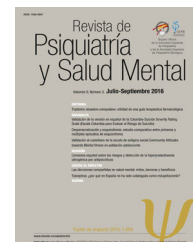




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTAS AL DIRECTOR

Deprescripción de benzodiazepinas y fármacos Z: una responsabilidad compartida



Deprescription of benzodiazepines and Z drugs: A shared responsibility

Sr. Director:

Ante la reciente publicación del estudio «Prescripción de benzodiazepinas y caídas en mujeres y hombres ancianos»¹ en esta revista, quisiéramos realizar una serie de observaciones. La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS)², aprobada en diciembre de 2013 por el Consejo Interterritorial del SNS, en el marco del abordaje de la cronicidad, ha hecho especial hincapié en la detección y manejo de la fragilidad y caídas en las personas mayores, siendo el uso adecuado de las benzodiazepinas (BZD) y los hipnóticos llamados fármacos Z (zolpidem, zopiclona) uno de los pilares esenciales para disminuir el riesgo de caídas en los ancianos, como se menciona en el estudio publicado.

Resulta significativo el hallazgo de que la dosis diaria definida (DDD) en ancianos de 65 o más años resultó encontrarse por encima de los valores recomendados en un 70% en los hombres y 58% en las mujeres, con al menos un 20% de politerapia de BZD y/o fármacos Z (existiendo evidencia de no superioridad frente a la monoterapia), con las dificultades que las dosis elevadas añaden a la posterior deprescripción de estos fármacos. Desde el año 2009 está disponible la versión española de los criterios Screening Tool of Older Persons potentially inappropriate Prescriptions (STOPP)-START, una herramienta mejor validada en España³ (frente a otras como los criterios de Beers), que recogen no solo los errores más comunes de tratamiento sino también la omisión en la prescripción, son fáciles de relacionar con los diagnósticos activos y la lista de fármacos que aparecen en la historias clínicas informáticas. Se sugiere que esta DDD elevada podría estar con relación a una infrautilización de intervenciones no farmacológicas (p. ej., medidas de higiene del sueño), terapias cognitivas o técnicas de *mindfulness*, y se plantea la reducción gradual de dosis asociada o no a terapia cognitivo conductual como procedimiento para la suspensión de los fármacos. No debemos olvidar que se ha propuesto que solo se debería prescribir una BZD como tratamiento del insomnio cuando las medidas de higiene del sueño han fracasado⁴, situación que resulta susceptible de abordaje en atención primaria, pero que no es infrecuente que no se haya intentado cuando se evalúa por vez primera a

un paciente en consultas de salud mental. Frente a la afirmación de que las BZD de vida media corta presentan un menor riesgo de caídas, consecuencia de un menor riesgo de acumulación, otros estudios no han encontrado que dicha aseveración sea cierta, hallando similar riesgo de caídas independientemente de la vida media del fármaco empleado⁵. Además del riesgo de caídas, se ha observado que la retirada de las BZD mejora aspectos cognitivos y psicomotrices⁶, y en muchas ocasiones la tolerancia hace que se desaparezca el efecto beneficioso del fármaco sobre el patrón de sueño (pérdida de eficacia, que sería un criterio STOPP para proceder a la retirada del mismo). En cuanto a la deprescripción en sí, echamos en falta la mención a otras estrategias que han demostrado eficacia, como la sustitución de las BZD de vida media corta o ultracorta por otras de vida media larga a dosis equivalente, para proceder a una retirada gradual de éstas, incrementando las tasas de éxito^{3,7}. El uso de psicoterapia individual acompañado de estrategias individualizadas de deprescripción ha mostrado ser eficaz en una población con diagnóstico mayoritario de trastorno de ansiedad en tratamiento con BZD, como muestra un reciente estudio⁸ en el que las tasas de éxito (retirada total de BZD) alcanzaron el 57%, lo que confirma la importancia de asociar técnicas psicoterapéuticas^{4,8} a las pautas farmacológicas descendentes o de sustitución temporal por otros fármacos.

La responsabilidad de la deprescripción no debe recaer solo en el facultativo prescriptor, sino que, en aras de que los pacientes reciban una atención eficaz e integral, tal como exigen los principios éticos básicos de beneficencia, dignidad, integridad y justicia (como nos recuerda Fernando Lolas-Stepke en un artículo publicado en esta misma revista⁹), dicha responsabilidad debe ser compartida entre los distintos niveles asistenciales.

Bibliografía

1. Martínez-Cengotitabengoa M, Díaz-Gutierrez MJ, Besga A, Bermúdez-Ampudia C, López P, Rondon MB, et al. Prescripción de benzodiazepinas y caídas en mujeres y hombres ancianos. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2017; <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.004>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, 2014. [consultado 19 Sept 2017] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
3. Castillo-Páramo A, Pardo-Lopo R, Gómez-Serranillos IR, Verdejo A, Figueiras A, Claverías A. Valoración de la idoneidad de los criterios STOPP/START en el ámbito de atención primaria en España por el método RAND. Semergen. 2013;39:413–20.

