



USO RACIONAL DE BENZODIAZEPINAS EN PACIENTES POLIMEDICADOS



JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ MORENO
Facultad de Farmacia. Curso 2019/2020
Universidad de Sevilla.



**FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA**



“USO RACIONAL DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES POLIMEDICADOS”

DEPARTAMENTO DE FARMACIA Y TECNOLOGÍA FARMACÉUTICA

TUTOR: PURIFICACIÓN MUÑOZ FERNÁNDEZ

TRABAJO EXPERIMENTAL

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ MORENO

SEVILLA, 17 de Septiembre de 2020

INDÍCE

1. RESUMEN.....	3
1.1 Palabras claves.....	3
2. INTRODUCCIÓN	
2.1 Generalidades de las (BZD).....	4
2.2 Potencia.....	5
2.3 Velocidad de eliminación.....	5
2.4 Epidemiología y consumo.....	7
2.5 Acción terapéutica de las BZD.....	7
2.6 Mecanismo de acción.....	8
2.7 Reacciones adversas.....	10
2.8 Seguridad en el uso BZD.....	10
2.9 Función del Farmacéutico.....	11
2.10 Polimedicación.....	11
2.11 Población Anciana.....	11
2.12 Resultados negativos de la medicación.....	12
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. ANTECEDENTES Y PROBLEMÁTICA: Características de pacientes con adicción de benzodiazepinas.....	13
5. OBJETIVOS	
5.1 Objetivo principal.....	14
5.2 Objetivo secundario.....	14
6. MATERIAL Y MÉTODOS	
6.1 DISEÑO Y ÁMBITO DE ESTUDIO.....	15
6.2 POBLACIÓN DIANA.....	15
6.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	15
6.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	15
6.3 VARIABLES DE MEDIDA.....	16
6.4 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	17
6.5 METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	18
6.6 CUESTIONARIO.....	18
7. RESULTADOS Y DICUSIÓN.....	19
8. CONCLUSIÓN.....	34
9. BIBLIOGRAFÍA.....	35

1. RESUMEN

Las BZD son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en España y en la mayoría de países desarrollados. Su mecanismo de acción es a través de la acción inhibitoria del ácido gamma amino butírico (GABA) en la transmisión neuronal y, aunque son efectivas en los trastornos intensos de la ansiedad e insomnio, son fármacos muy adictivos. Las (BZD) se utilizan principalmente en el tratamiento de la ansiedad y del insomnio y están indicadas en situaciones que limitan la actividad del paciente o le sometan a un estrés importante. Otras indicaciones de uso son anticonvulsivante, relajante muscular, premedicación anestésica y desintoxicación alcohólica, entre otras.

La duración del tratamiento en la ansiedad e insomnio debe ser lo más corta posible. Hay que tener en cuenta la duración excesiva de tratamientos, el uso incorrecto en ancianos. El motivo de la no adecuación de su uso es debido a la disminución de su metabolismo oxidativo hepático y de la excreción renal, lo que puede producir una acumulación en plasma. Por otro lado se verá la deficiencia que existe en la revisión de tratamientos, para ello, se deben realizar de una forma regular la medicación, especialmente en aquellos pacientes libres de síntomas, con la finalidad de poder valorar su continuidad e iniciar la retirada gradual. Controlar la falta de adecuación a las indicaciones, pautas de administración, el abuso y cronificación de tratamientos consecuencias a largo plazo, seguridad de los mismos y el riesgo que pueda llegar a ocasionar. Finalmente un estudio de la alta tendencia que ha habido en el uso de BZD durante la Covid-19.

1.1 Palabras claves: cronificación, adecuación, desintoxicación, polimedición.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 GENERALIDADES DE LAS BZD

Cualquier persona que luche por suspender la toma de BZD se dará cuenta de que, además de los efectos terapéuticos, estas drogas ejercen otros efectos profundos en la mente y en el organismo. Las BZD, en efecto, influyen directa o indirectamente en casi todos los aspectos de las funciones cerebrales. Para todo aquél que esté interesado en saber cómo y por qué esto sucede, aquí abajo damos una breve explicación de los mecanismos a través de los cuales las BZD son capaces de producir efectos de tan largo alcance.

Todas las BZD actúan aumentando la acción de una sustancia química natural del cerebro, el GABA (ácido gamma-aminobutírico). El GABA es un neurotransmisor, es decir, un agente que transmite mensajes desde una célula cerebral (neurona) hacia otra. El mensaje que el GABA transmite es un mensaje de inhibición: le comunica a las neuronas con las que se pone en contacto que disminuyan la velocidad o que dejen de transmitir. Como más o menos el 40% de los millones de neuronas del cerebro responden al GABA, esto significa que el GABA tiene un efecto general tranquilizante en el cerebro: de cierta forma, es el hipnótico y tranquilizante natural con que cuenta el organismo. Las BZD aumentan esta acción natural del GABA, ejerciendo de esta forma una acción adicional (frecuentemente excesiva) de inhibición en las neuronas (**Fig. 1**).

La forma en que el GABA transmite su mensaje inhibitor es a través de lo que podríamos llamar un inteligente dispositivo electrónico. Su reacción con los sitios especiales (receptores GABA) ubicados en la parte exterior de la neurona que lo recibe abre un canal, permitiendo así que las partículas con carga negativa (iones de cloruro) entren en la neurona. Estos iones negativos "sobrecargan" la neurona, debilitando la respuesta de la misma a otros neurotransmisores que, en condiciones normales, la excitarían. Las BZD también reaccionan en sus propios sitios especiales (receptores benzodiazepínicos) que precisamente están ubicados en los receptores GABA. La combinación de una BZD con su receptor potencia la acción del GABA, lo cual permite que entre en las neuronas una mayor cantidad de iones de cloruro, aumentando así la resistencia de la neurona a la excitación. Los distintos subtipos de receptores benzodiazepínicos tienen acciones levemente distintas. Uno de estos subtipos, (el alfa 1) es el responsable de los efectos sedativos, otro (el alfa 2) es el que ejerce efectos ansiolíticos, mientras que ambos, el alfa 1 y el alfa 2, como también el alfa 5, son los responsables de los efectos anticonvulsivos. Todas las BZD se combinan, en mayor o menor grado, con todos estos subtipos y todas aumentan la actividad del GABA en el cerebro.

Como resultado de este incremento de la actividad inhibitoria del GABA causada por las BZD, disminuye la producción cerebral de neurotransmisores excitativos, incluso se reduce la producción de norepinefrina (noradrenalina), serotonina, acetil-colina y dopamina. Estos neurotransmisores excitativos son necesarios para las funciones involucradas en el estado normal de vigilia y alerta, memoria, tono muscular y coordinación, respuestas emocionales, secreciones de las glándulas endocrinas, control del ritmo cardíaco y de la tensión sanguínea y para muchas otras funciones, todas las cuales pueden ser perjudicadas por las BZD. Hay otros receptores benzodiazepínicos, no relacionados con el GABA, que se encuentran en el riñón, colon, células sanguíneas y corteza suprarrenal, y que pueden ser afectados por algunas BZD. Estos efectos directos e indirectos son responsables de los bien conocidos efectos adversos causados por el uso de las BZD.

2.2 POTENCIA

Hay muchísimas distintas BZD disponibles (**Tabla I**), pero hay grandes diferencias de potencia entre ellas; tal es así que entre una dosis de un tipo de BZD y la dosis equivalente de otro tipo puede llegar a haber una variación de hasta 20 veces. Por ejemplo, una dosis de 0,5 miligramos (mg) de alprazolam es equivalente aproximadamente a 10mg de diazepam (Valium®). Por tanto, una persona que tome 6 mg de alprazolam por día, dosis que no es poco frecuente en los EE.UU., está tomando el equivalente de unos 120 mg de diazepam, la cual constituye una dosis muy elevada. Los doctores no siempre han tenido debidamente en cuenta estas diferencias de potencia entre las distintas BZD, y probablemente algunos no están de acuerdo con las equivalencias que mencionamos aquí. De todos modos, las personas que toman BZD de alta potencia, como el alprazolam, el lorazepam o el clonazepam (Rivotril®) tienden a tomar dosis relativamente altas. Esta diferencia de potencia es importante cuando se pasa de una BZD a otra, por ejemplo, cuando se pasa al diazepam durante el proceso de reducción y suspensión.

2.3 VELOCIDAD DE ELIMINACIÓN.

Existen también grandes diferencias entre las distintas BZD en cuanto a la velocidad con la que se metabolizan (en el hígado) y se eliminan (en la orina) (**Tabla I**). Por ejemplo, la "vida media" (tiempo que pasa hasta que la concentración plasmática disminuye a la mitad del valor inicial después de una sola dosis) del triazolam es solamente de 2-5 horas, mientras que la vida media del diazepam es de 20-100 horas, y la de un metabolito activo del diazepam (desmetildiazepam) es de 36-200 horas. Esto significa que la mitad de los productos activos del diazepam permanecen en la corriente sanguínea hasta 200 horas

después de la administración de una sola dosis. De todos modos, está claro que si la dosis diaria se repite, el producto se acumula y la concentración en la sangre puede llegar a ser muy alta, especialmente en los tejidos grasos. Como muestra la **(Tabla I)**, existe una variación considerable entre distintos individuos en cuanto a la velocidad del metabolismo de las BZD.

