

Actualizada en: 2024

Las benzodiacepinas (BZD) son los medicamentos tranquilizantes o inductores del sueño más utilizados en la práctica clínica. Se recetan ampliamente para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, pero, sin embargo, existe una gran controversia con respecto a su eficacia y también a su seguridad¹. La evidencia científica ha demostrado que el uso prolongado de BZD no es eficaz y puede producir daños incluyendo efectos adversos significativos². De hecho, algunos autores sostienen, desde hace años, que la relación riesgo/beneficio de estos fármacos se vuelve menos favorable, o incluso adversa, a medida que el tratamiento se prolonga, ya que la eficacia disminuye y los riesgos se acumulan principalmente después de 2 a 4 semanas. Entre los riesgos descritos cabe destacar el desarrollo de tolerancia, dependencia, abuso, síndrome de retirada, y determinados efectos secundarios, tales como deterioro cognitivo y psicomotor^{3,4,5}. Por otra parte, el problema de su prescripción prolongada se está empezando a equiparar con el provocado por la prescripción de analgésicos opioides⁶.

Por otra parte, es conocido el aumento general de las tasas de prevalencia de prescripción de BZD en edades tempranas de la vida⁷, lo que pone de manifiesto una falta de congruencia con las directrices internacionales y nacionales. Como regla general en todas las guías consultadas, la prescripción de hipnóticos para el tratamiento del insomnio en los niños no está justificada, admitiéndose su uso ocasional en el caso de otros trastornos del sueño como los terrores nocturnos y el sonambulismo⁸⁻¹¹.

Del mismo modo, el uso de benzodiacepinas para el tratamiento de la ansiedad en niños es controvertido, excepto casos puntuales^{1,8,9,10,11}.

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, resulta imprescindible implementar estrategias que ayuden a mejorar las prácticas de prescripción, en particular por no-especialistas en Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia y en Psiquiatría, con el fin de maximizar la eficacia y minimizar los riesgos derivados del tratamiento con BZD en personas jóvenes.

Casos/situaciones que quedarían excluidas:

Las indicaciones para uso de benzodiacepinas en la población pediátrica son limitadas, siendo la indicación principal el control de las convulsiones febriles o epilépticas agudas¹¹. The NICE insiste en que la prescripción de hipnóticos para niños no está justificada (excepto para uso ocasional como sedación antes de procedimientos como tratamientos dentales) y que los problemas de sueño en los niños debe tratarse con terapia conductual⁹. Es recomendable seguir las guías clínicas de actuación: en trastornos de ansiedad por ejemplo, el tratamiento de elección es la Terapia Cognitivo-Conductual¹².

Se recomienda no utilizar intervenciones farmacológicas para el tratamiento del insomnio en niños y adolescentes, a menos que los problemas de sueño persistan tras implementar un plan de sueño y/o intervenciones psicosociales, y estén teniendo un impacto negativo sobre el niño/joven y su familia o cuidadores. Si se utiliza la intervención farmacológica, sólo debe hacerse en combinación con intervenciones no farmacológicas y con monitorización periódica de su necesidad y beneficio por el especialista pertinente^{8,9}.

Así mismo, el tratamiento farmacológico no debe ofrecerse forma rutinaria para tratar los trastornos de ansiedad en niños y jóvenes. Si la ansiedad es grave e incapacitante y la Terapia Cognitivo-Conductual es inadecuada o ha fracasado, puede considerarse el uso de medicación. La base empírica es escasa y la estrategia de tratamiento suele seguir la de los adultos, teniendo en cuenta que los jóvenes son más propensos a desarrollar desinhibición con las benzodiacepinas y que la prescripción de hipnóticos y benzodiazepinas a los niños no está justificada (salvo para su uso ocasional)⁹.

Información adicional:

Acorde con lo publicado en el último informe ETUDES, en 2023, la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta médica entre los estudiantes de 14 a 18 años, ha ido aumentando a lo largo de los últimos años. El consumo “en los últimos 12 meses”, pasa de un 13,6% en 2021 a un 14,8% en 2023, y “en los últimos 30 días” de

un 7,5% en 2021 a un 8,2% en 2023. Por término medio, el primer consumo de hipnosedantes se produce a los 14,1 años. Tanto en mujeres como hombres, la extensión de su consumo aumenta a medida que lo hace la edad, por lo que la prevalencia más elevada en los diferentes tramos temporales se registra en el grupo de 18 años para ambos sexos. Así mismo, el 9,7% de los alumnos admite que “en alguna ocasión” ha tomado hipnosedantes sin que se los haya recetado un médico, por lo que la prevalencia del consumo sin prescripción médica presenta una tendencia de consumo ascendente¹³.

Efectos secundarios de la utilización de la práctica no recomendada:

Entre los riesgos del uso prolongado de benzodiazepinas se incluyen la somnolencia diurna, el deterioro cognitivo, la tolerancia, la dependencia, y el síndrome de abstinencia tras la desprescripción/retirada brusca⁴.

Así mismo, también está descrito en la literatura actual tras el uso de benzodiazepinas la aparición de ansiedad de rebote, sintomatología depresiva y en población joven resalta el surgimiento de agresividad, ansiedad, nerviosismo y desinhibición¹¹.