4. Azparren A, García I. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. 2014;22:1–13 [consultado 19 Sep 2017] Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AB30A9A5-9907-4D68-A17A-C4AB0DC524D5/293282/Bit_v22n2.pdf
5. de Vries OJ, Peeters G, Elders P, Sonnenberg C, Muller M, Deeg DJH, et al. The elimination half-life of benzodiazepines and fall risk: Two prospective observational studies. *Age Ageing*. 2013;42:764–70.
6. Curran HV, Collins R, Fletcher S, Kee SCY, Woods B, Iliffe S. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: Effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med*. 2003;33:1223–37.
7. Molen YF, Carballo LBC, do Prado LBF, do Prado GF. Insomnias: Psychological and neurobiological aspects and non-pharmacological treatments. *Arq Neuropsiquiatr*. 2014;72:63–71.
8. Also A, Kostov B, Benavent J, Pinyol M, Benabarre A, Sisó-Almirall A. Programa piloto de psicoterapia para la deprescripción de benzodiazepinas en trastornos de ansiedad. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. [resultados no publicados, avance consultado 15.10.17].
9. Lolás-Stepke F. Tendencias y necesidad clínica de los principios éticos. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2015;8:1–2.

Omar Walid Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez^{a,*},
Celia Rodríguez Turiel^a, Sergio Ocio León^b,
Mario Javier Hernández González^b,
Manuel Gómez Simón^b y María Aida Fernández Menéndez^c

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

^b Centro de Salud Mental de Mieres, Mieres, Asturias, España

^c Monash University, Melbourne, Australia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: muquebilrodriguez@gmail.com
(O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.01.003>
1888-9891/

© 2018 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Investigación *doppelgänger*? Consideraciones sobre las autocitas



Doppelgänger research? Considerations on self-citations

Sr. Director:

El uso coherente y apropiado en las citaciones de trabajos de otros investigadores, o incluso los propios, contribuye como un indicador de rigurosidad en un artículo científico, puesto que esta práctica permite contextualizar en tiempo y lugar su propio trabajo¹. Incluso, es común encontrar entre las referencias, citas sobre trabajos publicados del mismo autor, las autocitas. La legitimidad de las autocitaciones suele basarse en 2 motivos: la carencia de estudios que puedan apoyar el propio, debido a la novedad en la propuesta del estudio y la consecución de una línea de investigación específica por parte del investigador².

De esta manera, las citaciones que poseen las revistas científicas se evalúan a través de métricas cuyo resultado facilita a los investigadores, cierto posicionamiento y beneficios (p. ej., *impact factor*, *eigen factor*), no obstante; actualmente se disponen de medidas de repercusión que excluyen las autocitas y permiten una evaluación más apropiada³.

Los indicadores bibliométricos muestran el posicionamiento de una revista, así como el alcance de los investigadores, con base en el número de citaciones realizadas a los trabajos científicos de un investigador (o equipo) por lo que resulta un indicador de la influencia que presenta un autor en el ámbito académico (p. ej., índice h). Particularmente, el índice h (indicador bibliométrico de citaciones de trabajos de un investigador) es susceptible de ser manipulado, y una forma común de lograrlo es mediante el abuso de las autocitaciones⁴.

El uso abusivo de las autocitas con fines instrumentales, resulta una falta ética con dificultad para penalizar y/o contrarrestar, inclusive suele emplearse para favorecer la apariencia del impacto de los autores, quienes referencian trabajos previos injustificadamente con el propósito aumentar sus citas, utilizando dentro de sus estudios autocitas superfluas. Esto implica que al no ser en gran medida trabajos específicos, forma una mala conducta por parte de los autores que contaminan la literatura científica para beneficios propios como promociones, remuneración económica y beneficios de representación institucional; pero dejan un mensaje a investigadores con menos experiencia y/o noveles sobre lo aceptable que es un comportamiento éticamente cuestionable.

Por este motivo, la redacción de trabajos científicos resulta un requerimiento sobre el valor empírico de sus fuentes y un hábito para los investigadores puesto que coincide con la concepción del crecimiento acumulativo de la ciencia, esto significa que la acumulación de conocimiento se debe a nuevos avances o reformulaciones de los hallazgos previamente citados⁵. Por ende, el uso abusivo e indiscriminado de autocitas no converge con el ámbito científico a no producir nuevos conocimientos y menos en el sentido ético al dedicar la publicación para el beneficio propio. Sin embargo, es deber de las revistas que pueden perfilar los procesos rigurosos de revisión en los manuscritos para evitar que esta mala práctica continúe desarrollándose.

Autorías

ACL y APJ han participado la concepción y el diseño del estudio, el borrador del artículo o la revisión crítica del contenido intelectual y la aprobación definitiva de la versión que se presenta.