceos y BZP	16
5. Diferentes profesionales.....	17
CAPITULO V. El papel de enfermería en la deprescripción	18
CONCLUSIÓN	19
BIBLIOGRAFÍA	20

RESUMEN

El aumento de la longevidad de la población a nivel global y de la polifarmacia en el paciente anciano se ha convertido en un problema de salud pública prioritario, esto se debe al riesgo que tienen las personas polimedizadas de sufrir efectos adversos e interacciones farmacológicas.

Un ejemplo es el uso concomitante de benzodiacepinas y opiáceos, el cual presenta importantes riesgos que pueden comprometer la vida del paciente. Esta combinación cada vez es más frecuente tanto en España como a nivel global y existe una baja conciencia, entre los profesionales de la salud, del riesgo que supone.

Es importante valorar la situación clínica del paciente periódicamente, especialmente en el paciente anciano, y ajustar la medicación mediante la deprescripción siempre que sea necesario. Para ello es recomendable una intervención multidisciplinar, por parte de profesionales formados adecuadamente que puedan identificar factores de riesgo y anticiparse a las complicaciones potenciales, además de una concienciación social sobre la problemática que supone el consumo inadecuado de la medicación.

Palabras Clave: Polifarmacia, Anciano, Benzodiacepinas, Opiáceos, Deprescripción, Enfermería.

ABSTRACT

The increase in the longevity of the population at a global level and polypharmacy in the elderly patient has become a priority public health problem, this is due to the risk that polymedicated people have of suffering adverse effects and drug interactions.

An example is the concomitant use of benzodiazepines and opioids, which presents significant risks that can compromise the patient's life. This combination is becoming more frequent both in Spain and globally and there is little awareness, among health professionals, of the risk it entails.

It is important to assess the clinical situation of the patient periodically, especially in the elderly patient, and adjust the medication by deprescribing whenever necessary. For this, a multidisciplinary intervention is recommended, by properly trained professionals who can identify risk factors and anticipate potential complications, as well as social awareness of the problems involved in the inappropriate use of medication.

Keywords: Polypharmacy, Elderly, Benzodiazepines, Opioids, Deprescription, Nursery.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, tanto en Europa como en España, se ha observado un incremento en el número de personas de edad avanzada, además de un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, lo que supone que la comorbilidad y por lo tanto la polifarmacia sean un problema prioritario para el Sistema Nacional de Salud. Este factor es pasado por alto en numerosas ocasiones por parte del personal sanitario y, lejos de ser eliminado, presenta una tendencia al alza en la actualidad.

Un paciente se considera que está polimedicado cuando toma 5 o más medicamentos diariamente, hayan sido prescritos por un profesional o adquiridos libremente. El paciente anciano, habitualmente pluripatológico, es el más susceptible de sufrir los efectos de la polifarmacia, además, existe un incremento del riesgo en aquellas personas que son atendidas por varios profesionales diferentes, algo común en este tipo de pacientes.

La utilización de fármacos en el paciente anciano obtiene numerosos beneficios, sin embargo, si estos se toman de manera inapropiada o excesiva puede llevar a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el Sistema Sanitario.

A nivel de clínica, la polifarmacia supone un incremento de las reacciones adversas a medicamentos y de interacciones farmacológicas entre ellos, además, está relacionada con un mayor riesgo de hospitalización del paciente, así como con una menor adherencia al tratamiento.

A nivel económico, supone un gasto innecesario para el paciente y para la sociedad, también supone un uso mayor de recursos humanos al incrementar el número de consultas y cuidados que recibe el paciente o que podría recibir en caso de sufrir alguna reacción adversa a su medicación.

Un ejemplo, en el que se centrará este trabajo, es el uso concomitante de Opiáceos y Benzodiacepinas cuya prescripción está incrementando en las últimas décadas. Cabe destacar que la mayor parte de los pacientes que tienen prescritos ambos tipos de fármacos, son pacientes ancianos.

A los posibles efectos adversos de estos fármacos por separado se le añaden aquellos producidos por el uso simultáneo de ambos, entre las consecuencias que puede tener en los pacientes esta práctica se encuentra un aumento considerable del riesgo de muerte por sobredosis.

Para evitar los posibles efectos de la polifarmacia mencionados anteriormente es importante la revisión sistemática de la medicación prescrita, además de una correcta optimización de aquellos medicamentos indicados para el paciente. Para ello, es importante destacar una herramienta de gran utilidad, la Deprescripción, esta se define como el proceso de retirar un medicamento inapropiado, bajo la supervisión de un profesional sanitario, con el objetivo de controlar la polifarmacia y mejorar los resultados terapéuticos. Esta práctica no se reduce tan solo al paciente polimedicado, pero su uso tiene una mayor importancia en el paciente anciano con numerosos fármacos prescritos.

Su uso se debe llevar a cabo en diferentes situaciones: Interacciones farmacológicas entre medicamentos, reacciones adversas severas, fármacos no indicados según la evidencia científica actual, duplicidad de dos medicamentos, presencia de enfermedades terminales o expectativa de vida menor al tiempo indicado de tratamiento.

Para la Deprescripción es importante la actuación en conjunto de los diferentes profesionales que componen el equipo sanitario. Este trabajo se centrará en el papel del profesional de enfermería en el proceso de deprescripción y la prevención de la polifarmacia.

1.1. Justificación de la elección del tema

Se tratará de abordar un tema de gran relevancia en la sociedad actual, en un contexto sanitario donde el porcentaje de personas en edad avanzada es cada vez mayor.

La polifarmacia en el paciente anciano es un tema ampliamente tratado por la comunidad científica a nivel mundial, por lo que debido a su gran importancia e interés este trabajo tratará de analizar la información existente y profundizar en el tema haciendo énfasis en la combinación de dos tipos de fármacos: Las Benzodiacepinas y los Opioides.

Prevenir y paliar los efectos de la polifarmacia es algo fundamental en el ámbito hospitalario y su importancia aumentará durante las próximas décadas. Para ello es necesario la colaboración de los diferentes profesionales sanitarios, en este caso, se analizarán las diferentes estrategias que se deben seguir por parte del personal de enfermería. Poniendo en valor la necesidad e importancia de realizar intervenciones enfermeras en la práctica diaria encaminadas en reducir la polifarmacia y sus efectos al mínimo necesario.

1.2. Objetivos

Objetivo general: Analizar los efectos de la prescripción combinada de opiáceos y benzodiacepinas y el papel de enfermería en el proceso de Deprescripción.

Objetivos específicos:

1. Definir los términos de Polifarmacia y Deprescripción.
2. Identificar las principales consecuencias del uso prolongado de Benzodiacepinas, opiáceos y el uso concomitante de ambos.
3. Analizar los beneficios y la importancia de la revisión de la medicación prescrita y la deprescripción, especialmente en el paciente anciano.
4. Identificar las actividades de enfermería necesarias para aplicar una correcta deprescripción.

1.3. Descripción de los capítulos

Para tratar el tema elegido se ha estructurado el trabajo en cinco capítulos principales.

El primero trata de analizar el crecimiento de la población anciana en la actualidad y algunas de sus consecuencias, el segundo capítulo trata la epidemiología de Opioides, Benzodiacepinas y su uso combinado en la sociedad actual, y el tercer capítulo explica este tipo de medicamentos desde el punto de vista farmacológico.

El cuarto pone el enfoque en la deprescripción, definiendo sus principales características, su importancia y diferentes métodos de aplicarla. Por último, el quinto capítulo explica el papel de enfermería en el proceso de deprescripción y su importancia.

METODOLOGÍA

Este trabajo se fundamenta metodológicamente en una revisión crítica de la literatura científica actual, utilizando referencias de libros, publicaciones y artículos sobre la combinación de benzodiacepinas y opiáceos, la polifarmacia en el paciente anciano y la deprescripción.

Estrategia de búsqueda de información

La estrategia de búsqueda de información se plasma en la siguiente tabla (**tabla 1**).

Tabla 1. Estrategia de búsqueda	
Palabras Clave	Enfermería (Nursing), Polifarmacia (Polypharmacy), Benzodiacepinas (Benzodiazepines), Opiáceos (Opioids), Deprescripción (Deprescription)
Bases de Datos	Bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud como: • PUBMED - Medline (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/) • BMC (BMC, research in progress (biomedcentral.com)) • Science Direct (https://www.sciencedirect.com/) También se utilizó el buscador genérico de Google Académico https://scholar.google.es
Operadores Booleanos	Para establecer la búsqueda se han utilizado los operadores “AND” y “OR” principalmente.
Fecha de Publicación	Artículos publicados a partir del año 2010.
Idioma de Publicación	Artículos en inglés y en español

Mediante un proceso de búsqueda exhaustivo se encontraron 71 artículos que cumplían los criterios, algunos de estos artículos fueron desechados para utilizar aquellos que se ceñían específicamente a las diferentes partes del trabajo. Finalmente se utilizaron un total de 49 fuentes de información para la redacción del trabajo.

CONTENIDO

CAPITULO I. UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico que se refiere al aumento de la proporción de personas mayores en una población. Este fenómeno se ha venido produciendo en todo el mundo, especialmente en los países desarrollados, como resultado de diversos factores, entre los que se incluyen la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida.

En países como Estados Unidos, Japón y varios países europeos, la proporción de personas mayores de 65 años ha aumentado significativamente en las últimas décadas. En Reino Unido, por ejemplo, el porcentaje de población por encima de los 65 años era del 18%, en comparación con el 15,8% que representaban en 1991 y se prevé que continúe incrementando, llegando incluso al 26% en 2016 (O’Mahony & Parbhoo, 2020). En España, la proporción de este grupo ha pasado de ser del 16,8% en 2010 al 19,6% en 2020 (García Pliego et al., 2022), además, se espera que sea cada vez mayor durante las próximas décadas, especialmente en la población mayor de 85 años (**figura 1**) (EUROSTAT, 2020).

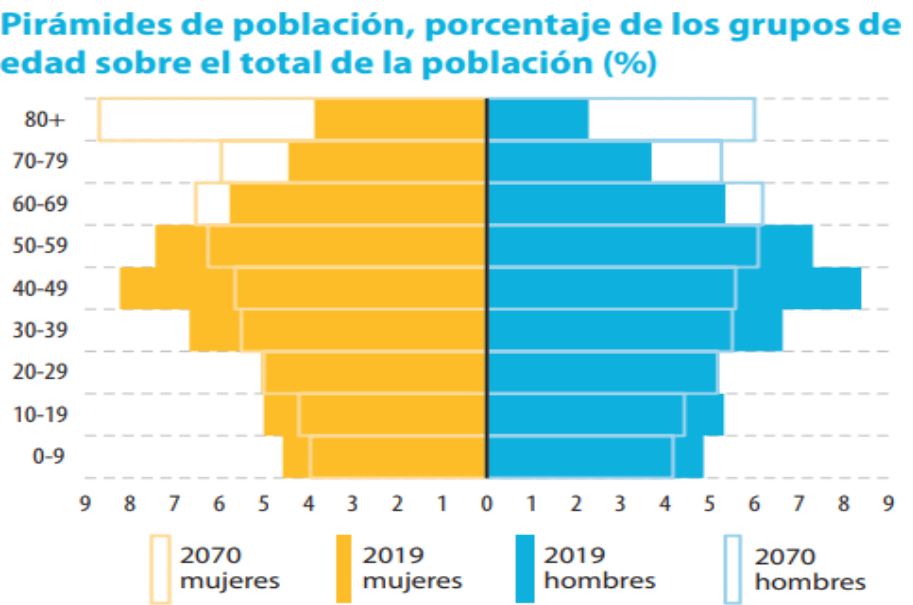


Figura 1. Pirámide de población empadronada en España 2020. Tomado de (EUROSTAT, 2020).

Esta situación conlleva importantes consecuencias para nuestra sociedad, a nivel socioeconómico, supone una escasez de jóvenes en edad de trabajar para mantener la economía, al aumentar más rápido la franja poblacional que depende de la seguridad social que aquellos trabajadores que aportan económicamente a la misma, puede llevar a una disminución de la producción y de la estabilidad económica del país.

Además, el envejecimiento de la población puede tener un impacto en la estructura familiar, ya que, al aumentar la proporción de personas ancianas dependientes, muchas familias no podrán hacerse cargo de sus familiares. Esto desemboca en un aumento en la demanda de cuidado profesional y de cuidadores formales, lo que a su vez conlleva una sobrecarga financiera para las familias.

En el ámbito sanitario, se produce un aumento de un perfil de paciente, el paciente geriátrico, se entiende como aquel sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Frecuentemente se le asocian problemas cognitivos o afectivos y la necesidad de recursos sociosanitarios (Martín-Sánchez et al., 2010).

También se puede establecer como anciano frágil siguiendo los criterios de fragilidad de Fried (**tabla 2**).

Tabla 2. Criterios de Fragilidad de Linda Fried

Pérdida de peso no intencionada 5 kilogramos o bien >5% del peso corporal en el último año.
Debilidad muscular Fuerza prensora <20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y por índice de masa corporal.
Baja resistencia-cansancio Autorreferido por la misma persona e identificado por dos preguntas de la escala CES-D. (<i>Center Epidemiological Studies-Depression</i>)
Lentitud de la marcha Velocidad de la marcha, para recorrer una distancia de 4,5 m <20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y altura.
Nivel bajo de actividad física Cálculo del consumo de calorías semanales por debajo del quintil inferior ajustado por sexo.
La presencia de 3 ó más de estos criterios nos indica fragilidad.

Tomado de (Martín-Sánchez et al., 2010).

En cuanto a la polifarmacia, esta puede definirse de varias maneras, como el consumo de 5 o más medicamentos. Al menos uno de cada tres mayores cumple este criterio en España, asociándose la polifarmacia al sexo femenino y a mala percepción de salud, también se puede explicar como el uso de más fármacos de los que esta correctamente indicado, entonces ya hablaríamos de polifarmacia evitable (García Pliego et al., 2022).

Este perfil de paciente supone un gasto económico en materia de salud mucho mayor que la media, debido a su pluripatología, los cuidados derivados de esta y a la polimedicación. En EE. UU., tan solo el gasto en cuidados para los pacientes diagnosticados de Diabetes supone 1 de cada 4 dólares del total en atención médica, se estima que el gasto en este aspecto en 2017 fue de 327 mil millones de dólares (Yang et al., 2018). Además, están relacionados con un mayor porcentaje de visitas al servicio de urgencias, así como de ingresos hospitalarios, aumentando la carga asistencial y, por tanto, el gasto de forma indirecta (Martín-Sánchez et al., 2010).

En resumen, el envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico inevitable a corto plazo que tendrá importantes implicaciones en diferentes ámbitos de la sociedad. Es importante que los gobiernos y las sociedades se preparen para enfrentar estos nuevos desafíos y abordarlos de manera adecuada para el bienestar de la población.

CAPITULO II. EPIDEMIOLOGÍA DE OPIÁCEOS Y BENZODIACEPINAS

Los opiáceos y las benzodiacepinas son dos clases de medicamentos psicotrópicos que se utilizan para tratar una variedad de condiciones médicas, como puede ser el dolor crónico o los trastornos de ansiedad. Su uso es amplio a nivel global y la epidemiología varía en diferentes partes del mundo, aunque en líneas generales la prescripción de esta clase de fármacos ha aumentado considerablemente en las últimas décadas.

1. Epidemiología de las Benzodiacepinas

La Benzodiacepinas (BZP) son fármacos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) produciendo sueño, sedación, relajación muscular, alivio de la ansiedad y un efecto tranquilizante. Por ello están indicados y se prescriben como ansiolíticos o hipnóticos.

En Europa su uso ha crecido durante los últimos años, especialmente entre los pacientes ancianos, en la actualidad un 27,7% de las personas que viven en residencias de ancianos en Europa tienen prescrita al menos una BZP (Lukačšínová et al., 2021). En Estados Unidos se estima que aproximadamente a 1 de cada 25 adultos se le receto al menos una BZP (Goldschen-Ohm, 2022).

A nivel nacional, ha habido un aumento progresivo en la pauta de BZP en recetas oficiales, situándose la DHD (dosis diaria definida por 1000 habitantes y día) en 93,3. Los cuatro principios activos más prevalentes son, de mayor a menor, el Lormetazepam, Lorazepam, Alprazolam y el Diazepam. (AEMPS, 2021; Vicente Sánchez et al., 2013).

Como se observa en la **figura 2** existe un aumento en cuanto a su uso durante las últimas dos décadas, el cual se dispara en el año 2019 coincidiendo con la pandemia de Covid-19 cuando se produjo un aumento en la prevalencia de trastornos mentales como el trastorno de ansiedad el cual aumentó un 25,6% a nivel mundial (Santomauro et al., 2021). Las Benzodiacepinas de carácter ansiolítico suponen más del 80% del total de las recetas de fármacos de este tipo, sin embargo, el aumento en la prevalencia se ha producido tanto en ansiolíticos como en hipnóticos, en un 27,1% y 61,9%, respectivamente entre los años 2006 y 2015 (García et al., 2018).

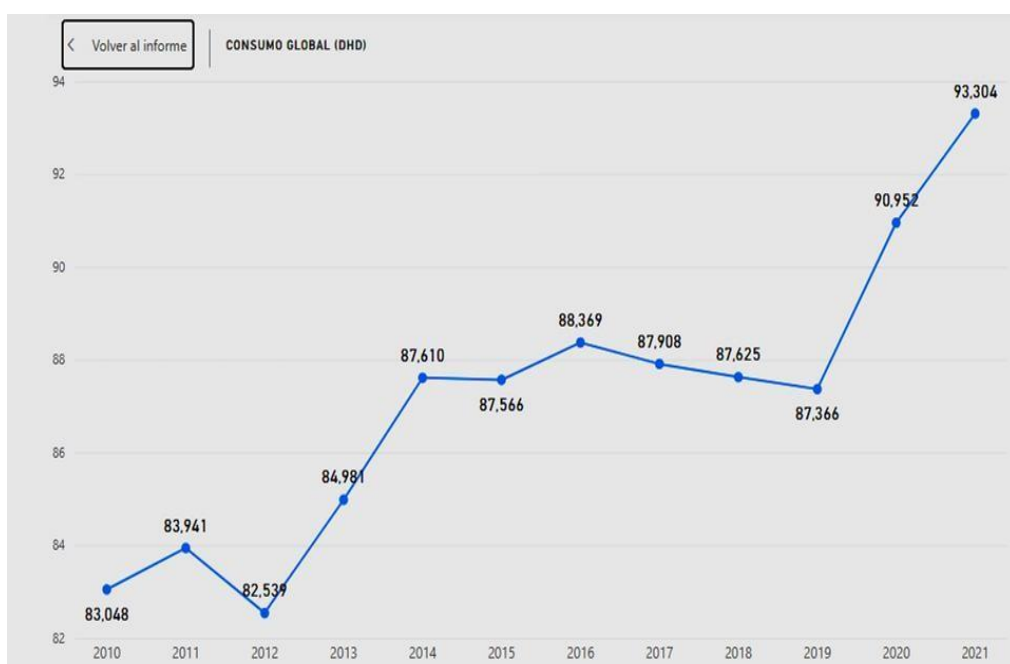


Figura 2. Consumo global de ansiolíticos e hipnóticos en España. Consultado en (AEMPS, 2021).

2. Epidemiología de los Opiáceos

Los opiáceos son fármacos que actúan sobre el SNC y tienen un efecto analgésico, se utilizan principalmente para el tratamiento del dolor crónico de moderado a intenso. Su uso es cada vez mayor y más extendido en diferentes zonas de todo el mundo.

Uno de los países en los que más se habla sobre el uso de opiáceos y donde se está tratando de concienciar acerca de su estrecha monitorización y peligros de un uso indebido de estos medicamentos, es en Estados Unidos, donde tan solo en 2017 se pautaron 191 millones de fármacos de este tipo a pacientes estadounidenses. Los más comúnmente prescritos son la Metadona, Oxycodona y la Hidrocodona (Centers of Disease Control and Prevention [CDC], 2022).

La mayoría de estas prescripciones se indicaron para el dolor, pero se ha demostrado un uso inadecuado de este tipo de medicaciones llegando incluso a superar los 10 millones de pacientes que admitieron haber consumido de manera irregular en el último año opiáceos que tenían prescritos (SAMSHA, 2019). El problema del uso de este tipo de fármacos está en su gran potencial adictivo, debido a este se ha llevado a cabo una campaña a nivel nacional en contra del abuso de los opiáceos, ya que tan solo entre 2019 y 2020 las muertes por sobredosis por esta clase de productos han aumentado un 30% y se ha multiplicado por 5 desde 1999, las causadas por opiáceos con prescripción médica también han sufrido un aumento del 17% durante ese periodo. Es por esto, que es un tema de gran relevancia actualmente en el país americano (Centers of Disease Control and Prevention [CDC], 2022).

En cuanto a España, el consumo global de fármacos opiáceos, según recetas oficiales, ha incrementado progresivamente durante las dos últimas décadas, situando la DHD en 20,86 en 2021 (**figura 3**). Estos pueden ser pautados combinados con otros analgésicos de diferente clase o en solitario, los principios activos más comunes en nuestro país son: El Tramadol (combinado con Paracetamol), Tramadol (en solitario), Fentanilo y la codeína (combinado con paracetamol) (AEMPS, 2021).

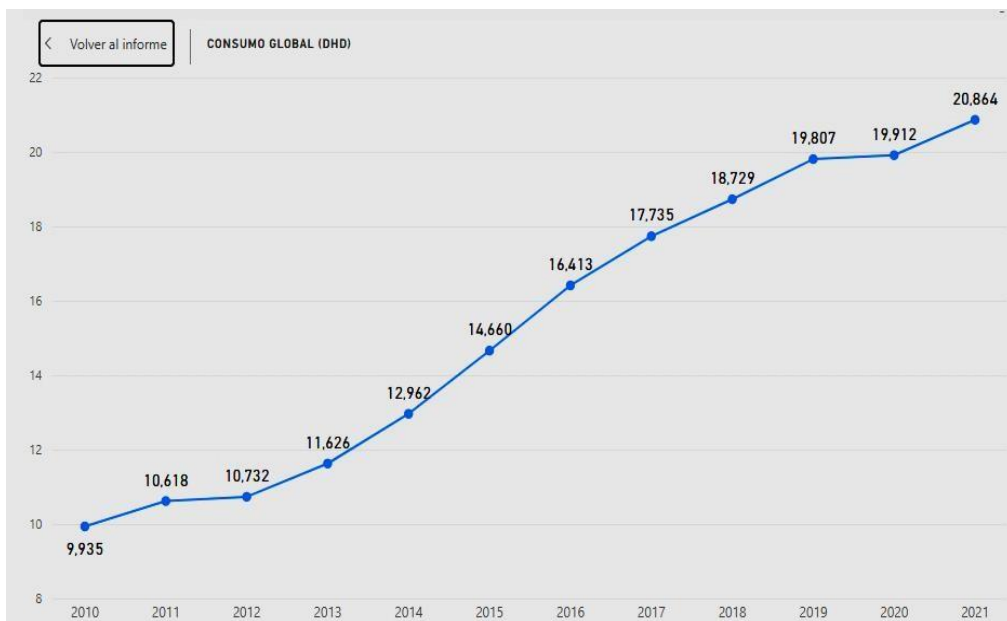


Figura 3. Consumo global de fármacos opioides en España. Consultado en (AEMPS, 2021).

CAPITULO III. FARMACOLOGÍA: BENZODIACEPINAS, OPIÁCEOS Y EL USO CONCOMITANTE DE AMBOS

1. Farmacología de las Benzodiacepinas (BZP)

Las BZP son un grupo de psicofármacos sintéticos que se utilizan para tratar una variedad de condiciones, como son la ansiedad, el insomnio, los espasmos musculares o las convulsiones. Estos medicamentos actúan sobre el SNC reduciendo la actividad neuronal y produciendo efectos sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Actualmente existe una gran variedad de BZP para uso médico, con diferencias en cuanto a su potencia, vida media, velocidad de acción y posibles efectos adversos, entre los más comunes se incluyen el Diazepam (valium), el Lorazepam, el Clonazepam (rivotril), el Alprazolam (trankimazin o xanax) o el Bromazepam (lexatin).

1.1. Clasificación

Las BZP se pueden clasificar en función de diferentes aspectos. Teniendo en cuenta el tipo de acción y la vida media del fármaco, podemos encontrar:

- ✚ BZP principalmente ansiolíticas
 - Vida media prolongada (>24 h): Diazepam ($t_{1/2}$ 50 h), Bromazepam ($t_{1/2}$ 8-32 h), Cloxazolam ($t_{1/2}$ 72 h), etc.
 - Vida media intermedia (<24 h): Lorazepam ($t_{1/2}$ 14 h), Oxazepam ($t_{1/2}$ 14 h), Alprazolam ($t_{1/2}$ 12 h), etc.
- ✚ BZP principalmente hipnóticas
 - Vida media prolongada (>24 h): Nitrazepam ($t_{1/2}$ 26 h), etc.
 - Vida media intermedia (<24 h): Flunitrazepam ($t_{1/2}$ 15 h), Lormetazepam ($t_{1/2}$ 15 h), etc.
 - Vida media Corta (<6 h): Midazolam ($t_{1/2}$ 1,9h +/- 0,6h), Quazepam ($t_{1/2}$ 6 h), etc.

1.2. Mecanismo de acción

En cuanto a su mecanismo de acción, se unen a los receptores de ácido gamma-aminobutírico (GABA) concretamente a los receptores GABA_A del SNC, haciendo que la neurona se vuelva menos susceptible a los estímulos activadores (menos excitable) y produciendo un estado de inhibición neuronal. Esto desemboca en una sensación de relajación y calma a nivel físico y neurológico en la persona que lo consume (Rosas-Gutiérrez et al., 2013).

1.3. Indicaciones

Las BZP se utilizan para tratar una variedad de afecciones, su uso más común es como tratamiento de trastornos de ansiedad y como hipnótico para el tratamiento del insomnio. También pueden ser recetadas como sedantes en la práctica anestésica y en cuidados intensivos o algunos tipos como el Clonazepam principalmente, indicado para combatir la epilepsia crónica debido a su acción como anticonvulsivante y miorrelajante (Boussofara & Raucoules-Aimé, 2019).

1.4. Contraindicaciones e interacciones

Existes contraindicaciones para su uso en algunos casos, así como interacciones con otros fármacos y sustancias que desaconsejan el consumo de BZP:

En pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) debido al peligro de posibles apneas nocturnas y una disminución de la capacidad ventilatoria, personas con insuficiencia hepática ya que puede darse una acumulación de BZP o pacientes con miastenia por su acción como miorrelajante (Boussofara & Raucoules-Aimé, 2019).

No se debe prescribir BZP en personas con hipersensibilidad conocida o sospecha de alergia a los medicamentos de esta clase y también se deben evitar en mujeres embarazadas, ya que pasa a través de la placenta y pueden causar malformaciones congénitas y síndrome de abstinencia neonatal (Álvarez et al., 2019). En cuanto a las interacciones, se plasma a modo de resumen en la siguiente **tabla 3**.

Tabla 3. Interacciones medicamentosas de las BZP

FARMACOCINÉTICAS	Aumentan la concentración de BZD	Digoxina ISRS Isoniazida Ketoconazol Omeprazol Betabloqueantes Anticonceptivos
	Disminuyen la concentración de BZD	Antiácidos Carbamazepina Levodopa Caféina Tabaco
FARMACODINÁMICAS	Aumentan efectos depresores	Antidepresivos Neurolépticos Anticonvulsivantes Antihistamínicos Opiáceos Alcohol

Tomado de (Domínguez et al., 2016).

1.5. Efectos adversos

Los efectos colaterales más graves de las BZP están relacionados con el consumo prolongado de estas y algunos de ellos pueden persistir incluso tiempo después de su deprescripción.

Entre los más importantes se encuentra el deterioro cognitivo y psicomotor, en pacientes con un uso prolongado de BZP se ha demostrado alteraciones en la memoria, embotamiento emocional y amnesia. Estos síntomas varían en función de la dosis y el tiempo de consumo, y se debe poner especial atención en pacientes ancianos quienes son más susceptibles de sufrir estos efectos). Lo efectos adversos a nivel cognitivo pueden persistir incluso 6 meses tras la interrupción de las BZP (Álvarez et al., 2019).

La inestabilidad es otro factor para tener en cuenta, se produce un aumento de hasta el 50% en caídas con fractura de cadera en pacientes que toman BZP

habitualmente, especialmente cuando se consume junto con otros medicamentos como antihipertensivos o antidepresivos (Domínguez et al., 2016; Lader, 2014).

El uso de hipnóticos a largo plazo también se relaciona con un aumento de la mortalidad, en parte por la depresión respiratoria que pueden experimentar los usuarios de BZP, cuyo riesgo puede ser fatal si se consume junto con otros depresores del SNC como el alcohol o los opioides (Lader, 2014).

2. Farmacología de los Opiáceos

Los opiáceos son un grupo de fármacos analgésicos potentes que actúan sobre los receptores opioides del SNC. Estos fármacos se utilizan comúnmente para el alivio del dolor moderado a severo, aunque también tienen efectos sedantes y eufóricos que los hacen susceptibles de abuso.

Los opiáceos derivan del opio, una sustancia natural que se encuentra en la adormidera o planta del opio (*Papaver somniferum*). El opio contiene alcaloides muy concentrados, entre los cuales encontramos la morfina, la codeína y la tebaína. Otros opiáceos ampliamente conocidos en la actualidad son la Heroína, la Oxycodona, la Hidrocodona, el Fentanilo o el Tramadol (Divins, 2012).

2.1. Clasificación

Analgésicos opiáceos (u opioides) pueden ser naturales como la Morfina o sintéticos como el Fentanilo, aunque se suelen clasificar en función de la interacción de estos con los receptores del SNC, de esta forma podemos encontrar (Divins, 2012):

- ✚ Agonistas puros: Este grupo se considera altamente adictivo, entre ellos se incluye la Morfina, el Fentanilo, la Metadona, la Codeína, el Tramadol, etc.
- ✚ Agonistas-antagonistas: Pentazocina, Nalbufina, Butorfanol y Dezocina.
- ✚ Agonistas parciales: Buprenorfina
- ✚ Antagonistas puros: Sin actividad farmacológica propia pero capaces de antagonizar los efectos de los demás. Estos son la Naloxona y la Naltrexon.

2.2. Mecanismo de acción

Este tipo de fármacos pueden ser administrados por diferentes vías (oral, transdérmica, intravenosa...) y liberan su acción al interactuar con los receptores opioides MU (μ), Delta (δ), y Kappa (κ) que se encuentran en las membranas neuronales.

Su acción se basa en la inhibición del SNC como consecuencia de una acción inhibitoria sobre la liberación de los neurotransmisores excitadores. La euforia, y demás acciones sobre el estado de ánimo, se relacionan con la elevación de la actividad dopaminérgica de los agonistas MU (Friedman & Nabong, 2020; Gómez Ayala, 2011).

2.3. Indicaciones

Los opiáceos se utilizan como analgésico, principalmente para el tratamiento del dolor moderado a severo que no responde al tratamiento con otros analgésicos.

En función del tipo de dolor (dolor agudo severo, dolor crónico estable, dolor agudo de menor intensidad...) será de elección un medicamento opioide u otro.

2.4. Contraindicaciones e interacciones

Está contraindicado el uso de estos fármacos en conjunto con opiáceos de otro tipo, además, está contraindicado su uso en pacientes con hipertensión endocraneal o insuficiencia respiratoria. Hay que tener especial precaución en pacientes con insuficiencia renal, hepática o personas ancianas, ya que existe un riesgo de sobredosificación.

En cuanto a las interacciones con otros fármacos, los opiáceos potencian el efecto de otros depresores como los antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, el alcohol o los antihistamínicos.

2.5 Efectos adversos

Existen diferentes reacciones adversas que puede experimentar el paciente ante el uso de opiáceos, estos efectos son más comunes y aumentan a medida que se incrementa la dosis.

Entre los más comunes se encuentran: El estreñimiento, es el síntoma más común y suele ser la causa de abandono del tratamiento, por ello siempre se recomienda seguir una dieta rica en fibra, la ingesta abundante de líquidos y evitar el sedentarismo, aún así, en muchas ocasiones es necesaria la prescripción de laxantes. La náuseas o el picor son efectos colaterales que aparecen comúnmente ante dosis bajas de opiáceos, son fácilmente reversibles mediante medicación o cambiando de opiáceo.

Ante dosis más altas nos encontramos con otros efectos más graves: Depresión respiratoria, más frecuente en pacientes postquirúrgicos que no están acostumbrados a este tipo de fármacos. La sedación puede aparecer y se trata ya sea bajando la dosis del opiáceo, implementando una siesta corta durante el día o administrando cafeína en aquellos pacientes que lo toleren.

Por último, uno de los problemas más graves es la dependencia física, pudiendo producir síndrome de abstinencia ante una interrupción brusca del tratamiento o la administración de un antagonista. Para evitarlo, es necesaria una reducción gradual de la dosis y el seguimiento de cerca por parte del equipo sanitario que asiste al paciente. También puede desarrollar tolerancia al fármaco, por lo que necesitará una dosis mayor para alcanzar el mismo efecto (Cruciani, 2011).

3. Uso concomitante de BZP y opioides

Aunque estos medicamentos se prescriben para el tratamiento de diferentes afecciones, a veces se pueden encontrar juntos en una misma receta. Sobre todo en pacientes ancianos, usualmente polimedicados, quienes habitualmente sufren algún tipo de dolor y tienen diagnosticado trastornos de ansiedad o depresivos. Es importante la monitorización cuidadosa de estos pacientes ya que el uso combinado de BZP y opiáceos puede ser peligroso y aumenta considerablemente el riesgo de sufrir efectos secundarios.

A pesar de los riesgos, la combinación de fármacos de ambos tipos no es algo inusual, en EEUU las tasas de prescripción conjunta entre 2001 y 2013 aumentaron de un 9% al 17% (Donatelli & Sones, 2019). Estudios realizados en residencias de ancianos y en pacientes que han sufrido una sobredosis por opioides, muestran que cerca de un tercio de la población que tiene prescrito un opiáceo como analgésico, tiene o ha tenido prescrito al menos una BZP durante un periodo de tiempo (Huskamp et al., 2022; Park et al., 2015), además, en la mitad de los casos la prescripción de ambos medicamentos se realizó por un mismo profesional, el mismo día (Hwang et al., 2016).

Una de las consecuencias del uso combinado de opiáceos y BZP se produce a nivel pulmonar, debido al efecto depresor sobre el SNC. Los pacientes hospitalizados tratados con al menos un analgésico opioide y una BZP como sedante tienen un riesgo 2 veces mayor de sufrir un paro cardiorrespiratorio en comparación con pacientes tratado con otros fármacos (Izrailtyan et al., 2018). Estos efectos aumentan a medida que lo hace la dosis del fármaco, en el caso de los opiáceos, a dosis bajas no se encuentra una relación sustancial con un mayor riesgo de sufrir depresión respiratoria, ya sea con un consumo aislado o concurrente con otros fármacos (Ekström et al., 2014).

Otra de las consecuencias destacables es el riesgo de caídas con fractura en los pacientes de edad avanzada que consumen estos fármacos. Debido al efecto sedante y relajante muscular de las BZP, potenciado por el consumo de opiáceos al mismo tiempo, se produce un incremento en la prevalencia de caídas con fractura de cadera y en la hospitalización por caída en pacientes mayores de 65 años. Este efecto es más frecuente cuando la dosis del fármaco es mayor o cuando el número

de psicofármacos consumidos por el paciente de forma habitual aumenta (Machado-Duque et al., 2018; Pratt et al., 2014). Sin embargo, según un estudio el aumento en la prevalencia de este tipo de sucesos solamente es significativo al incluir la variable de la edad, en paciente jóvenes no existe un incremento sustancial del riesgo de caídas con fractura al consumir BZP y opioides de forma concomitante, empieza a tener un efecto a partir de los 52 años (Cordovilla-Guardia et al., 2020).

Por último, una de las principales consecuencias del consumo de este tipo de fármacos, la más importante para usuarios jóvenes, se encuentra en el potencial adictivo de estas sustancias que lleva al abuso, ya sea por el uso inadecuado de medicamentos prescrito o por el consumo ilegal de BZP y opiáceos.

En el caso del consumo recreativo, la combinación se debe a dos factores, por un lado, la mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en drogodependientes por lo que pueden tener prescrito BZP como tratamiento de su afección, o debido a que estas amplifican los efectos placenteros de los opiáceos, lo cual es conocido por los usuarios de la Heroína o la Metadona, entre otros (Boon et al., 2020).

La muerte por sobredosis por la utilización de ambos tipos de fármacos se debe principalmente al efecto sinérgico de depresión respiratoria que producen sobre el consumidor. En la siguiente imagen (**figura 4**) se muestra como, en pacientes con seguro médico en EE. UU., existe un aumento en las visitas a urgencias por sobredosis de opiáceos cuando estos se toman de forma combinada con algún tipo de BZP.

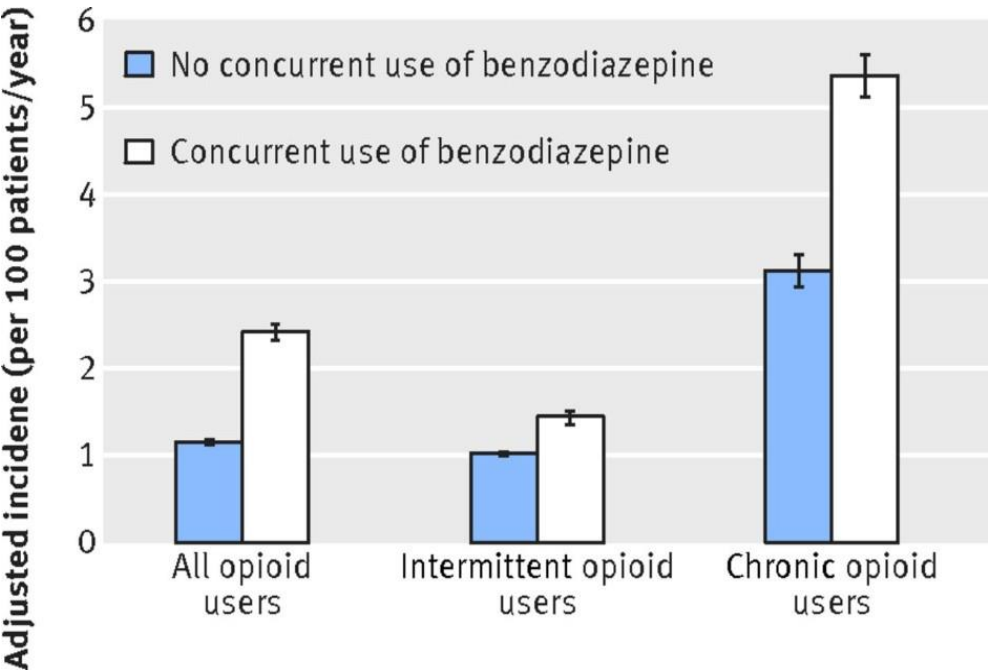


Figura 4. Incidencia ajustada de sobredosis por opiáceos con y sin uso concurrente de benzodiazepinas. Tomado de (Sun et al., 2017).

A pesar de la gravedad y el riesgo de tomar de forma inadecuada este tipo de fármacos, las muertes por sobredosis en personas que han consumido BZP y opiáceos de forma conjunta incrementó un 14% entre 2006 y 2011 (Jones & McAninch, 2015).

CAPITULO IV. LA IMPORTANCIA DE LA DEPRESCRIPCIÓN

La deprescripción se puede definir de diferentes formas, una de ellas que lo explica correctamente es «el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros». Este proceso se ha convertido en una herramienta cada vez más importante en la atención médica ya que muchos pacientes toman más medicamentos de los que

realmente necesitan, lo que puede aumentar el riesgo de sufrir efectos secundarios y complicaciones (Gavilán-Moral et al., 2012).

1. Importancia de la deprescripción: especialmente en ancianos

La deprescripción puede aplicarse con cualquier paciente independientemente del número de fármacos que tenga prescrito, pero es especialmente importante para los pacientes mayores, con frecuencia polimedicado para tratar diferentes afecciones crónicas. La polifarmacia se define como el uso concurrente de 5 o más fármacos ya sean prescritos o adquiridos de forma libre (Rochon et al., 2021). El paciente polimedicado cada vez es más común y en España se ha multiplicado por 3 entre los años 2005 y 2015, en el caso de la polifarmacia excesiva (más de 10 medicamentos), esta ha crecido 10 veces, el incremento se da en todas las franjas de edad, pero especialmente en pacientes mayores de 80 años (Hernández-Rodríguez et al., 2020).

La polifarmacia presenta consecuencias importantes en varios aspectos (Agirrezabala et al., 2012):

- Clínicas: Se produce un incremento en el riesgo de sufrir reacciones adversas e interacciones entre fármacos, disminuye la adherencia al tratamiento, incrementa el riesgo de hospitalización, morbilidad y mortalidad, y se produce un deterioro físico y de la calidad de vida del paciente.
- Éticas: Ausencia de beneficio de alguno de los tratamientos si no se lleva a cabo un correcto seguimiento, daños por los efectos colaterales y deterioro de la relación terapéutica y la confianza del paciente en el sistema sanitario.
- Económicas: Gasto innecesario para pacientes y para la sociedad, gasto indirecto por consultas, hospitalizaciones y asistencia a consecuencia de los efectos adversos de los fármacos.

En el caso del paciente geriátrico, las consecuencias que se dan son mayores debido a las características que los definen. Por un lado, la fragilidad de parte de los ancianos, quienes presentan déficits de salud en diferentes áreas y una mayor multimorbilidad que los hacen más susceptibles a las reacciones adversas de la polifarmacia. También, existe una falta de investigación en estas franjas de edad, ya que en la mayoría de los ensayos clínicos hay un límite superior de edad para los participantes, a pesar de ser los pacientes mayores los usuarios más frecuentes de medicación. Por último, los cambios fisiológicos asociados a la edad en la composición corporal, de los órganos y su funcionamiento, alteran la respuesta de los pacientes al fármaco al alterar la farmacocinética de este, los cambios que más influyen se deben a la reducción del metabolismo hepático y de la eliminación a nivel renal, alterando la concentración de los diferentes medicamentos en el cuerpo del anciano, en comparación con otro tipo de paciente tomando la misma medicación en las mismas condiciones (Page et al., 2016).

2. ¿Cuándo debemos deprescribir?

El proceso de deprescripción implica una evaluación cuidadosa de los medicamentos que el paciente está tomando, con el objetivo de identificar aquellos que ya no son necesarios o que pueden ser reducidos. Para llevar a cabo este proceso correctamente es necesario un seguimiento a lo largo del tiempo, sin embargo, existen situaciones concretas en las que está indicado una revisión de la prescripción y posiblemente la modificación de esta.

En primer lugar, a la hora de prescribir un nuevo fármaco, hay que valorar si este puede interaccionar con otros que tenga prescritos el paciente, ya sea disminuyendo la eficacia o aumentando el riesgo de sufrir efectos colaterales. También observar que no tenga prescrito otro medicamento con el mismo fin para evitar la sobretratamiento farmacológico (García Pliego et al., 2022).

En caso de sufrir reacciones adversas moderadas o severas a algún fármaco, el paciente anciano es más susceptible de sufrir estas reacciones y son más complicadas de identificar como tal, ya que en muchas ocasiones pueden confundirse con nuevos síntomas de sus enfermedades.

También, en pacientes terminales o con una esperanza de vida menor al tiempo que necesita el fármaco para ser efectivo, ya que el beneficio potencial de muchos tratamientos se vuelve limitado.

Por último, se debe valorar su aplicación cuando un paciente mayor sufre una caída, ya que podría estar relacionado con efectos colaterales de uno o varios fármacos, se ha demostrado que la deprescripción reduce hasta en un 24% el riesgo de sufrir caídas posteriores a un primer episodio (Liacos et al., 2020).

3. Métodos

Llevar a cabo un correcto seguimiento de la medicación del paciente es una tarea complicada, por eso existen herramientas a disposición de los profesionales que pueden servir de ayuda en el proceso. Hay diferentes tipos y pueden estar centrados en los fármacos o centrados en el paciente en concreto, algunas de las más utilizadas son (Esteban Jiménez et al., 2018; Garfinkel et al., 2015):

- ❖ **Criterios Beers:** Se compone de una lista protocolizada que incluye 53 medicamentos o clases de medicamentos y los divide en tres bloques diferentes. Una primera lista donde se encuentran fármacos que deben evitarse siempre en pacientes ancianos, la segunda incluye aquellos fármacos que no deben utilizarse en ancianos con determinadas enfermedades, y una última lista compuesta por medicamentos cuya prescripción en pacientes ancianos debe realizarse con precaución.
- ❖ **Criterios IPET (Improved Prescribing in Elderly Tool):** Establece una lista de 14 errores en la prescripción más comunes en la práctica clínica. Se trata de una lista más breve y fácil de interpretar que los criterios Beers, pero identifica menos medicamentos potencialmente inadecuados.
- ❖ **Criterios STOPP/START:** Estos criterios no se centran tan solo en la deprescripción, también en los casos en los que se omite una prescripción potencialmente beneficiosa para el paciente. De esta forma encontramos los criterios STOPP, con una lista de 65 prescripciones potencialmente inadecuadas para un paciente geriátrico, y los criterios START, con una lista de 22 situaciones concretas en las que no se le prescribe un tratamiento que podría ser beneficioso. Además, en las últimas actualizaciones se ha incluido el concepto STOPP-Frail con criterios desarrollados específicamente para pacientes frágiles con una esperanza de vida limitada.
- ❖ **Listado PRISCUS:** De origen alemán, constituye una lista de 83 fármacos potencialmente inapropiados, además de recomendaciones para su seguimiento, adecuación de la dosis o alternativas terapéuticas disponibles.

4. Deprescripción de Opiáceos y BZP

Debido a los posibles efectos adversos que desencadenan este tipo de fármacos, ya sea en conjunto o por separado, es muy importante llevar a cabo una correcta revisión de estas prescripciones y deprescribir en el momento adecuado y de la forma adecuada una vez alcanzado el objetivo terapéutico.

En este clase de medicamentos, muchas veces no se lleva a cabo esta revisión, además, la prescripción no se realiza correctamente. En el caso de las BZP el tiempo de uso recomendado es de entre 2 y 4 semanas debido a la alta tasa de dependencia que produce entre sus usuarios, si se alarga demasiado el tiempo de prescripción, el tiempo de retirada necesario para deprescribir el fármaco aumenta al igual que

los síntomas de abstinencia que puede experimentar el paciente, llegando incluso a necesitar el tratamiento con el fármaco de forma indefinida.

Para una correcta deprescripción se debe realizar una reducción gradual de la dosis para evitar el efecto rebote, el tiempo de deshabituación es variable, puede oscilar entre 2 y 4 semanas o llegar hasta un año dependiendo del tiempo de consumo y del paciente. En ocasiones la retirada resulta muy complicada y se necesita de tratamientos complementarios como la psicoterapia o el uso de medicamentos complementarios (de Larrinaga et al., 2022).

En el caso de los fármacos opioides, si el tiempo de consumo es menor a dos semanas no debería de haber grandes dificultades para su deprescripción, en caso de ser mayor se debería llevar a cabo una reducción escalonada de la dosis, ya que el riesgo potencial de síndrome de abstinencia es elevado. Su mayor problema reside en aquellos pacientes con dolor crónico que no responden al tratamiento con otros fármacos.

Los profesionales sanitarios a cargo de este tipo de pacientes encuentran dificultades o barreras a la hora de deprescribir BZP y opiáceos.

En primer lugar, la variedad de facultativos a los que acuden los pacientes ancianos, debido a sus patologías se pueden encontrar prescripciones de otros médicos que el paciente arrastra desde hace mucho tiempo, lo que supone una falta de control sobre la polifarmacia del paciente. En el caso de los ansiolíticos, existe una falta de recursos en salud mental que hace complicado un seguimiento adecuado de los pacientes con trastornos de ansiedad, de esta manera es difícil ofrecer a estos pacientes otras alternativas a la medicación. Además, cabe mencionar la dificultad de llevar a cabo un análisis de la receta de cada uno de los pacientes, por lo que resulta más cómodo prescribir tratamientos que la interrupción posterior de estos.

Sin embargo, la principal barrera se encuentra en el desconocimiento por parte de algunos profesionales y del paciente de las consecuencias de una prescripción inadecuada en este tipo de medicamentos, mostrándose reticentes a interrumpir su consumo ya que el tratamiento es efectivo y no han sufrido reacciones adversas notables. Por esto es esencial la comunicación con el paciente para llevar a cabo una deprescripción de forma adecuada, educándole sobre sus ventajas y disipando el temor a una reaparición de los síntomas de la enfermedad (Evrard et al., 2022; Niznik et al., 2022).

También se reduce la prescripción inadecuada actuando sobre los profesionales que prescriben, un estudio canadiense comprobó la eficacia de intervenciones educativas, mediante informes personalizados sobre la prescripción correcta de BZP en pacientes ancianos, se enviaron a facultativos con una media de prescripción de este tipo de fármacos muy elevada. Como resultado se obtuvo una reducción de hasta el 50% en la prescripción de dosis altas de BZP a pacientes ancianos (Ashworth et al., 2021).

De esta forma, podemos concluir que para reducir el número de prescripciones no adecuadas de BZP y opiáceos en la actualidad, es necesaria una mayor conciencia social sobre el problema que puede suponer un consumo inadecuado de esta clase de medicamentos, especialmente en pacientes de edad avanzada.

5. Diferentes profesionales

La deprescripción es una técnica que requiere una intervención multidisciplinar, para llevar a cabo el seguimiento del paciente y la polifarmacia adecuado y prolongado en el tiempo. En dicho proceso coexisten diferentes profesionales sanitarios que deben actuar de forma conjunta:

El **médico**, quien es el encargado de prescribir la medicación y de su posterior modificación si fuera necesario. Es indispensable que el personal médico disponga de los recursos y del conocimiento necesarios para manejar correctamente la polifarmacia de sus pacientes. En las consultas médicas, por el motivo que sea, se debe realizar una valoración de la medicación, en pacientes ancianos sería

beneficioso realizar consultas periódicas con su médico de atención primaria para la reevaluación de la medicación.

El **farmacéutico**, el profesional con mayor conocimiento sobre la medicación, las contraindicaciones, interacciones entre fármacos, posibles efectos adversos, etc. Es fundamental una comunicación efectiva de la farmacia con el resto de los profesionales que asisten al paciente, con el fin de corregir posibles errores o recomendar modificaciones en el tratamiento farmacológico de este. La intervención de los profesionales de farmacia en forma de recomendaciones al personal médico, se ha demostrado efectiva para reducir la prescripción de medicamentos potencialmente inadecuados en pacientes ancianos (Jovevski et al., 2023). Por último, la **enfermería**, cuyo papel se discutirá en el siguiente capítulo.

CAPITULO V. EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESCRIPCIÓN

El papel de enfermería en la deprescripción es multifacético y abarca diferentes aspectos. En primer lugar, son los profesionales de la salud que tienen un contacto más cercano y continuo con los pacientes hospitalizados, lo que les brinda la oportunidad de observar de cerca los efectos de la medicación en el día a día, así como identificar posibles efectos adversos o interacciones medicamentosas. Además, el equipo de enfermería tiene habilidades y conocimientos sobre farmacología suficientes para conocer la medicación de sus pacientes y colaborar, junto con el resto del equipo de atención médica, en la toma de decisiones. El rol de enfermería, por lo tanto, tiene una gran importancia en el proceso de deprescripción (Wright et al., 2019).

Durante la práctica enfermera es fundamental la capacidad de observación del profesional, cada intervención que se realiza sobre el paciente es una oportunidad para evaluar la correcta administración de los fármacos prescritos, así como sus efectos sobre el paciente.

Se debe intervenir continuamente sobre el paciente medicado, administrando de forma correcta la medicación siguiendo los “cinco correctos” (Paciente correcto, medicación correcta, dosis correcta, vía de administración correcta y hora correcta) o educando tanto al paciente como a su familia cuando estos sean los encargados de administrar la medicación. Durante el tiempo de prescripción, hay que establecer una comunicación efectiva con el paciente para la detección de reacciones adversas a la medicación, y de cara a la deprescripción, evaluar cuando se ha alcanzado el objetivo terapéutico del tratamiento o cuando los riesgos potenciales superan a los beneficios.

Según la taxonomía NANDA, lenguaje estandarizado para la práctica enfermera, existen diferentes intervenciones (NIC) que pueden realizar los enfermeros sobre la polifarmacia del paciente para alcanzar los resultados establecidos (NOC) sobre el paciente. Un ejemplo de intervención NIC es el siguiente:

➤ *NIC [2380] Manejo de la medicación*

Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

➤ **Actividades de enfermería:**

- Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.

- Consultar con otros profesionales sanitarios para minimizar el número y la frecuencia de administración de medicación necesarios para conseguir el efecto terapéutico.

Hay una gran variedad de intervenciones y actividades a realizar por parte del personal de enfermería en torno a la medicación del paciente, se debe escoger uno u otro dependiendo del diagnóstico enfermero (NANDA) y el diagnóstico médico (NANDA, 2023).

En resumen, el papel de enfermería en la deprescripción es esencial para garantizar una atención segura y de calidad a los pacientes. Trabajando en colaboración con los otros miembros del equipo, se puede contribuir significativamente a la optimización de la farmacoterapia y a una aplicación correcta de la deprescripción.

CONCLUSIÓN

Tras haber analizado la literatura científica actual, se puede concluir que la administración conjunta de BZP y opiáceos, cada vez más frecuente, presenta importantes riesgos para el bienestar del paciente, de los cuales deben ser conscientes los profesionales sanitarios que lo tratan. Tiene especial relevancia cuando la prescripción se da en pacientes ancianos, debido a que presentan una mayor vulnerabilidad y dificultad para afrontar las posibles consecuencias.

Se recomienda buscar otras alternativas de tratamiento siempre y cuando sea posible, y en caso de realizarse una prescripción de ambos fármacos, llevar a cabo el seguimiento del paciente adecuado valorando periódicamente los efectos de la medicación para realizar modificaciones cuando sea necesario.

Para paliar las consecuencias sobre el paciente de la combinación de BZP y opiáceos o de otros tipos de polifarmacia, es necesario la colaboración de profesionales de diferentes ámbitos que estén comprometidos, dispongan de herramientas y conocimientos suficientes para poder anticiparse y aplicar correctamente la herramienta de la deprescripción. De esta forma se puede mejorar la calidad de vida del paciente geriátrico, hoy en día excesivamente medicado, y evitar problemas de una forma fácil, barata y efectiva.

En cuanto al papel del profesional de enfermería en el proceso de deprescripción, considero que en la actualidad es necesaria una mayor investigación que apoye con datos el resultado de sus intervenciones y la importancia de estas sobre el bienestar del paciente.

En resumen, este trabajo ha subrayado la importancia de la concienciación y la educación tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes y sus cuidadores sobre los riesgos asociados a la combinación de BZP y opiáceos. Solo a través de un enfoque más cuidadoso y responsable en la prescripción y administración de medicamentos, podremos garantizar la seguridad y el bienestar óptimo de nuestros pacientes mayores, quienes merecen recibir la mejor atención posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. (AEMPS), A. E. de M. y P. S. (2021). *Observatorio de uso de medicamentos*. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes/>
2. Agirrezabala, J., Aizpurua, I., Albizuri, M., Alfonso, I., Armendazriz, M., Bengoa, A., & Domingo, S. (2012). Desprescripción. *Infac. Información Farmacoterapéutica de la Comarca*, 20(8), 46-52.
3. Álvarez, J., Flórez, G., García, P., Gasull, V., Gil, P., Guardia, J., & González, A. (2019). Guía de consenso para el buen uso de benzodiazepinas: Gestión de riesgos y beneficios. En *Socidrogalcohol*.
4. Ashworth, N., Kain, N., Wiebe, D., Hernandez-Ceron, N., Jess, E., & Mazurek, K. (2021). Reducing prescribing of benzodiazepines in older adults: a comparison of four physician-focused interventions by a medical regulatory authority. *BMC Family Practice*, 22(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01415-x>
5. Boon, M., van Dorp, E., Broens, S., & Overdyk, F. (2020). Combining opioids and benzodiazepines: Effects on mortality and severe adverse respiratory events. *Annals of Cardiothoracic Surgery*, 9(2), 542-557. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.12.09>
6. Boussofara, M., & Raucoules-Aimé, M. (2019). Lugar de la premedicación en anestesia. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 45(3). [https://doi.org/10.1016/s1280-4703\(19\)42457-2](https://doi.org/10.1016/s1280-4703(19)42457-2)
7. Centers of Disease Control and Prevention [CDC]. (s. f.). *Opioid Data Analysis and Resources*. 2022. <https://www.cdc.gov/opioids/data/analysis-resources.html>
8. Cordovilla-Guardia, S., Molina, T. B., Franco-Antonio, C., Santano-Mogena, E., & Vilar-López, R. (2020). Association of benzodiazepines, opioids and tricyclic antidepressants use and falls in trauma patients: Conditional effect of age. *PLoS ONE*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227696>
9. Cruciani, R. A. (2011). Opioides. Efectos secundarios sobre la calidad de vida del paciente. *Offarm*, 30(06), 82-85. <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-opioides-efectos-secundarios-sobre-calidad-13147516-ER>
10. de Larrinaga, A. Á. R., Agustí-Visiedo, J. J., Valiño-Colas, M. J., Cuartero-Ríos, P., & Tomás, O. R. S. (2022). Retirada de benzodiazepinas en el anciano. *Revista de Neurología*, 74(7), 242-243. <https://doi.org/10.33588/RN.7407.2021283>
11. Divins, M. (2012). *Analgésicos opiáceos* (N.º 1). 26, 22-26. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-analgésicos-opiáceos-X0213932412941155>
12. Domínguez, V., Collares, M., Ormaechea, G., & Tamosiunas, G. (2016). Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 1(3), 14-24.
13. Donatelli, N. S., & Somes, J. (2019). Opioids and Benzodiazepines—A Drug Problem for the Older Adult. *Journal of Emergency Nursing*, 45(1), 88-89. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.09.013>
14. Ekström, M. P., Bornefalk-Hermansson, A., Abernethy, A. P., & Currow, D. C. (2014). Safety of benzodiazepines and opioids in very severe respiratory disease: National prospective study. *BMJ (Online)*, 348. <https://doi.org/10.1136/bmj.g445>

15. Esteban Jiménez, Ó., Arroyo Aniés, M. P., Vicens Caldentey, C., González Rubio, F., Hernández Rodríguez, M. Á., & Sempere Manuel, M. (2018). Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. *Atención Primaria*, 50, 70-79. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.001>
16. EUROSTAT. (s. f.). *Population and Demography Report 2020, Spain*. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/12743486/14207636/ES-ES.pdf>
17. Evrard, P., Péteín, C., Beuscart, J. B., & Spinewine, A. (2022). Barriers and enablers for deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a systematic review of qualitative and quantitative studies using the theoretical domains framework. *Implementation Science*, 17(1), 1-27. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01206-7>
18. Friedman, A., & Nabong, L. (2020). Opioids: Pharmacology, Physiology, and Clinical Implications in Pain Medicine. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 31(2), 289-303. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2020.01.007>
19. García, M. A. F., Olry de Labry Lima, A., Ferrer Lopez, I., & Bermúdez-Tamayo, C. (2018). Analysis of changes in trends in the consumption rates of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40545-017-0128-4>
20. García Pliego, R. A., Baena Díez, J. M., Herreros Herreros, Y., & Acosta Benito, M. Á. (2022). Deprescripción en personas mayores: es el momento de pasar a la acción. *Atención Primaria*, 54(8), 102367. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102367>
21. Garfinkel, D., Ilhan, B., & Bahat, G. (2015). Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 6(6), 212-233. <https://doi.org/10.1177/2042098615613984>
22. Gavilán-Moral, E., Villafaina-Barroso, A., Jiménez-de Gracia, L., & Gómez Santana, M. del C. (2012). Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 47(4), 162-167. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.01.003>
23. Goldschen-Ohm, M. P. (2022). Benzodiazepine Modulation of GABAA Receptors: A Mechanistic Perspective. *Biomolecules*, 12(12), 1-14. <https://doi.org/10.3390/biom12121784>
24. Gómez Ayala, A.-E. (2011). *Indicación en dolor no maligno*. 25, 42-47. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-opiaceos-indicacion-dolor-no-maligno-X0213932411245868>
25. Hernández-Rodríguez, M. Á., Sempere-Verdú, E., Vicens-Caldentey, C., González-Rubio, F., Miguel-García, F., Palop-Larrea, V., Orueta-Sánchez, R., Esteban-Jiménez, Ó., Sempere-Manuel, M., Arroyo-Aniés, M. P., & Fernández-San José, B. (2020). Evolution of polypharmacy in a spanish population (2005-2015): A database study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 29(4), 433-443. <https://doi.org/10.1002/pds.4956>
26. Huskamp, H. A., Kim, J. L., & Stevenson, D. G. (2022). Concurrent use of opioids and benzodiazepines among nursing home and assisted living residents who receive a pain medication. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(6), 1868-1870. <https://doi.org/10.1111/jgs.17709>
27. Hwang, C. S., Kang, E. M., Kornegay, C. J., Staffa, J. A., Jones, C. M., & McAninch, J. K. (2016). Trends in the Concomitant Prescribing of Opioids and Benzodiazepines,

2002–2014. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(2), 151-160.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.02.014>

28. Izrailtyan, I., Qiu, J., Overdyk, F. J., Ersilon, M., & Gan, T. J. (2018). Risk factors for cardiopulmonary and respiratory arrest in medical and surgical hospital patients on opioid analgesics and sedatives. *PLoS ONE*, 13(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194553>
29. Jones, C. M., & McAninch, J. K. (2015). Emergency department visits and overdose deaths from combined use of opioids and benzodiazepines. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(4), 493-501.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.040>
30. Jovevski, J. J., Smith, C. R., Roberts, J. L., Dev, S., Iloabuchi, T. C., Gruber, E. A., Williams, M. J., Slaven, J. E., & Mitchell, A. M. (2023). Implementation of a Compulsory Clinical Pharmacist-Led Medication Deprescribing Intervention in High-Risk Seniors in the Emergency Department . *Academic Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1111/acem.14699>
31. Lader, M. (2014). Benzodiazepine harm: How can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 295-301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04418.x>
32. Liacos, M., Page, A. T., & Etherton-Beer, C. (2020). Deprescribing in older people. *Australian Prescriber*, 43(4), 114-120.
<https://doi.org/10.18773/austprescr.2020.033>
33. Lukačšínová, A., Fialová, D., Peel, N. M., Hubbard, R. E., Brkic, J., Onder, G., Topinková, E., Gindin, J., Shochat, T., Gray, L., & Bernabei, R. (2021). The prevalence and prescribing patterns of benzodiazepines and Z-drugs in older nursing home residents in different European countries and Israel: retrospective results from the EU SHELTER study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1-16.
<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02213-x>
34. Machado-Duque, M. E., Castaño-Montoya, J. P., Medina-Morales, D. A., Castro-Rodríguez, A., González-Montoya, A., & Machado-Alba, J. E. (2018). Association between the use of benzodiazepines and opioids with the risk of falls and hip fractures in older adults. *International Psychogeriatrics*, 30(7), 941-946.
<https://doi.org/10.1017/S1041610217002745>
35. Martín-Sánchez, F. J., Fernández-Alonso, C., & Merino, C. (2010). [The geriatric patient and emergency care]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33 Suppl 1, 163-172. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20508687>
36. NANDA. (2023). *Taxonomía NANDA, NOC y NIC*. <https://www.nnnconsult.com/nic>
37. Niznik, J. D., Ferreri, S. P., Armistead, L. T., Kelley, C. J., Schlusser, C., Hughes, T., Henage, C. B., Busby-Whitehead, J., & Roberts, E. (2022). Primary-Care Prescribers' Perspectives on Deprescribing Opioids and Benzodiazepines in Older Adults. *Drugs and Aging*, 39(9), 739-748. <https://doi.org/10.1007/s40266-022-00967-6>
38. O'Mahony, M. S., & Parbhoo, A. (2020). Deprescribing in older people. En *British Journal of Hospital Medicine* Vol. 81, Número 1).
<https://doi.org/10.12968/hmed.2019.0213>
39. Page, A. T., Potter, K., Clifford, R., & Etherton-Beer, C. (2016). Deprescribing in older people. *Maturitas*, 91, 115-134.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.06.006>

40. Park, T. W., Saitz, R., Ganoczy, D., Ilgen, M. A., & Bohnert, A. S. B. (2015). Benzodiazepine prescribing patterns and deaths from drug overdose among US veterans receiving opioid analgesics: Case-cohort study. *BMJ (Online)*, 350, 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2698>
41. Pratt, N. L., Ramsay, E. N., Kalisch Ellett, L. M., Nguyen, T. A., Barratt, J. D., & Roughead, E. E. (2014). Association between use of multiple psychoactive medicines and hospitalization for falls: Retrospective analysis of a large healthcare claim database. *Drug Safety*, 37(7), 529-535. <https://doi.org/10.1007/s40264-014-0179-2>
42. Rochon, P. A., Petrovic, M., Cherubini, A., Onder, G., O'Mahony, D., Sternberg, S. A., Stall, N. M., & Gurwitz, J. H. (2021). Polypharmacy, inappropriate prescribing, and deprescribing in older people: through a sex and gender lens. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(5), e290-e300. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00054-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00054-4)
43. Rosas-Gutiérrez, I., Simón-Arceo, K., & Mercado, F. (2013). Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud Mental*, 36(4), 325-329. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2013.039>
44. SAMSHA. (2019). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. *HHS Publication No. PEP19-5068, NSDUH Series H-54*, 170, 51-58. <https://www.samhsa.gov/data/>
45. Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
46. Sun, E. C., Dixit, A., Humphreys, K., Darnall, B. D., Baker, L. C., & MacKey, S. (2017). Association between concurrent use of prescription opioids and benzodiazepines and overdose: Retrospective analysis. *BMJ (Online)*, 356. <https://doi.org/10.1136/bmj.j760>
47. Vicente Sánchez, M. P., Macías Saint-Gerons, D., De la Fuente Honrubia, C., González Bermejo, D., Montero Corominas, D., & Catalá-López, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *Rev Esp Salud Pública*.
48. Wright, D. J., Scott, S., Buck, J., & Bhattacharya, D. (2019). Role of nurses in supporting proactive deprescribing. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 34(3), 44-50. <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11249>
49. Yang, W., Dall, T. M., Beronjia, K., Lin, J., Semilla, A. P., Chakrabarti, R., Hogan, P. F., & Petersen, M. P. (2018). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2017. *Diabetes Care*, 41(5), 917-928. <https://doi.org/10.2337/dci18-0007>