Tabla I. LAS BZD Y MEDICAMENTOS SIMILARES⁵

RELACIÓN DE (BZD). SE DESCRIBE VIDA MEDIA, COMERCIALIZACIÓN Y DOSIS EQUIVALENTE APROXIMADA EN mg³.
COMPARATIVAS ENTRE LAS DISTINTAS BZD MÁS UTILIZADAS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

Benzodicepinas⁵	Vida media (en horas)¹ [metabolito activo]	Objetivo de comercialización²	Dosis oral equivalente aproximada (en mg)³
Alprazolam (Xanax, Alplax)	6-12	a	0.5
Bromazepam (Lexotanil)	10-20	a	5-6
Clordiazepóxido (Librium)	5-30 [36-200]	a	25
Clobazam (Frisium)	12-60	a,e	20
Clonazepam (Clonopin, Rivotril)	18-50	a,e	0.5
Clorazepate (Tranxene, Nansius)	[36-200]	a	15
Diazepam (Valium)	20-100 [36-200]	a	10
Estazolam (ProSom)	10-24	h	1-2
Flunitrazepam (Rohipnol)	18-26 [36-200]	h	1
Flurazepam (Dalmane)	[40-250]	h	15-30
Halazepam (Paxipam, Alapryl)	[30-100]	a	20
Ketazolam (Anxon)	30-100 [36-200]	a	15-30
Loprazolam (Somnovit)	6-12	h	1-2
Lorazepam (Ativan)	10-20	a	1
Lormetazepam (Noctamid, Loramet)	10-12	h	1-2

1. Vida media: tiempo que pasa hasta que la concentración en la sangre disminuye a la mitad de su valor máximo después de una sola dosis. La vida media del metabolito activo está indicada entre corchetes. Este tiempo puede variar en forma considerable de un individuo a otro.
2. Objetivo de comercialización: a pesar de que todas las BZD ejercen una acción similar, generalmente se comercializan como ansiolíticos (a), como hipnóticos (h) o como anticonvulsivos (e).
3. Estas equivalencias no coinciden con las que usan otros autores. Sin embargo, como ya se ha dicho, aunque puedan variar de un individuo a otro, están fundadas en la experiencia clínica.

4. Estos medicamentos son químicamente diferentes a las BZD pero producen los mismos efectos en el organismo y funcionan a través de los mismos mecanismos.
5. Todos estos medicamentos están indicados para ser usados solamente por períodos breves (2 - 4 semanas, como máximo).

2.4 EPIDEMIOLOGÍA Y CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS

El informe 2019 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones destacó que el incremento del consumo ocasional de estos medicamentos superó por primera vez el 20% de la población general y su consumo diario se acerca peligrosamente al 6%, es decir más de dos millones de personas consumen psicofármacos a diario. Este mismo informe resalta que la edad media de inicio de consumo es de 30 años siendo mayor la prevalencia en mujeres que en hombres se estima que una de cada diez mujeres lo consume a diario (Brime. Et al., 2019).

El problema que hay en España es particularmente importante puesto que España presenta una utilización de BZD y/o fármacos mayor que la media europea (Simó, 2012, Sánchez. Et al., 2013). En Andalucía supera la media española. En Sevilla una de cada diez personas es consumidora de BZD, el 71% son mujeres sobretodo personas ancianas.

2.5 ACCIÓN TERAPÉUTICA DE LAS BZD.

Independientemente de su potencia, de la velocidad de eliminación de las BZD o de la duración de sus efectos, la acción de la droga en el organismo es virtualmente la misma en el caso de todas las BZD. Esto es cierto en todos los casos, aunque sean comercializadas como ansiolíticos, hipnóticos o anticonvulsivos (**Tabla I**). Todas las BZD tienen cinco efectos principales que se usan con propósitos terapéuticos: efecto ansiolítico, hipnótico, miorelajante, anticonvulsivo y amnésico (deterioro de la memoria) (**Tabla II**).

Tabla II. ACCIONES TERAPEUTICAS DE LAS BZD (EN CASO DE USO POR PERIODOS BREVES).

Acción	Uso clínico
Ansiolítico - para aliviar la ansiedad	- Ansiedad y trastornos de pánico, fobias
Hipnótico - para facilitar el sueño	- Insomnio
Miorrelajante - para la relajación muscular	- Espasmos musculares, trastornos espásticos
Anticonvulsivo - contra los ataques, las convulsiones	- Ataques causados por intoxicación a causa de la ingestión de drogas, algunas formas de epilepsia
Amnesia - deterioro de la memoria a breve plazo	- Premedicación antes de operaciones, sedación en de intervenciones de cirugía menor

Otras aplicaciones clínicas utilizando una combinación de efectos:

- * Desintoxicación del alcohol
- * Psicosis acompañada por hiperexcitabilidad y agresividad

Estos efectos, que distintas BZD producen en distintos grados de intensidad, hacen que estos fármacos posean algunas propiedades medicinales útiles. Otros fármacos pueden competir con éstos en cuanto a eficacia, velocidad de inicio de acción y bajo grado de toxicidad aguda. Durante el uso por breves períodos, las BZD pueden ser de ayuda, a veces hasta pueden salvar la vida en una amplia gama de trastornos clínicos, como se indica en la **(Tabla II)**. Casi todas las desventajas de las BZD son el resultado de su uso prolongado (uso regular por más de algunas semanas). En 1988, el Comité del Reino Unido para la Seguridad de los Medicamentos **(The UK Committee on Safety of Medicines)** recomendó que, en general, el uso de las BZD debe limitarse a breves períodos de tiempo (sólo 2-4 semanas).

2.6 MECANISMOS DE ACCIÓN.

Cualquier persona que luche por suspender la toma de BZD se dará cuenta de que, además de los efectos terapéuticos, estas drogas ejercen otros efectos profundos en la mente y en el organismo. Las BZD, en efecto, influyen directa o indirectamente en casi todos los aspectos de las funciones cerebrales. Para todo aquél que esté interesado en saber cómo y por qué esto sucede, aquí abajo damos una breve explicación de los mecanismos a través de los cuales las BZD son capaces de producir efectos de tan largo alcance.

Todas las BZD actúan aumentando la acción de una sustancia química natural del cerebro, el GABA (ácido gamma-aminobutírico). El GABA es un neurotransmisor, es decir, un agente que transmite mensajes desde una célula cerebral (neurona) hacia otra. El mensaje que el GABA

transmite es un mensaje de inhibición: le comunica a las neuronas con las que se pone en contacto que disminuyan la velocidad o que dejen de transmitir. Como más o menos el 40% de los millones de neuronas del cerebro responden al GABA, esto significa que el GABA tiene un efecto general tranquilizante en el cerebro: de cierta forma, es el hipnótico y tranquilizante natural con que cuenta el organismo. Las BZD aumentan esta acción natural del GABA, ejerciendo de esta forma una acción adicional (frecuentemente excesiva) de inhibición en las neuronas.

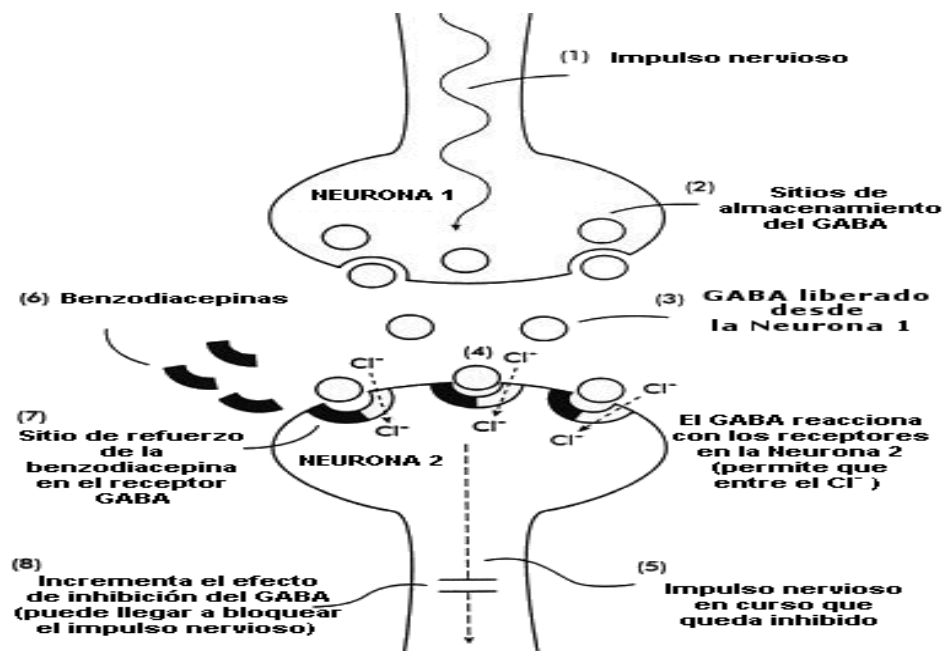


Fig. 1. Diagrama del mecanismo de acción del neurotransmisor natural GABA (ácido gamma-aminobutírico) y de las BZD en las células del sistema nervioso (neuronas) en el cerebro.

(1,2) Impulso nervioso que hace que el GABA sea liberado de los sitios en que está almacenado en la neurona 1. (3) El GABA liberado en el espacio interneuronal. (4) El GABA reacciona con los receptores de la neurona 2; la reacción permite la entrada de los iones de cloruro (Cl^-) en la neurona. (5) Este efecto inhibe o detiene el progreso del impulso nervioso. (6,7) Las BZD reaccionan con el sitio de refuerzo de los receptores GABA. (8) Esta acción aumenta los efectos inhibidores del GABA; el impulso nervioso en curso puede quedar bloqueado completamente.

2.7 REACCIONES ADVERSAS

Es su mayor parte son una prolongación de la acción farmacológica y afecta al SNC. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan en mayor o menor grado somnolencia durante los primeros días de tratamiento. Frecuentemente aparece: sedación, somnolencia, ataxia. A menudo se presentan: mareos, sedación, cefalea, depresión, desorientación, disfasia o disartria, temblor, cambios en la libido, alteraciones urinarias, diarrea o estreñimiento. Rara vez hepatitis, ictericia, dermatitis, urticaria, discrasias sanguíneas, alteraciones de la visión y audición.

La intensidad de los efectos depende de las dosis utilizadas y son más importantes en personas con alteraciones hepáticas y en ancianos porque al disminuir su metabolismo aumenta mucho su semivida plasmática. A veces existen conductas agresivas por desinhibición o un estado de hiperactividad, nerviosismo o locuacidad previo al efecto sedante. Pueden provocar la incoordinación de movimientos o la capacidad para responder a estímulos de respuesta rápida.

2.8 SEGURIDAD EN EL USO DE BZD

El uso crónico de BZD tiene un cociente riesgo/beneficio desfavorable en la mayoría de los pacientes. Es mayor en personas de avanzada edad donde los efectos adversos sobre las funciones cognitivas y motoras pueden ser la causa de una mayor desorientación y delirios. Estos síntomas se agravan cuando existe polimedicación con otros fármacos como derivados opioides de prescripción médica. Todos estos efectos colaterales afectan considerablemente a las habilidades manuales, incluyendo la destreza al volante de un automóvil. El uso de BZD puede ser también un factor predictor para el desarrollo del Alzheimer. (Billioti de Gage et al., 2014). Además en las personas de avanzada edad se asocia con mayor riesgo de fractura de cadera, patología que, a su vez, se asocia con la elevada morbilidad y mortalidad. (Bakken et al., 2014; Donnelly et al., 2017). El grado de tolerancia está relacionado tanto por el número de receptores ocupados, que depende de la dosis, como por la duración de su ocupación por el fármaco, que puede variar en función de su uso terapéutico. Por lo tanto, la tolerancia a las BZD es marcada cuando se utilizan de forma continua en el tratamiento de la epilepsia pero de menor intensidad cuando se utilizan para inducir el sueño por la noche y el sujeto está relativamente libre de fármaco durante el día. La situación es menos clara cuando se considera el efecto ansiolítico. La dependencia que produce el uso de las BZD y la interrupción brusca de un tratamiento con estos fármacos que haya durado varias semanas o meses produce una ansiedad de rebote aumentada, junto con temblores, mareos, acúfenos, pérdida de peso y sueño alterado debido a una prolongación de la fase REM. Este síndrome de retirada (o de abstinencia) es de

instauration más lenta que con los opioides, posiblemente debido a la mayor semivida plasmática de la mayoría de las BZD.

2.9 FUNCIÓN DEL FARMACÉUTICO

El papel del farmacéutico como profesional sanitario es garantizar la información, conocimiento atención al paciente sobre todo lo que conlleva la medicación, y más si se trata de casos de pacientes polimedicados.

2.10 POLIMIDECACIÓN

En pacientes polimedicados, considerados como aquellos que toman más de cinco medicamentos (Ollero y cols., 2007), son la población que son más propensos a sufrir inadecuaciones del tratamiento farmacológico, ya que existen interacciones medicamentosas, errores de medicación y reacciones adversas (Garfinkel y cols, 2010).

Existen dos tipos de patrones principales donde puede haber un polimedicado por una sola enfermedad o por pacientes con más de una patología donde cada enfermedad requiere de un medicamento o más. Por lo que a mayor número de fármacos más posibilidades de interacciones.

2.11 POBLACIÓN ANCIANA

Son un grupo de población donde existe mayor susceptibilidad a sufrir errores de prescripción , donde se puede destacar los cambios fisiológicos asociados a la edad, el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos, la malnutrición y por último la polimedicación. Una prescripción inadecuada surge por el problema sanitario actual que deriva a la aparición de problemas relacionados con el medicamento (PRM), reacciones adversas medicamentosas (RAM), elevado coste sanitario por aumento de ingresos y estancias hospitalarias, y elevada morbilidad en la población anciana (Delgado y cols, 2015). Hay unas consideraciones que deben ser tenidas en cuenta con carácter general en la terapéutica farmacológica de los ancianos (Medicamento y vejez, 2015).

2.12 RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNM)

Son problemas de salud relacionados con los medicamentos que aparecen en los pacientes debido a la mala utilización de los mismos. El uso de medicamentos en la actualidad debido al conocimiento que tenemos hoy en día de numerosas enfermedades no está exento de riesgos, ya que puede ocasionar en reacciones adversas medicamentosas (RAM), ineffectividad o incluso en la no utilización de una medicamento en caso de necesidad para el paciente (Martínez y cols., 2012).

Es necesario establecer una serie de estrategias para detectarlos y disminuir el riesgo de aparición de estas reacciones adversas.

3. JUSTIFICACIÓN

Un uso crónico y amplio de BZD en la población genera en la sociedad un problema de salud pública al tener un balance beneficio riesgo negativo a largo plazo. Es bien conocida la alta prevalencia en el uso inadecuado de BZD, lo que confirma la aparición de dependencias, tolerancias y manifestaciones de síndromes de abstinencia si se interrumpe el tratamiento bruscamente. Si se presentan inconvenientes se tienen que desarrollar técnicas de deshabitación que se deben realizar de forma progresiva con el paciente para el protocolo de retirada, y si fuese necesario instaurar nuevas alternativas.

Una hipótesis a tener en cuenta sería dar más información a los pacientes sobre el uso inadecuado de BZD, explicarle mediante material educativo específico y mediada por su farmacéutico profesional sanitario de su entorno, consiguiendo así un uso responsable.

Todos los datos que se obtengan de este estudio proporcionarán una información útil para poder elaborar estrategias para mejorar la seguridad con la que se usan estos fármacos y evitar complicaciones derivadas por su mal uso.

4. ANTECEDENTES Y PROBLEMÁTICA

Las BZD son fármacos que potencialmente provocan adicción: la dependencia psicológica y física se puede producir en un lapso de tiempo que va desde unas semanas hasta meses de uso habitual o repetido. Existen varios tipos de dependencia de las BZD, y éstos se superponen entre sí.

La gente que se ha hecho adicta a las dosis terapéuticas de BZD generalmente tiene varias de las siguientes características:

1. Consumen BZD en dosis "terapéuticas" recetadas (generalmente dosis bajas) desde hace meses o años.
2. Poco a poco han empezado a "necesitar" BZD para desempeñar sus actividades cotidianas normales.
3. Han seguido tomando BZD a pesar de que haya desaparecido la indicación original que hizo que les fueran recetadas.
4. Tienen dificultades en dejar de tomar este fármaco, o en reducir la dosis a causa de síntomas de abstinencia.
5. Si están tomando BZD de acción corta (**Tabla I**) presentan síntomas de ansiedad entre una dosis y la otra, o sienten deseos poderosos de tomar la dosis siguiente.
6. Se dirigen al doctor en forma habitual para solicitar recetas para continuar el tratamiento.
7. Se vuelven ansiosos si no consiguen fácilmente tener a disposición la receta siguiente; también puede ser que lleven siempre Los comprimidos consigo y hasta que tomen una dosis adicional antes de un acontecimiento que les parece puede causar estrés o antes de dormir una noche en otra cama que no es la propia.
8. Puede ser que hayan aumentado la dosis con respecto a la que se les había recetado al principio.
9. Puede ser que padezcan de ansiedad, pánico, agorafobia, insomnio, depresión y de otros síntomas de tipo físico, que se van agravando a pesar de que sigan tomando BZD.

El número de personas en todo el mundo que tienen prescritas BZD ha sido muy elevado últimamente. Por ejemplo, en los EE. UU., casi un 11% de un gran grupo de la población que se estudió en 1990 relataba que, de alguna forma, había hecho uso de BZD durante el año anterior. Además, parece que aproximadamente un 2% de la población adulta de los EE. UU. (Unos 4 millones de personas) ha usado BZD recetadas como hipnóticos o tranquilizantes de forma

habitual durante 5 a 10 años o aún más. Cifras similares también se aplican al Reino Unido, a la mayor parte de Europa y a algunos países Asiáticos. Una proporción elevada de estos consumidores a largo plazo, al menos hasta un cierto punto, deben ser adictos. No está claro exactamente cuántos lo son; esto depende en cierta forma de cómo se define el concepto de adicción. Sin embargo, muchos estudios demostraron que 50-100 por ciento de los consumidores a largo plazo tienen dificultades para suspender la ingestión de BZD a causa de síntomas de abstinencia.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS PRINCIPAL

Detectar los fármacos de semivida de eliminación corta en pacientes mayores polimedicados que se puedan sustituir por otros fármacos de semivida intermedia o prolongada con la misma acción, hipnótica o ansiolítica.

Implementando estos objetivos se pueden alcanzar de una manera terapéutica, una adecuación farmacológica para disminuir todas las reacciones adversas que producen el uso de las BZD, viendo siempre la mejor acción a seguir para la disminución de esos síntomas y que los pacientes polimedicados puedan llevar una vida más sana y una calidad de vida mejor.

5.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- 1.- Conocer el consumo de BZD en los pacientes en una oficina de farmacia comunitaria de ámbito rural de la provincia de Sevilla. Analizar las variables sociodemográficas y económicas del uso de BZD en la misma.
- 2.- Analizar la variación en el consumo global de BZD en los pacientes de esta farmacia rural antes y después de la intervención. Analizar el grado de cumplimiento farmacológico del uso de BZD.
- 3.- Conocer el impacto de la Pandemia de la Covid-19 en el uso de las BZD.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO Y ÁMBITO DE ESTUDIO

Se hizo un estudio descriptivo a las personas mayores polimedicadas que tenían prescritas BZD. Con este diseño se trata de conocer el perfil del consumo de BZD en los pacientes de una oficina de Farmacia de Sevilla, describir el grado de cumplimiento terapéutico, que para ello, se ha utilizado el test de Morisky-Green-Levine, El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. También conocer el grado de información del uso de BZD, gracias a una encuesta llevada a cabo desde el confinamiento a todos esos pacientes donde se puede evaluar la efectividad en la medicación en pacientes polimedicados. El estudio se realizó en una Oficina de Farmacia situada en Los Palacios y Villafranca, (Sevilla). El estudio se planificó en una con una primera fase de información a nuestra población diana respecto al uso de las BZD y una segunda fase de intervención, con un cuestionario sobre las medidas sanitarias a seguir según el protocolo establecido desde el Ministerio de Sanidad para la Covid-19.

6.2 POBLACIÓN DIANA

La población de diana fue en su caso un gran número de personas entrevistadas con numerosas patologías y tratamientos con polimedicación durante el período de inclusión, siendo este desde Mayo a Agosto que retiraran su tratamiento en dicha farmacia. El uso de BZD no está por defecto estacional, es decir, que se puede evaluar en cualquier época del año, pero si necesita una período de deshabitación de entre 4 y 18 semanas. El estudio se ha realizado durante parte del confinamiento y desconfinamiento para ver todo tipo de problemáticas con el uso de BZD.

6.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se ha llevado a cabo en pacientes consumidores de BZD de más de 4 semanas y cuyas prescripciones sean de su médico de Atención Primaria, Hospitalaria o del ámbito de la privada mayor de 65 años que aceptaron participar y responda a la encuesta previa y que firme el consentimiento informado. Se ha podido realizar las encuestas a un total de 100 personas. El período de estudio fue de 4 meses y se optó por un período amplio para poder incluir a la mayoría de los pacientes con BZD usuarios de la farmacia comunitaria.

6.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se han recogido datos a pacientes con más de una enfermedad. Pacientes con patología con demencias. Pacientes con parkinsonismo. Pacientes con demencia/ pronóstico de vida limitado. Pacientes terminales. En general pacientes que tengan disminuida su capacidad de decisión. Y se han excluido a pacientes con opiáceos mayores, pacientes con dependencia alcohólica y pacientes oncológicos, más que nada por ley de protección de datos e intimidad familiar.

6.3 VARIABLES DE MEDIDA

Para el objetivo principal se ha tenido en cuenta el tipo de BZD que tenían prescritas y después del estudio se ha recomendado que vayan a su médico con la información dada por su farmacia. La principal causa es según el tratamiento usar BZD de acción más prolongada para disminuir el síndrome de retirada (**Tabla III**). Como variables de medida se ha tenido en cuenta la edad, sexo, estado civil, situación laboral, aunque la gran mayoría de los pacientes entrevistados eran jubilados (**Tabla IV**). Nivel socioeconómico. Conocimiento de la primera vez que empezaron su medicación con BZD. Tiempo de uso, tipos de BZD. Adherencia al tratamiento y generalidades. Principalmente personas para la deshabitación al consumo de BZD. Y por otro lado la calidad de vida relacionada con la salud, a través del cuestionario citado anteriormente donde se describe todas las preguntas formuladas para conocer la consciencia social ante la situación de la COVID-19, en pacientes polimedicados.

Tabla III. Esquema que clasifica las BZD según su vida media:

Clasificación de las benzodiacepinas según su vida media	
Acción ultracorta (<6h)	
Bentazepam	25 mg/8h
Brotizolam	0,25-0,5 mg/d
Midazolam	7,5-15 mg/d
Triazolam	0,125-0,25 mg/d
Acción corta (6-24h)	
Alprazolam	0,25-0,5 mg/8h
Bromazepam	1,5-6 mg/8h
Flunitrazepam	0,5-1 mg/d
Loprazolam	1 mg/d
Lorazepam	2-6 mg/d o 1-2 mg/8-12h
Lormetazepam	1-2 mg/d
Oxacepam	15-30 mg/d o 10-30 mg/6-8h
Acción larga (>24h):	
Clobazam	20-30 mg/d o 10-15 mg/12h
Cloracepato	15-30 mg/d o 5-15 mg/12h
Diazepam	5-10 mg/d o 2-10 mg/12
Flurazepam	15-30 mg/d
Halazepam	20-40 mg/8-24h
Ketazolam	15-60 mg/d
Nitrazepam	5-10 mg/d
Quazepam	7,5-15 mg/d

6.4 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Gracias a la intervención de titular de la farmacia comunitaria, dos farmacéuticos y dos auxiliares de farmacia en la que se desarrolla la intervención, invitan prácticamente a la totalidad de los pacientes a estudio cada vez que aparecía el uso de BZD. El titular ayudó con una lista de pacientes con dependencia a BZD mediante preguntas directas a los usuarios de la farmacia. Esta estrategia se llevó a cabo para primero si se trataba del perfil que se buscaba y, a continuación entregarle la encuesta en forma de documento donde la podría contestar allí mismo o en casa. A parte de la encuesta también se les daba un documento informativo de la necesidad en caso de que fuese posible reducir el consumo de BZD, también se describía los efectos desfavorables del consumo a largo plazo y se les indicaba las pautas para disminuir su consumo. Las consecuencias de tener un consumo crónico (disminución de reflejos, caídas, fracturas, alteraciones de memoria), la necesidad de una retirada, siempre gradual, para ir adaptando al organismo y evitar los síntomas secundarios a la interrupción del tratamiento. Garantizar el apoyo durante todo el proceso.

6.5 METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Todos los profesionales de la farmacia estaban organizados para poder explicar a los pacientes a entrevistar, que necesitaban ser parte de un estudio sobre el uso de parte de la medicación que estaban tomando. Por lo que tuvo buena aceptación por los usuarios. Esto se llevaba a cabo desde la apertura de la farmacia donde a cada paciente se le presentaba el cuestionario. Para garantizar la privacidad del paciente, la captación se llevaba a cabo primeramente preguntando en mostrador si querían participar en un estudio de investigación sobre su medicación, y una vez aceptaban se les llevaba a una zona de la farmacia personalizada para la atención. También firmaban un consentimiento para que fuesen conscientes de su participación en el estudio, tras lo cual se iniciaba la intervención. Si el paciente no dispusiese de tiempo se le daba cita previa para un día posterior entre paciente y farmacéutico. Se les dispensaba un documento sobre el uso racional y adecuado de BZD. En este test se añadía las cuatro preguntas del test de Morisky-Green-Levine, con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento, Además presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

En la primera visita del paciente a la farmacia, farmacéuticos ejercientes de la misma, tras recabar el tratamiento del paciente, facilitaron al paciente información básica sobre los objetivos

del tratamiento farmacológico, de las BZD los mecanismo de acción de los Fármacos, las diferencias entre medicación de vida media corta o larga así como el control de la eficacia y de la seguridad de BZD. A continuación se descartaba la presencia de interacciones farmacológicas entre el tratamiento de BZD y el resto de la medicación. Si se detectaba alguna interacción, en coordinación con el médico, se adoptan las medidas para solventarla según protocolo. Se evalúa la adherencia a la medicación en caso de ser necesario, se evaluaba si las medidas que se hubiesen adoptado en visitas previas habían dado o no resultado. Tras todo el periodo de estudio en los cuatro meses se les hace una segunda entrevista con otro personal distinto a la primera anamnesis para evitar respuestas por complacencia. Se recopilaban estos datos para evaluar y comparar la efectividad para la deshabituación mediante la información entregada para mejorar los aspectos cognitivos y psicomotores, por último se les preguntaba si habían presentado algunas molestias debida a los síntomas de retirada.

6.6 METODOLOGÍA: CUESTIONARIOS

En primer lugar una descripción sociodemográfica y económica de la población en estudio. Seguidamente otra encuesta sobre generalidades respecto a las BZD, incluido el test de Morisky-Green-Levine, para poder ver el cumplimiento o no de los pacientes. Y por último una cuestionario sobre la Covid-19.

CUESTANARIO COVID-19

1. ¿Con qué frecuencia usas las mascarillas?
2. ¿Con qué frecuencia te lavas las manos?
3. ¿Cuántas horas a la semana pasas fuera de casa en lugares abiertos?
4. ¿Cuántas horas a la semana pasas fuera de casa en lugares cerrados?

5. ¿Con qué frecuencia te tocas la cara?
6. ¿Mantienes distanciamiento social con la gente que te rodeas?
7. ¿Manejas dinero en efectivo?
8. ¿Cuántos minutos a la semana utilizas el ascensor comunitario?
9. ¿Cuántas horas a la semana utilizas el transporte público?
10. ¿Has cambiado de domicilio durante el confinamiento?
11. ¿Ha tenido algún familiar directo con caso positivo en Covid-19?

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para el análisis de los resultados de las distintas preguntas se utiliza la herramienta de hoja de cálculo de Microsoft Office Excel sobre el total de preguntas del cuestionario.

Se someten a análisis distintos aspectos teniendo en cuenta el nivel socioeconómico de los usuarios de la farmacia. En nuestro caso pacientes de edades comprendidas entre 65 a 95 años (**Tabla IV**), los cuales tienen una medicación para múltiples patologías, entre ellas principalmente las BZD. En la primera parte del cuestionario se detalla las variables sociodemográficas y económicas de la población en estudio (**Tabla IV**). Se ha preguntado generalidades sobre la patología en cuestión y el tratamiento (**Tabla V**). A continuación se ha preguntado sobre situaciones y acciones que se ha podido llevar a cabo desde el confinamiento (**Tabla V**). Seguidamente se recoge unas preguntas que incluyen el test de Morisky-Green-Levine y también preguntas sobre a la adherencia terapéutica y aparte más preguntas sobre el

conocimiento de su medicación. (Tabla VI). Finalmente se realizó un cuestionario donde se hace un análisis para ver si se han realizado bien las medidas higiénicas establecidas. (Cuestionario Covid-19).

Tabla IV: Descripción sociodemográfica y económica de la población en estudio.

VARIABLES	N°	%
SEXO		
Hombre	36	36%
Mujer	64	64%
Total	100	100%
EDAD		
65-75 años	88	88%
75-85 años	10	10%
85-95 años	2	2%
Total	100	100%
NIVEL DE ESTUDIOS		
No ha cursado ningún tipo de estudios	55	55%
Estudios obligatorios completados	16	16%
Estudios de Bachillerato	10	10%
Estudios en ciclos superiores	15	15%
Estudios superiores universitarios	4	4%
Estudio Máster o Doctorado	0	0%
Total	100	100%
ESTADO CIVIL		
Soltero/a	2	2%
Casado/a	59	59%
Divorciado/a	6	6%
Viudo/a	33	33%
Total	100	100%
SITUACIÓN LABORAL		
Empleado/a	26	26%

Parado/a	7	7%
Jubilado/a	67	67%
Total	100	100%

Tabla V. Generalidades sobre la patología y el tratamiento en la población de estudio.

GENERALIDADES SOBRE LA PATOLOGÍA Y EL TRATAMIENTO	Nº	%
1. ¿Cuánto tiempo hace que Ud. sufre ansiedad o trastornos del sueño?		
0 a 6 meses	6	6%
7 a 11 meses	13	13%
Más de 12 meses	81	81%
Total	100	100%
2. ¿Cree que la ansiedad o trastorno del sueño es una enfermedad pasajera?		
Sí.	24	24%
No.	7	7%
No lo sé.	69	69%
Total	100	100%
3. ¿Suele ir Ud. a las revisiones periódicas para saber cómo va sus patologías?		
Sí.	98	98%
No.	2	2%
Total	100	100%
4. ¿De quién confía Ud. más para darle mejores consejos en relación con su medicación?		
Personal médico.	12	12%
Personal de farmacia.	86	86%
Otros (internet, vecinos, otros especialistas).	2	2%
Total	100	100%
5. ¿Le han explicado en qué consiste su enfermedad de la ansiedad y trastornos del sueño?		
Sí.	82	82%

No.	8	8%
No lo recuerdo.	10	10%
Total	100	100%
6. ¿Ha visitado Ud. con frecuencia su farmacia, durante estos meses de confinamiento?		
Más de 2 veces.	85	85%
Menos de 2 veces.	15	15%
Ninguna.	0	0%
Total	100	100%
7. ¿Ha podido dormir bien durante el confinamiento?		
Siempre.	65	65%
Casi siempre.	18	18%
A veces.	10	10%
Casi nunca.	6	6%
Nunca.	1	1%
Total	100	100%
8. ¿Se ha puesto Ud. más nerviosos durante el confinamiento?		
Sí.	90	90%
No.	10	10%
Total	100	100%
9. ¿Qué tipos de BZD utiliza Ud.?		
Lorazepam	39	39%
Lormetazepam	8	8%
Lorazepam y Lormetazepam	12	12%
Bromazepam	3	3%
Alprazolam	5	5%
Zolpidem (análogo a BZD)	4	4%
Clorazepato	8	8%
Diazepam	21	21%
Total	100	100%

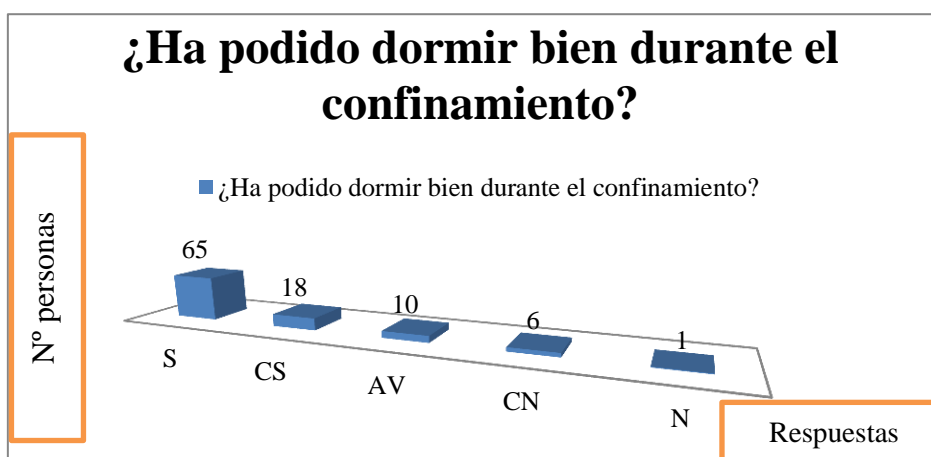
Es importante destacar el alto consumo de BZD de semivida corta, (67%). Este resultado refleja que una intervención del farmacéutico con el fin de mejorar la

seguridad de estos pacientes, puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes y disminuir los riesgos de dependencia de estos tratamientos.

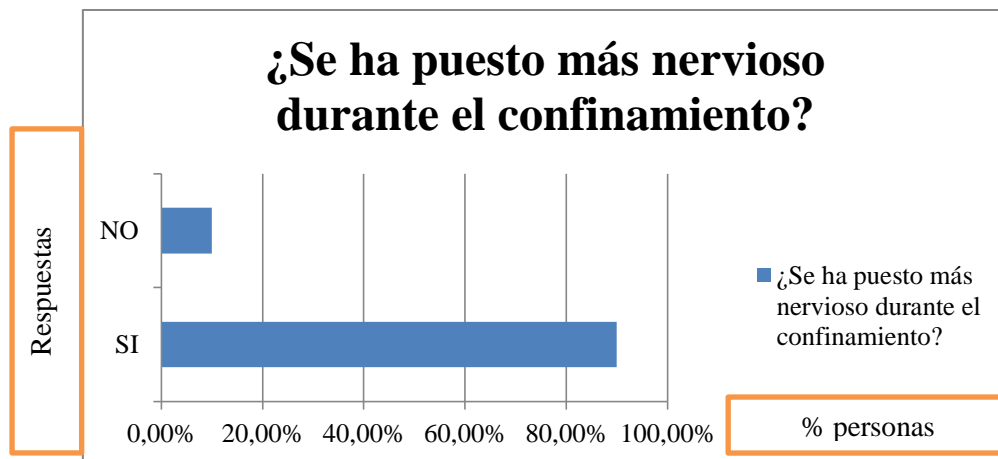
Conocer los hábitos de consumo de las BZD de los mayores polimedicados de nuestro estudio centra nuestro objetivo principal. Para alcanzar este objetivo se diseñan los cuestionarios con preguntas que van dirigidas a conocer los diferentes aspectos relacionados con el uso racional de las BZD de la población a estudio de una farmacia comunitaria de ámbito rural.



1. Gráfico de columnas apiladas con efecto 3D que representa el % de personas que visitaron a su farmacéutico.



2. Gráfico en columnas 3D que representa el número de personas que han podido dormir bien durante el confinamiento.



3. Diagrama de barras apiladas que representa las respuesta (SI o NO) frente al porcentaje de personas que se encontraban más nerviosas durante el periodo de confinamiento.

Tabla VI. Test de adherencia terapéutica de la población de estudio.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Nº	%
1. ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?		
Sí.	45	45%
No.	65	65%
Total	100	100%
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
Sí.	91	91%
No.	9	9%
Total	100	100%
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
Sí.	8	8%
No.	92	92%
Total	100	100%
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomar la medicación?		
Sí.	76	76%
No.	24	24%
Total	100	100%
5. ¿Ha dejado de tomar la medicación por sí mismo?		

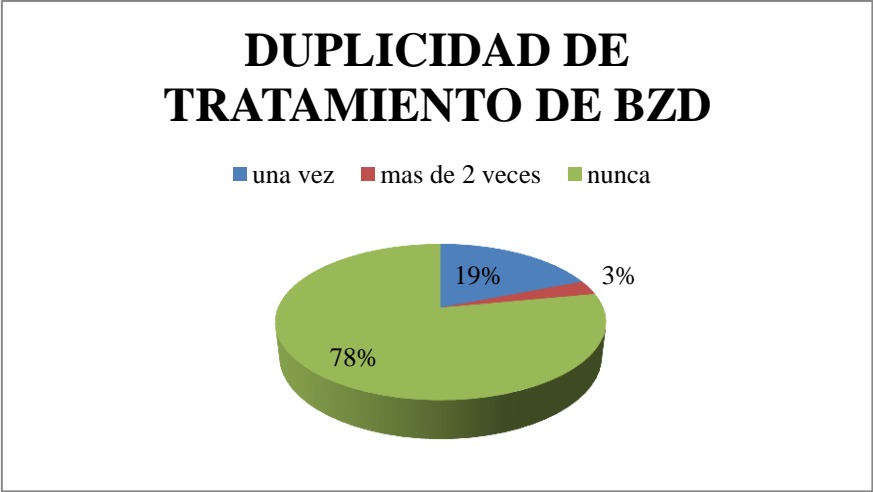
Sí.	21	21%
No.	79	79%
Total	100	100%
5.1 En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?		
Durante días.	11	52%
Durante semanas.	8	38%
Durante meses.	2	9.5%
Total	21	100%
6. ¿Qué síntomas experimentó?		
Insomnio.	23	23%
Palpitaciones.	4	4%
Ansiedad.	33	33%
Nerviosismo.	14	14%
Sudoración.	5	5%
Irritabilidad.	2	2%
Intranquilidad.	19	19%
Total	100	100%
7. ¿Ha sido informado de cómo tomar su medicación?		
Sí.	85	85%
No.	15	15%
Total	100	100%
8. ¿Ha sido informado de los efectos adversos de su medicación?		
Sí.	12	12%
No.	88	88%
Total	100	100%
9. ¿Ha visto necesario duplicar la dosis algún día durante el confinamiento?		
Una vez.	19	19%
Más de 2 veces.	3	3%
Nunca.	78	78%
Total	100	100%
10. ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos de su tratamiento?		
Sí.	20	20%
No.	70	70%

Total	100	100%
11. ¿Es consciente de la importancia de su medicación?		
Sí.	29	29%
No.	71	71%
Total	100	100%
12. ¿Es consciente de los riesgos del consumo excesivo y prolongado de las BZD?		
Sí.	22	22%
No.	78	78%
Total	100	100%
13. ¿Toma Ud. la posología prescrita?		
Sí.	96	96%
No.	4	4%
Total	100	100%

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en las encuestas realizadas se pudo observar que el 96% de los encuestados afirmaban cumplir con una correcta adherencia al tratamiento prescrito, mientras que por el contrario, el 4% de los encuestados no eran cumplidores terapéuticos. Una de las preguntas del test de Morisky-Green-Levine se ha obtenido que un 76 % del total abandonen su tratamiento cuando se siente mal. Este dato último hay que tenerlo en cuenta para fomentar que no se pueden dejar por decisión propia el uso de las BZD.

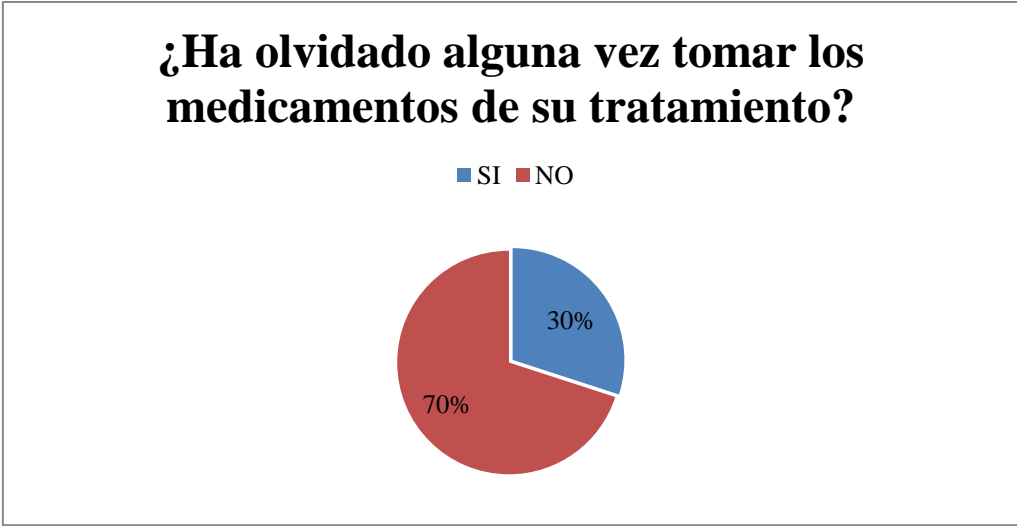
Una correcta adherencia al tratamiento es la base para usar de manera correcta y eficaz cualquier medicación y en especial las BZD (Dilla et al., 2009).

Uno de los posibles problemas principales en este tipo de estudios es el reparo, sobre todo de las personas ancianas, para hablar sobre su medicación y dar muchos detalles. Además suelen ser las personas mayores, que por su pluripatología, pueden tener más problemas a la hora de tomar su medicación. Del mismo modo podrían olvidarse de tomarlas y son los que puedan llegar a tener más riesgos de interacciones o complicaciones (Franco-Fernández et al., 2009). En este estudio no se ha encontrado mucha reticencia para hablar y participar en las encuestas, ha habido casi totalidad de personas mayores interesadas en ello, posiblemente por ser usuarios habituales de la oficina de farmacia donde se realizó el estudio y tener un alto grado de confianza con los titulares y trabajadores de la misma; datos similares a lo expuesto por Núñez Montenegro et al., 2014.



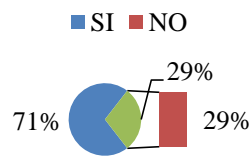
4. Gráfico circular en 3D que representa el porcentaje de personas que han podido duplicar su dosis de BZD.

Para el 78% de los encuestados manifiestan que cumplen con sus tratamientos, siendo minoritario los incumplidores de los cuales solo el 3 % manifiesta duplicar su tratamiento en más de una ocasión.



5. Gráfico circular seccionado que representa los porcentajes de personas que han olvidado la medicación de su tratamiento.

¿Es consciente de la importancia de su medicación?



6. Gráfico circular con subgráficos de barras que representa el porcentaje de pacientes que son conscientes de su medicación.

El análisis de las respuestas obtenidas para la pregunta sobre el conocimiento de la importancia de su medicación, refleja que para el 71% del total de sujetos si eran conscientes de la importancia de su medicación y un 29% no.

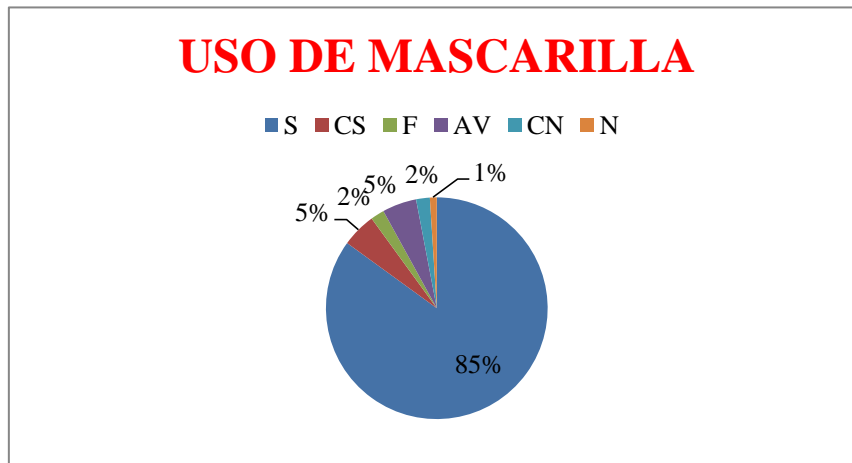
Sin embargo para las respuestas de la pregunta dirigida a los pacientes si conocen el riesgo del consumo excesivo de BZD, un 78 % del total de encuestados no eran conscientes de los riesgos.

Un 81 % de los pacientes de nuestra población diana reconocían llevar bastante tiempo con su medicación y se ha podido comprobar que muchos tratamientos prescritos deberían de haberse retirado paulatinamente. El análisis de los resultados obtenidos en del uso de BZD, indica que este consumo no se hace correctamente y mucho menos se respeta el tiempo establecidos por las guías.

Las guías terapéuticas sobre la prescripción de las BZD recomiendan su uso restringido al alivio rápido de la ansiedad severa o el insomnio. A este respecto, la Agencia Española del Medicamento estipula que las BZD sólo están indicadas para el tratamiento de un trastorno intenso, que limita la actividad del paciente o le somete a una situación de estrés importante. De forma general la duración total del tratamiento no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual del mismo. (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Circular N° 3/2000. Disponible en <http://www.agemed.es>). En general se ha observado que los pacientes requieren más información por parte del sanitario sobre su patología aun afirmando haber sido informados.

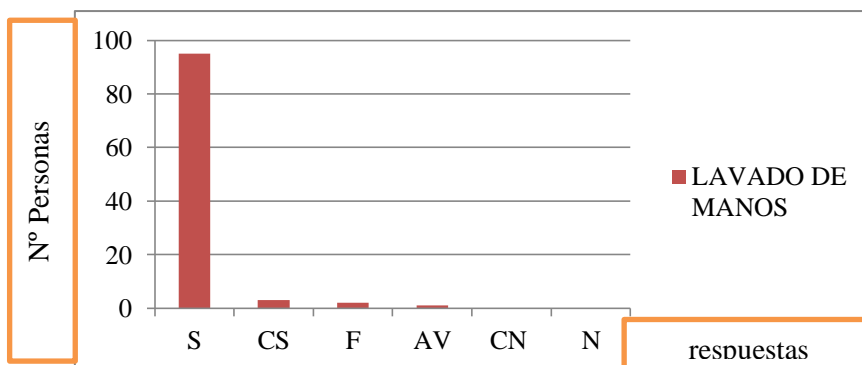
RELACIÓN DE RESPUESTA CUESTIONARIO COVID-19

¿Con qué frecuencia usas las mascarillas?



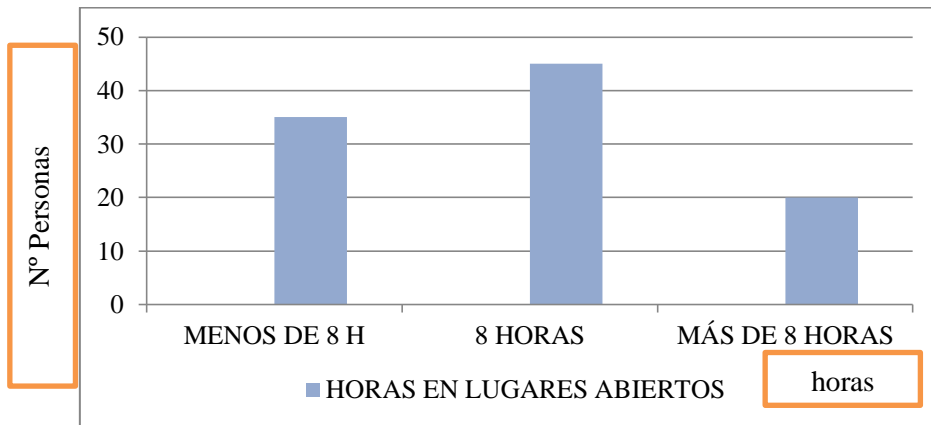
9. Gráfico circular que representa las respuestas S (siempre), CS (casi siempre), F (frecuentemente), AV (a veces), CN (casi nunca), N (nunca) sobre uso de mascarillas.

¿Con qué frecuencia te lavas las manos?



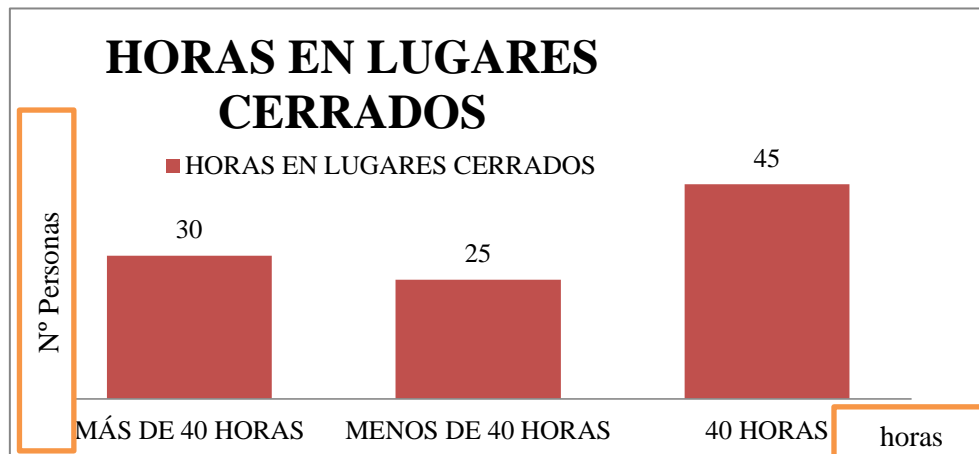
10. Gráfica de columnas apiladas donde se representan el nº de personas que se lavan las manos.

¿Cuántas horas a la semana pasas fuera de casa en lugares abiertos?



11. Gráfica de columnas agrupadas donde se representa el nº de personas frente las horas de exposición en lugares abiertos.

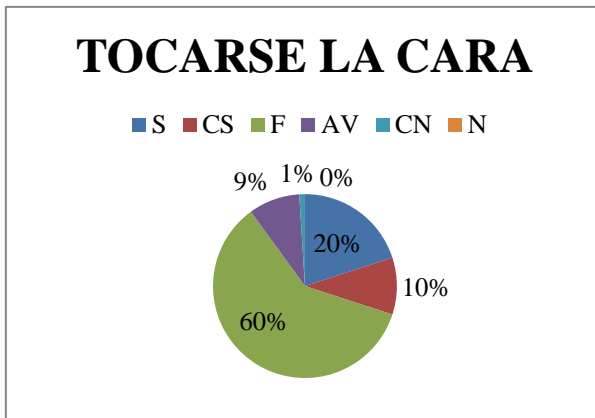
¿Cuántas horas a la semana pasas fuera de casa en lugares cerrados?



12. Gráfica de columnas agrupadas donde se representa el nº de personas frente las horas de exposición en lugares cerrados.

¿Con qué frecuencia te tocas la cara?

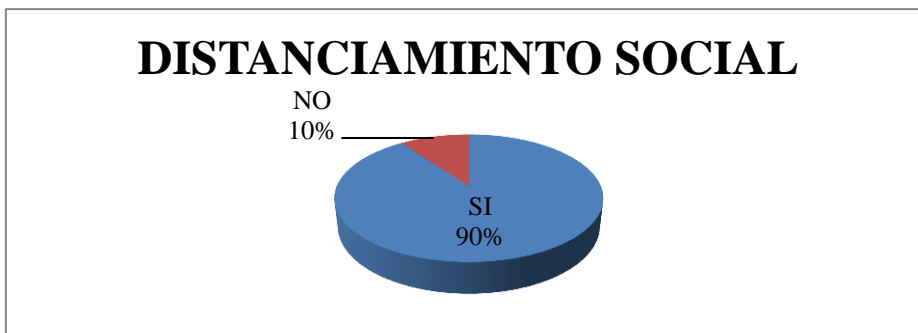
¿Manejas dinero en efectivo?



13. Gráfico circular sobre porcentaje de personas que tocan la cara.

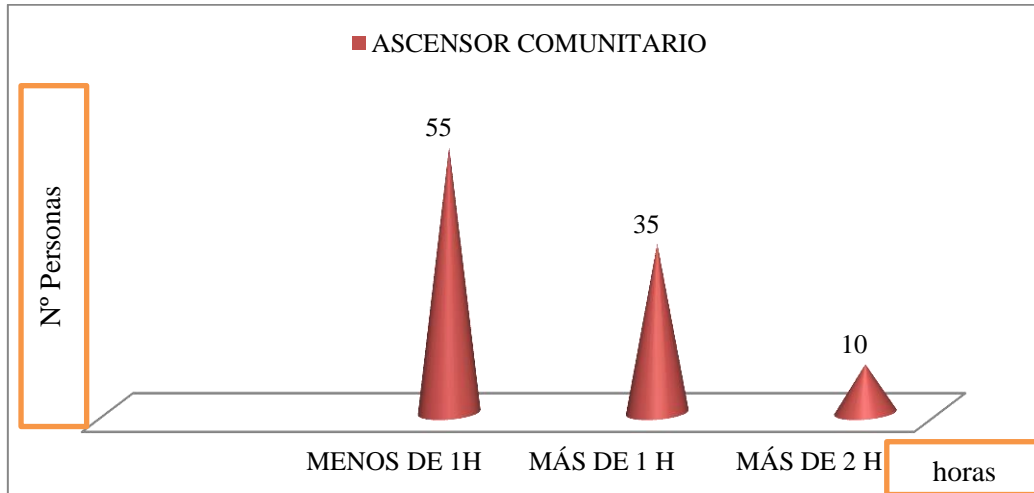
14. Gráfico circular que representa el porcentaje personas que manejan dinero en efectivo.

¿Mantienes distanciamiento social con la gente que te rodeas?

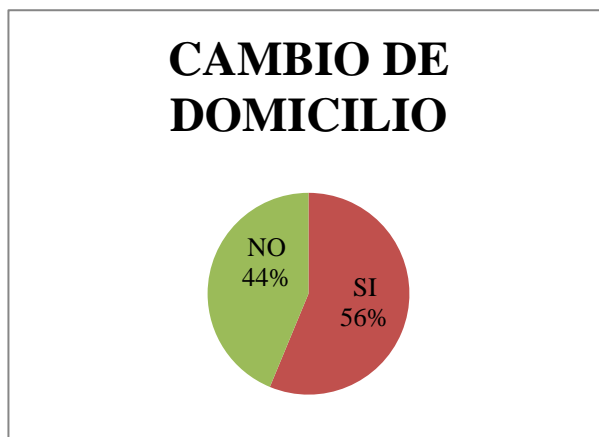


15. Gráfico circular sobre el porcentaje de personas que has respetado el distanciamiento social.

¿Cuántos minutos a la semana utilizas el ascensor comunitario?



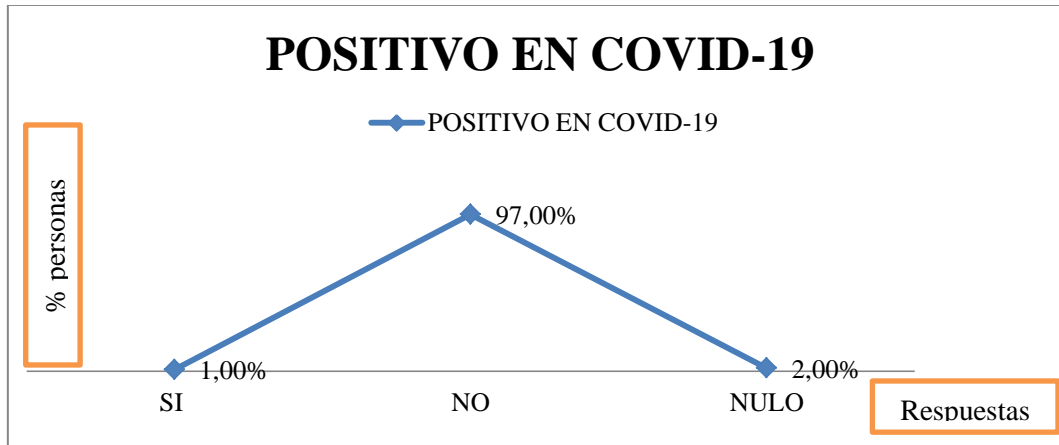
16. Gráfico de conos apilados que representa el número de personas que usan el ascensor comunitario.



Numerosas personas de este pueblo suelen tener un segundo domicilio, sobretodo en campos y fincas periurbanas.

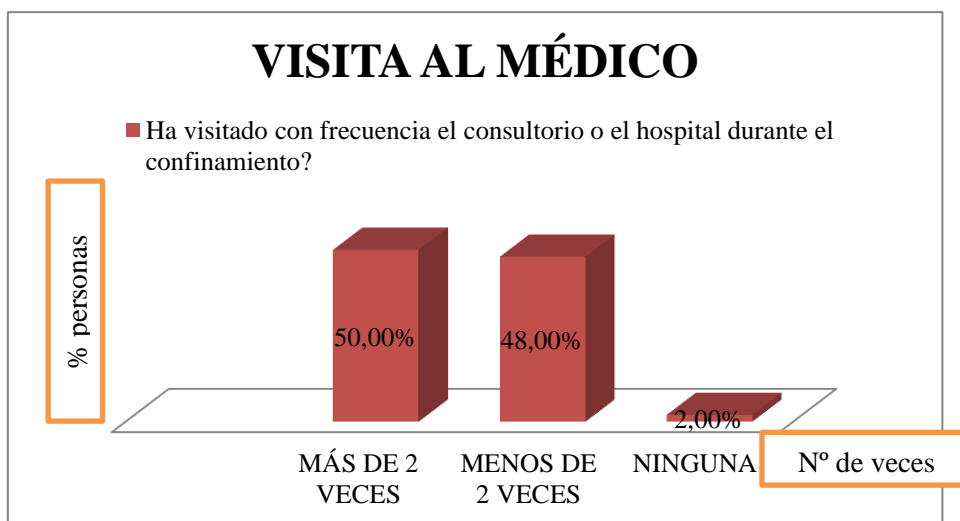
17. Gráfico circular. Se representa el porcentaje de personas que se han cambiado de domicilio durante el confinamiento.

¿Ha tenido algún familiar directo con caso positivo en covid-19?



18. Gráfico lineal con marcadores que representa los casos positivos en Covid-19.

¿Ha visitado con frecuencia el consultorio o el hospital?



19. Gráfico de columnas apiladas en 3D que representa el % de personas que visitaron al médico.

Los datos obtenidos en la encuesta sobre las medidas sanitarias establecidas por el Ministerio de Sanidad parece ser que la gran mayoría la cumplen. Puntualizar el gran número de pacientes que han usado mascarillas y han respetado el distanciamiento social tanto en lugares cerrados como abiertos.

Los resultados obtenidos muestran que durante el confinamiento aumenta la tendencia a la automedicación por diversas causas tales como no poder acudir al médico o a su farmacéutico por la Covid-19. Muchas personas han optado por la automedicación por tener en casa medicamentos de más, otros se han medicado por encontrarse más nerviosos por la situación.

8. CONCLUSIÓN

1.- Los pacientes encuestados demandan más información sobre las consecuencias negativas del uso inadecuado de las BZD. Se ha contrastado que modificando el estilo de vida y con la ayuda familiar se puede controlar el abuso de las BZD.

2.- Más de la mitad de la población encuestada está satisfecha con su tratamiento, pero existe un elevado número de BZD de acción corta. Muchos pacientes desconocen sus riesgos.

3.- Con el fin último de disminuir el elevado consumo de BZD prescritas de acción corta, y realizar la intervención de sustitución por BZD de acción larga. Esta mejora requiere la participación del personal facultativo prescriptor que junto con el farmacéutico mejoren el uso racional de las BZD en mayores polimedicados.

4.- Gracias al servicio farmacéutico que se ha podido implantar en las oficinas de farmacias muchos pacientes han sido informados del elevado consumo de BZD. Se ha aportado información a medida que se realizaba la dispensación. Seguir realizando esta labor de información del uso correcto de BZD es fundamental para la mejora de la salud a largo plazo.

5.- Por último, los resultados obtenidos de las preguntas relacionadas con la infección de la Covid-19 van a en consonancia con un incremento de la ansiedad. Incremento de ansiedad por incertidumbre de no conocer las consecuencias negativas sobre la salud y la economía.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Ashton, H. Benzodiazepine withdrawal: outcome in 50 patients. British Journal of Addiction (1987) 82,665-671.
- Ashton, H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. Drugs (1994) 48, 25-40.
- Ashton, H. Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use. Psychiatric Annals (1995) 25,158-165.
- Ashton, H. Benzodiazepine Abuse, Drugs and Dependence, Harwood Academic Publishers (2002), 197-212, Routledge, London & New York.
- Velert J, Velert M, Salar L, et al. Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. Aten. Primaria 2012.
- González M, Cabrero P, Lancho S, Torres Sánchez A. Consumo crónico de benzodiazepinas en ancianos. Aten. Primaria 2004.
- Flórez J, Hurle. MA. Fármacos ansiolíticos y sedantes. En: Flórez J, ed. Farmacología humana. 2ª ed. Barcelona: Ed. Masson-Salvat Medicina; 1992:383-97.
- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. Arch Intern Med. 2010; 170:1648-1654.
- Martínez Jiménez M.V, Flores Dorado M, Espejo Guerrero J, Jiménez Vicente P, Martínez Martínez F, Bernabé Muñoz E. Atención Primaria. 2012; 44(3):128-135.
- Ollero M, Álvarez TM, Barón FB Bernabéu M, Codina A, Fernández A *et al.* 2ª ed. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007.
- Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. BMJ. 2014; 349: 5205.
- Billioti S, Bégau B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study BMJ 2012; 345 :e6231.

- Billioti S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study BMJ 2014; 349:g5205.
- Brime. B; Llorens. N; Méndez. F; Molina. M; Sánchez. E; Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Disponible en <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OEDA-INFORME.pdf>.
- Cómo afrontar un paciente con dependencia a benzodiazepinas en atención primaria? Estrategias para la deshabituación Revisión clínica Medwave 2018 Ene-Feb; 17 (1):e7159 doi: 10.5867/medwave.2018.01.7159.
- Donnelly K, Bracchi R, Hewitt J, Routledge PA, Carter B. Benzodiazepines, Zdrugs and the risk of hip fracture: A systematic review and metaanalysis. PLoS ONE. 2017; 12(4): 174-730.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2007/5-1. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/completa/index.html>.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006/10.
- Baillargeon L1, Landreville P, Verreault r, beauchemin JP, Grégoire JP, Morin CM. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioral therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. CMAJ. 2003 Nov 11; 169 (10):1015-20.
- Bakken MS, Engeland A, Engesæter LB, Ranhoff AH, Hunskaar S, Ruths S. Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a

- nationwide prospective cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2014; 70(7): 873-880.
- Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2012; 16(2):77-84.
 - Benzodiazepinas. Guías farmacoterapéuticas Fisterra. www.fisterra.com.
 - Bonnet M and Arand DL. Treatment of insomnia. Upto- Date 2013.
 - Fang SY, Chen CY, Chang S, Wu ECH, Chang CM, Lin KM. Predictors of the incidence and discontinuation of longterm use of benzodiazepines: A population-based study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009; 104(1-2): 140-146.
 - Gámez Lechuga M, Irala Indart C. Selección de benzodiazepinas, bases para su utilización en el hospital. *Farm Hosp* 1996; 21 (2): 117-122.
 - Gorgels et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practise: a prospective controlled intervention study. *Drug and Alcohol dependence* 2005; 78: 49-56.
 - Gould RL, Coulson MC, Howard RJ Efficacy of cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012.60: 218– 229.
 - Gustavsen I, Bramness JG, Skurtveit S, Engeland A, Neutel I, Mørland J. Road traffic accident risk related to prescriptions of the hypnotics zopiclone, zolpidem, flunitrazepam and nitrazepam. *Sleep Med*. 2008; 9: 818–22.
 - Huedo-Medina T, Kirsch I, Middlemass j et al. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ* 2012; 345: e8343 doi: 10.1136/bmj.e8343 (Published 17 December 2012).
 - Vicens C y Fiol F. Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2008; 32: 52-57
 - Huerta C, Abbing-Karahagopian V, Requena G, Oliva B, Alvarez Y, Gardarsdottir H et al. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in seven European electronic healthcare databases: a crossnational

- descriptive study from the PROTECT-EU Project. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2016; 25(1): 56-65.
- Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Benzodiazepine learning module. April 2013.
 - Omar Walid Muquebil A; Rodríguez, C; Rodríguez Turiela, S, Ocio Leónb, Mario Javier Hernández González, Manuel Gómez Simónb, María Aida Fernández Menéndezc. Deprescription of benzodiazepines and Z drugs: A shared responsibility. Vol. 13. Núm. 2. Páginas 51-114 (Abril - Junio 2020).
 - Parr J M, Kavanagh D J, Cahill L et al. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction* 2009; 104(1): 13-24. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02364.x.
 - Sánchez, V; María Pilar et al. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2013, vol.87, n.3, pp. 247-255. ISSN 1135-5727. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000300004>.
 - Vicente Sánchez, María Pilar et al. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2013, vol.87, n.3, pp. 247-255. ISSN 1135-5727. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000300004>.
 - Vicens, C. F. Bejarano, E. Sempere, C. Mateu, F. Fiol, I. Socias, et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. *Br JPsich* 2014; 204: 471-479.).
 - Viviana Domínguez, Martín Collares, Gabriela Ormaechea, Gustavo Tamosiunas. Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción ev. *urug. med. interna*. ISSN: 2393-6797 - Diciembre 2016 N°3: 14-24.
 - Franco-Fernández MD, Antequera-Jurado R. Trastornos de la ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009; 1:37-47.
 - Núñez Montenegro AJ. Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años. 2014.
 - Danza A, Cristiani F, Tamosiunas G. Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas. *Prensa Médica Latinoam*. 2009; 103-107.

- Dilla T, Villadaresa A, Lizán L, Sacristan JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009; 41(6): 342-348.
- Boletín Canario de Uso racional del Medicamento del SCS. Uso adecuado de benzodiacepinas en insomnio y ansiedad. Bolcan. 2014; 1(6): 1-8.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986; 24: 67-74

RELACIÓN DE MIEMBROS DEL EQUIPO

FARMACÉUTICOS TITULAR DE LA FARMACIA SANCHEZ PAREJO C.B
 FARMACÉUTICOS: PILAR, JOSÉ ANTONIO, ÁNGEL Y ANA PAREJO
 AUXILARES DE FARMACIA: ANTONIO, NOELIA Y ANA MARIA.

AGRADECIMIENTOS A LOS MIEMBROS DE LA COMISIÓN.