Recomendación de lo que se debe hacer:

Si es que fuera el caso, la propuesta de tratamiento para los problemas de ansiedad en población joven se iniciaría con psicoeducación (mantenida durante todo el tratamiento) y psicoterapia (Terapia Cognitivo-Conductual/Terapias de Tercera Generación en caso de niños mayores de 12 años con algún problema somático crónico comórbido). Se asociará tratamiento farmacológico concomitante en el caso de ansiedad grave con repercusión en el niño, la familia y su entorno, riesgo de autolesión o imposibilidad de mantener el correcto desarrollo de la psicoterapia. Si es necesario iniciar el tratamiento farmacológico, la primera línea de tratamiento serán Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS) de vida media larga, siempre que no se trate de un malestar pasajero y se pueda garantizar el seguimiento y la supervisión del tratamiento^{14,15}, no siendo recomendable la iniciación en Servicios de Urgencias.

En el caso de insomnio, las intervenciones dentro de la terapia cognitivo-conductual se consideran el tratamiento de primera línea en los jóvenes, con pruebas sólidas de eficacia y seguridad¹⁶. Las guías consultadas remarcan además que no deben utilizarse intervenciones farmacológicas para ayudar a dormir, a menos que los problemas de sueño persistan tras un plan de sueño/intervenciones psicosociales, y estén teniendo un impacto negativo sobre el niño/joven y su familia o cuidadores^{9,10}. Es más, si se utiliza la intervención farmacológica, sólo debe hacerse en combinación con

intervenciones no farmacológicas y revisarse periódicamente para evaluar su necesidad y beneficio^{9,10}.

Bibliografía:

1. Lligoña Garreta, A. (Coord. G. (2019). Guía de consenso para el buen uso de benzodiazepinas. Gestión de riesgos y beneficios. In SOCIDROGALCOHOL. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2019_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrogalcohol.pdf
2. Guina, J., & Merrill, B. M. (2018). Benzodiazepines I: Upping the Care on Downers: The Evidence of Risks, Benefits and Alternatives. Journal of Clinical Medicine, 7. <https://doi.org/10.3390/jcm7020017>
3. Brandt J, Leong C. Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research. Drugs R D. 2017 Dec;17(4):493-507. <https://doi.org/10.1007/s40268-017-0207-7>
4. Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited--will we ever learn? Addiction, 106 12, 2086–2109. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x>
5. Lader, M. H. (1999). Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 9 Suppl 6(SUPPL. 6). [https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(99\)00051-6](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(99)00051-6)
6. Brandt J, Bressi J, Lê ML, Neal D, Cadogan C, Witt-Doerring J, Witt-Doerring M, Wright S. Prescribing and deprescribing guidance for benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use in adults with depression, anxiety, and insomnia: an international scoping review. EClinicalMedicine. 2024 Mar 13;70:102507. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102507>
7. Sidorchuk, A., Isomura, K., Molero, Y., Hellner, C., Lichtenstein, P., Chang, Z., Franck, J., Fernández de la Cruz, L., & Mataix-Cols, D. (2018). Benzodiazepine prescribing for children, adolescents, and young adults from 2006 through 2013: A total population register-linkage study. PLoSMed, 15(8), e1002635. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002635>
8. Barnet, Enfield, & Haringey. (2017). Formulary and Prescribing Guidelines for Children and Adolescents in Mental Health Services (Issue Section 12: Drug Use in Children and Adolescents). <https://www.beh-mht.nhs.uk/downloads/patients-and-carers/CAMHS-Formulary-September-2017.pdf>

9. Essex Partnership University, N. (2021). Formulary and Prescribing Guidelines. Section 12: Treatment of children and adolescents. <https://eput.nhs.uk/media/3hldic1w/section-12-drug-use-in-children-adolescents-dec-2021.pdf>
10. Swift, A., Malloy, A., & Melling, S. (2024). Benzodiazepine and Z-drug Prescribing Resource Pack 2021. GMMG. <https://gmmmg.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/08/Benzodiazepine-and-Z-drug-Resource-Pack-GMMMG-FINAL-v1-0-for-GMMMG-website.pdf>
11. The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). (2021). Prescribing drugs of dependence in general practice, Part B – Benzodiazepines. The Royal Australian College of General Practitioners. <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/drugs-of-dependence/part-b>
12. National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Anxiety disorders in children and young people: identification and management. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng273>
13. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, O. (2023). Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES 2023. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
14. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, Rockhill C. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020 Oct;59(10): 1107-1124. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.005>
15. Melbourne Children's Campus Mental Health Strategy Anxiety Guideline Development Group. (2024). Evidence-based Clinical Practice Guideline for Anxiety in Children and Young People. Version 1.1, 2024. <https://mentalhealth.melbournechildrens.com/media/elwh4zdn/evidence-based-clinical-practice-guideline-for-anxiety-in-children-and-young-people-2023.pdf>
16. Kahn, M. (2023). Insomnia in Infancy, Childhood, and Adolescence. Sleep Medicine Clinics, 18(2), 135–145. <https://doi.org/10.1016/J.JSMC.2023.01.001>

Recomendación elaborada en 2023 por: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC)

Actualización realizada en 2024 por: Elisa Seijo-Zazo, Gonzalo Salazar de Pablo. Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA). María Paz García Portilla. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM).