



UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE FARMACIA

Prácticas farmacéuticas seguras en la Farmacia Comunitaria: Uso seguro de hipnóticos y ansiolíticos.

Trabajo Fin de Grado

Jorge Martil Domínguez

Sevilla, 2018



UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE FARMACIA
Departamento de Farmacología

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN FARMACIA

Prácticas farmacéuticas seguras en la Farmacia Comunitaria: Uso seguro de hipnóticos y ansiolíticos.

Alumno: Jorge Martil Domínguez.
Tutora: Dra. M.^a Concepción Pérez Guerrero.
Tipo de proyecto: Experimental.
Presentación: Facultad de Farmacia de Sevilla.
Fecha: 18-21 de Septiembre de 2018.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Página

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. GENERALIDADES DE LAS BENZODIACEPINAS	2
1.2. SEGURIDAD DE LAS BENZODIACEPINAS.....	3
1.3. DESHABITUACIÓN	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	8
3. OBJETIVOS	9
3.1. OBJETIVO GENERAL	9
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4. METODOLOGÍA	10
4.1. DISEÑO.....	10
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	10
4.3. POBLACIÓN Y SUJETOS DE ESTUDIO.....	10
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	10
4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	11
4.6. VARIABLES DE ESTUDIO.....	11
4.7. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN	12
4.8. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	12
4.9. ASPECTOS ÉTICOS.....	13
4.10. ANÁLISIS DE DATOS.....	14
5. RESULTADOS	15
5.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA	15
5.2. GENERALIDADES SOBRE LA PATOLOGÍA Y EL TRATAMIENTO.....	16
5.3. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.....	19
5.4. ADHERENCIA O CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.....	20
6. DISCUSIÓN	26
7. CONCLUSIONES	31
8. BIBLIOGRAFÍA	32
9. ANEXO I: CUESTIONARIO.....	38
10. ANEXO II: INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	42

Resumen

Introducción: El uso de los ansiolíticos e hipnóticos es cada vez más prevalente en los países desarrollados como España, siendo las benzodiazepinas los fármacos más prescritos y dispensados. Podríamos decir que dichos fármacos se encuentran entre los peores utilizados por su desconocimiento, su falta de adherencia, sus efectos adversos y su uso durante largos periodos de tiempo, pudiendo dar lugar a sufrir de farmacodependencia, tolerancia y adicción.

Objetivo: El presente estudio tiene por objetivo conocer el perfil del consumo de benzodiazepinas en los pacientes de una oficina de farmacia de Sevilla, describiendo el grado de cumplimiento terapéutico con respecto a las mismas y el nivel de conocimiento del uso de benzodiazepinas.

Metodología: Se presenta un estudio cuantitativo descriptivo transversal, en el que haciendo uso del Test de Morisky-Green-Levine (validado para población española) y el Cuestionario de Conocimiento de la Enfermedad de elaboración propia, se entrevistaron a las personas que se encontraban en tratamiento farmacológico con benzodiazepinas que acudieron a la Farmacia del barrio de Sevilla Este situado en Sevilla capital.

Resultados: Los encuestados presentaron conocimientos adecuados sobre la enfermedad y los factores que pueden mejorarla o agravarla. En cuanto al cumplimiento terapéutico, más de la mitad de los encuestados cumplen con su tratamiento. En cuanto a los no cumplidores, cabe destacar que refieren síntomas de retirada brusca tales como insomnio, nerviosismo y/o taquicardia. Esta falta de adherencia se relaciona con el olvido de alguna toma o la supresión voluntaria de la medicación cuando se encuentran mejor o cuando sufren molestias derivadas de su medicación. Se han valorado también cuáles son las benzodiazepinas más utilizadas y su uso a lo largo del tiempo.

Palabras clave: Benzodiazepinas, adherencia terapéutica, Uso seguro y eficaz, dependencia, retirada brusca, cuestionario.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 GENERALIDADES DE LAS BENZODIACEPINAS.

Los fármacos hipnóticos y ansiolíticos son de uso frecuente en la mayoría de los países desarrollados (Hollingworth et al., 2010; Linnet et al., 2016; Parsaik et al., 2016). El consumo de estos fármacos se ha ido incrementando durante la última década en España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017), crecimiento de tal forma que ha sido incluso superior al de otros países de la Unión Europea (Vicente et al., 2013). Según las Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España, en 2017 el 18.7% de la población con edades entre 15 y 64 años reconocía haber consumido alguna vez en su vida sustancias de este tipo. De ese porcentaje, el 12% las había consumido en el último año (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Asimismo, se ha encontrado que el consumo de medicamentos hipnóticos y ansiolíticos es mayor en las mujeres que en los hombres (Hollingworth et al., 2010; Huerta et al., 2016; Linnet et al., 2016), fenómeno que es el opuesto al resto de drogas, cuyo consumo es mayor en los hombres que en las mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017; Fuentealba et al., 2000).

Las indicaciones principales de la prescripción de ansiolíticos e hipnóticos son el tratamiento de la ansiedad y el insomnio (Lader, 2011; Tamburin et al., 2017), aunque también se usan con mucha reiteración para otras indicaciones (Harris et al., 2011).

Los fármacos a la cabeza de este grupo son las benzodiazepinas (BZD) descubiertas hace 50 años, las cuales no se utilizan solo en psiquiatría, sino en medicina general (Dell'osso et al., 2013) (Huerta et al., 2016). Según su mecanismo de acción, las BZD actúan aumentando la acción del ácido gamma aminobutírico (GABA), el cual es el principal neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central. Debido a la rápida aparición de su efecto, eficacia y tolerabilidad, son muy prescritas por profesionales de la salud y consumidas por pacientes (Louvet et al., 2015).

Las BZD se pueden clasificar según su acción, en función de su farmacocinética (Roca et al., 2011):

Tabla 1. Benzodiacepinas. Tiempo de acción y principal aplicación.

FÁRMACO	DURACIÓN GLOBAL DE LA ACCIÓN	APLICACIONES MÁS IMPORTANTES
Triazolam, midazolam	Ultracorta (< 6h)	Hipnótico. Midazolam se utiliza como anestésico intravenoso
Lorazepam, oxacepam, temacepam, lormetacepam	Corta (12-18h)	Ansiolítico, hipnótico
Alprazolam	Media (24h)	Ansiolítico, antidepresivo
Nitracepam	Media	Hipnótico, ansiolítico
Diazepam	Larga (24-48h)	Ansiolítico, relajante clordiacepóxido muscular. Diazepam se utiliza como anticonvulsionante por vía intravenosa
Fluracepam	Larga	Ansiolítico
Clonazepam	Larga	Anticonvulsionante, ansiolítico (sobre todo en la manía)

Fuente: Tomada de Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ. Farmacología. 7ª ed. Madrid: Elsevier, 2012.

1.2 SEGURIDAD DE LAS BENZODIACEPINAS.

Las benzodiacepinas son fármacos que, al no estar exentos de riesgo, resulta necesario tener en consideración determinados aspectos con relación a su prescripción y control (Vedia et al., 2005):

- Determinar la ocasión en la que realmente están indicados.
- Escoger la BZD más adecuada a cada problema de salud.
- Tener en cuenta los efectos adversos y las interacciones farmacológicas.
- La duración del tratamiento.
- La insuficiente vigilancia de los tratamientos instaurados.
- La correcta desprescripción.

Su uso ha sido muy polémico ya que tienen un riesgo alto de producir tolerancia y dependencia, así como otros efectos adversos. (Tamburin et al., 2017). Entre estos se encuentran alteraciones a nivel cognitivo, psicomotor, reacciones paradójicas y efecto rebote, los cuales son más comunes en su uso a largo plazo. (Louvet et al., 2015; Pariente et al., 2016; Tannenbaum et al., 2012). Otros efectos asociados a un uso crónico son problemas de concentración, fobia social y depresión así como caídas y accidentes de tráfico y, en las mujeres, alteración de la memoria a largo plazo (Boeuf-Cazou et al., 2011) (Lugoboni et al., 2014). Su consumo también se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer (Billioti de Gage et al., 2014), y de muerte (Palmaro et al., 2015; Parsaik et al., 2016). Además, en las personas de avanzada edad se asocia con mayor riesgo de fractura de cadera, patología que, a su vez, se asocia con elevada morbilidad y mortalidad. (Bakken et al., 2014; Donnelly et al., 2017).

El consumo de BZD a largo plazo se ha asociado de igual forma con un incremento del gasto sanitario y carga social (Fang et al., 2009). Ciertamente, los problemas con las BZD han existido durante 50 años pero han sido ignorados y, aunque la proporción coste/beneficios sea positiva para la mayoría de pacientes en los tratamientos cortos (entre 2 y 4 semanas), no está del todo clara para periodos mayores (Lader, 2011).

Tal como expusieron en la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, “Se recomienda la utilización a corto plazo de las BZD, no más allá de 4 semanas, y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera a la respuesta del tratamiento con antidepresivos”.

Con todo, se demuestra con certeza que es común su uso a largo plazo en todo el mundo (Jacob et al., 2017; Donoghue et al., 2010). Aunque estos fármacos deben ser utilizados bajo prescripción médica, es una realidad la existencia del autoconsumo e incluso la comercialización en los mercados de drogas ilegales (Romo et al., 2003).

Al igual que con el resto de drogas de abuso, el consumo continuado de BZD se asocia con una disminución de la supervivencia y con los fenómenos de tolerancia, dependencia y su posterior síndrome de abstinencia tras la retirada brusca del tratamiento (Specka et al., 2011). Ciertos estudios demuestran que los fármacos que producen sensación de placer, como las BZD, tienen más riesgos de sufrir estos efectos (O'Brien., 1996) (Rosas-Gutiérrez et al., 2013) (Calonge et al., 1997).

La tolerancia aparece tras el consumo prolongado y habitual, consistiendo en el aumento de la dosis para alcanzar el efecto inicial (Fernández-Espejo, 2000). Este fenómeno provoca dependencia o dificultad para abandonar el tratamiento con BZD que lleva instaurado un tiempo prolongado (4-8 meses en dosis terapéuticas). En 1993 se publicó un test que nos permite establecer una estimación del grado de dependencia del paciente (tabla 2 y 3).

Tabla 2. Test de predicción de dependencia.

	Puntos
1. Benzodiacepina.	3
2. Dosis superiores a la dosis media.	2
3. > 3 meses.	2
4. Personalidad dependiente o antecedentes.	2
5. Vida media corta (< 8 h).	2
6. Evidencia de tolerancia o aumento de dosis.	2

Fuente: Tyrer P., 1993.

Tabla 3. Resultados test de predicción de dependencia.

Resultados
1 – 4 = Cierta riesgo de dependencia. Retirada gradual mínimo 2 semanas. 5 – 8 = Elevado riesgo de dependencia. Retirada gradual entre 4 – 12 semanas. 8 – 13 = Dependencia presente. Programa de retirada individualizado.

Fuente: Tyrer P., 1993.

Si bien es cierto que, no todas las BZD tienen el mismo potencial adictógeno, lo cual depende de las propiedades farmacológicas y de la vía de administración. (Gámez et al., 1997).

El abandono del tratamiento de manera brusca desata la aparición del síndrome de abstinencia; una serie de síntomas entre los que destacan vómitos, temblores, sudoración, taquicardia, ansiedad, convulsiones. (Salazar et al., 2008).

Debido a todos los riesgos expuestos anteriormente, la prescripción de BZD en el tratamiento crónico no está aconsejada, aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo. (Bandelow et al., 2012).

1.3 DESHABITUACIÓN.

Los inconvenientes expuestos hacen que se deban desarrollar técnicas de deshabituación que se deben realizar de forma progresiva estableciendo con el paciente el protocolo de retirada, y si fuera necesario, valorar otras alternativas (tratamientos psicológicos y/o farmacológicos). La desprescripción tiene especial relevancia en pacientes polimedicados y ancianos. (Huerta et al., 2016).

Se recomienda en este ámbito una intervención mínima desde atención primaria, como una carta, para reducir o interrumpir la administración de BZD, sin consecuencias de importancia. (Woods et al., 1992).

Un estudio reciente ha ratificado que la intervención resulta tres veces más eficaz para alcanzar la interrupción del tratamiento con BZD que la no intervención. (Vicens et al., 2014).

Las recomendaciones de desprescripción de manera general son:

- Sustituir las BZD de vida media corta o intermedia por otra BZD de vida media más larga como diazepam.
- Espaciar las dosis, dando la última dosis por la noche.
- Posteriormente, se pasaría a reducir la dosis diaria de BZD progresivamente, entre un 10- 25% cada 2-3 semanas. (Rodríguez Pérez et al., 2017).

Con este método se han obtenido elevados porcentajes de éxito en pacientes motivados.

El uso de BZD se ha asociado con alta presión laboral (Pelfrene et al., 2004) y, en las mujeres, con sucesos vitales estresantes (D’Incau et al., 2011). En un estudio realizado en seis países europeos se halló que, tras tener controlados diversos factores clínicos y no clínicos, el punto más importante de su uso fue la búsqueda de ayuda para problemas emocionales; otros puntos fueron la presencia de trastornos depresivos o de ansiedad, dolor, mayor edad, menor nivel educativo y ser mujer (Demyttenaere et al., 2008) (Bejarano et al., 2008) (Fuentealba et al., 2000) (Hollingworth et al., 2010) (Linnet et al., 2016).

También se han encontrado en diversas ramas de la medicina diferencias en el tratamiento en función del género, aunque no existe evidencia empírica que la sustente, existiendo más probabilidad de que a las mujeres se les trate con BZD. Tales diferencias se han detectado incluso en países con tradición en igualdad de género como es Suecia. De este modo, en un estudio recientemente publicado, en el cual se analizaron los resultados de más de 7000 pacientes con trastorno bipolar, se encontró que las mujeres y los hombres recibían tratamientos distintos de forma rutinaria, diferencias que no podían ser explicadas por el subtipo de trastorno, por su gravedad o por la alteración funcional (Karanti et al., 2015).

Este fenómeno de distinción en función del género para un mismo trastorno también se ha detectado en el tratamiento administrado entre 1999 y 2009 a veteranos/as con trastorno por estrés postraumático, en los cuales existía una mayor prescripción de medicación psicotrópica a las mujeres que a los hombres, diferencia que era aún más marcada con la prescripción de las BZD (Bernardy et al., 2012).

Todo ello demuestra que el uso de medicamentos hipnóticos y ansiolíticos es un problema importante, especialmente en las mujeres puesto que su consumo es mayor que en los hombres. Problema que en España es particularmente importante puesto que la prevalencia de su uso es mayor que en otros países europeos (Huerta et al., 2016).

Por consiguiente, es preciso realizar estudios que permitan avanzar en el conocimiento de los factores de dicho consumo ya que aportará información útil para el diseño de políticas, programas y estrategias dirigidos a la prevención y el tratamiento de dicho problema.

┌ 2. JUSTIFICACIÓN

Las benzodiazepinas son ampliamente prescritas en la práctica clínica por lo que su consumo ha aumentado considerablemente en los últimos años. Su prescripción irracional es un problema de salud pública, especialmente cuando se refieren al uso crónico de las mismas, estos riesgos es un claro ejemplo de su uso inapropiado. Se ha detectado una mayor prevalencia en el uso inadecuado de dichos fármacos, lo que repercute en la aparición de dependencia y tolerancia y manifestación de síndromes de abstinencia si se interrumpe el tratamiento bruscamente. Debido a estos problemas, los farmacéuticos se han ido implicando de manera más frecuente en proporcionar la información necesaria para que los pacientes entiendan la importancia de su tratamiento benzodiazepínico. Los datos reflejados en 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 de su uso incorrecto.

┌ 3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Estimar el grado de cumplimiento y conocimiento terapéutico del paciente con el uso de las benzodiazepinas.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Conocer el perfil del consumo de benzodiazepinas en los pacientes de una oficina de farmacia de Sevilla.
2. Elaborar un cuestionario específico sobre el uso de benzodiazepinas en farmacia comunitaria.
3. Analizar las variables sociodemográficas y económicas del uso de benzodiazepinas en la misma.
4. Analizar el grado de cumplimiento farmacológico.
5. Valorar el conocimiento del tratamiento por parte de los pacientes.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el que la unidad de análisis fueron las personas en tratamiento farmacológico con BZD.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en una Oficina de Farmacia situada en el barrio de Sevilla Este de la ciudad de Sevilla.

4.3 POBLACIÓN Y SUJETOS DE ESTUDIO.

La población se compuso de hombres y mujeres mayores de 18 años que estuvieran en tratamiento farmacológico con BZD y que fueran a retirar su medicación a la Oficina de Farmacia en la que se realizó el estudio.

La muestra final estuvo constituida por todas aquellas personas que tenían prescrita en su tarjeta sanitaria alguna BZD, y que fueran a recogerla a la Oficina de Farmacia a lo largo del periodo de estudio, que se comprendió entre las fechas 16 de Abril y 25 de Mayo de 2018. Este periodo de estudio se escogió teniendo en conocimiento que las prescripciones médicas suelen ser recogidas de forma mensual, y de este modo se aseguraba el paso del paciente por la farmacia a retirar su medicación en el plazo de las 6 semanas que duró el estudio.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Para poder participar en la investigación era imprescindible que los sujetos cumplieren los siguientes requisitos:

- Personas mayores de edad.
- Personas que fueran a recoger su medicación a la Oficina de Farmacia en la que se llevó a cabo el estudio.
- Que tomen BZD como ansiolíticos o hipnóticos.

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

No podrían participar aquellos sujetos que cumplieran alguno de los siguientes requisitos:

- Personas que no quisieran participar en el estudio.
- Personas que retirasen la medicación para otra persona.
- Personas que no entendiesen el español.
- Personas con deterioro cognitivo.
- Personas que tomen BZD como relajantes musculares u otras indicaciones.

4.6 VARIABLES DE ESTUDIO.

Las variables del presente estudio se pueden agrupar en tres bloques: variables sociodemográficas, variables relacionadas con el conocimiento de su enfermedad y variables relacionadas con la adherencia terapéutica (tabla 4).

Tabla 4. Variables de estudio.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	VARIABLES RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
Variables cualitativas <ul style="list-style-type: none">- Sexo- Nivel de estudios- Situación laboral- Estado civil Variables cuantitativas <ul style="list-style-type: none">- Edad (años)- Tiempo medio de la enfermedad (años)	Variables cualitativas <ul style="list-style-type: none">- Grado de conocimiento de la enfermedad- Riesgos de la enfermedad Variables cuantitativas <ul style="list-style-type: none">- Medicación- Modificación de los estilos de vida- Percepción de la enfermedad	Variables cualitativas <ul style="list-style-type: none">- Adherencia terapéutica

4.7 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Para recoger la información señalada en la sección anterior, se escogieron las siguientes herramientas:

Se elaboró un cuestionario específico sobre el "Uso de benzodiazepinas en farmacia comunitaria": para medir el grado de conocimiento que tienen los pacientes que consumen estos fármacos sobre los mismos y la enfermedad que padecen. Se estima que su tiempo de cumplimentación es de aproximadamente 5 minutos. Fue elaborada para que los propios pacientes pudieran cumplimentarla sin ayuda de profesionales, por ejemplo, mientras esperan en la Oficina de Farmacia. El cuestionario se incluye en el Anexo I del documento.

Se utilizó, al finalizar el cuestionario, el Test de Morisky-Green-Levine validado para la población española. Se trata de un instrumento que permite analizar cuál es la adherencia al tratamiento que tiene el paciente. Valora cuales son las actitudes del enfermo respecto al tratamiento, calificando a los pacientes como cumplidores en aquellos casos en los que responden correctamente a las preguntas que lo forman. Una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor (Rodríguez 2008).

4.8 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

La recogida de datos se llevó a cabo durante seis semanas consecutivas que fueron comprendidas entre el 16 de Abril y el 25 de Mayo de 2018. Para ser capaces de abarcar todas las franjas horarias, el reclutamiento se realizó por el grupo profesional al completo que trabajaba en la Oficina de Farmacia participante en el estudio. Por este motivo, se redactó un "manual de instrucciones" para la recogida de la información. De este modo, todos los colaboradores podrían seguir el mismo procedimiento de recogida de datos (Anexo II).

Los participantes fueron escogidos al ser atendidos por el personal de la Farmacia. Tras verificar que las personas cumplían los criterios de inclusión en el estudio, se solicitaba su colaboración en el mismo. Si el participante daba su consentimiento, se le ofrecía la posibilidad de completar el cuestionario él mismo en la

Oficina de Farmacia. En los casos en los que el sujeto no fuera capaz de completarlo por sí mismo, se completó con el apoyo del personal de la Farmacia.

Cabe destacar que se les informó a todas las personas que su participación en el estudio era totalmente voluntaria que se realizaría de forma que se mantuviera en todo momento la confidencialidad y anonimato de sus respuestas.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS.

Con el prestigio que acompaña desde hace años a la Universidad de Sevilla, se le aseguró a los pacientes que los datos y la información que nos aportasen serán tratados con la más estricta confidencialidad y jamás serán utilizados fuera del marco de esta investigación y de los objetivos específicos para los que son recogidos, siendo eliminados tras la realización del estudio en proceso. Se adjuntaba al cuestionario el conocimiento informado del paciente para la recogida de datos.

Se comunicó a los pacientes que las benzodiazepinas son uno de los fármacos más prescritos en la actualidad para tratar la ansiedad y los trastornos del sueño, si bien son de gran ayuda al controlar sus síntomas, en ciertos casos no se utilizan de la forma más segura y eficaz, generando un aumento en el gasto sanitario público, y lo que es más importante, un perjuicio para la salud del paciente. Lamentablemente, en muchas ocasiones no conseguimos expresar estos inconvenientes de la manera más clara, eficiente y adecuada al paciente, ya que en circunstancias especiales, ciertas personas que padecen estas patologías desconocen algunos aspectos importantes relacionados con ellas o no se siente en confianza para consultar las dudas que le puedan surgir.

En el marco de esta situación de salud pública se elaboró el siguiente cuestionario para evaluar el conocimiento que tienen los pacientes sobre el uso de benzodiazepinas y concluir con los puntos en los que nosotros, como profesionales sanitarios, debemos mejorar para llegar de manera más clara, concisa y precisa al paciente que demande nuestros servicios, siempre con la mente puesta en mejorar la calidad de vida de los pacientes tratados en nuestra oficina de farmacia.

Para la realización de este estudio se le van a formular una serie de cuestiones relacionadas con su medicación frente a la ansiedad y trastornos del sueño. Mencionar de manera importante que cualquier información aportada en esta encuesta será de carácter privado y que en ningún momento será compartida con su médico ni le será suprimida su medicación.

4.10 ANÁLISIS DE DATOS.

El análisis estadístico se realizó utilizando la Hoja de Cálculo de Microsoft Office Excel sobre el total de preguntas del cuestionario. El análisis de datos se realizó utilizando la extensión correspondiente en Microsoft Office Excel.

5. RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA.

Analizando los datos podemos observar que la mayoría de las personas que se prestaron a realizar este estudio son mujeres (57%) en contraposición al 43% del género masculino.

Los encuestados oscilan entre un intervalo de edades comprendidas entre los 23 años de edad, del encuestado más joven y los 79 años del encuestado más longevo. La edad media de esta población estaba en los 50 años.

En su mayoría fueron personas con un nivel cultural de medio a alto y una posición socioeconómica acomodada, dado que prácticamente la mitad de la población estaban en activo (48%).

Debido probablemente a la zona geográfica donde se realizó el test, un barrio de nueva construcción con una alta tasa de crecimiento poblacional, la mayoría de encuestados estaban casados (66%) o especificaron que estaban solteros pero viviendo en pareja (16%).

Tabla 5. Descripción sociodemográfica y económica de la población de estudio.

VARIABLES	Nº	%
Sexo		
Hombre.	34	43%
Mujer.	45	57%
Total	79	100%
Edad		
20-29 años.	4	5%
30-39 años.	25	32%
40-49 años.	22	28%
50-59 años.	11	14%
60-69 años.	9	11%
70-79 años.	8	10%
Total	79	100%

Nivel de estudios		
No ha cursado ningún tipo de estudios.	8	10%
Estudios obligatorios completados.	23	29%
Estudios de bachillerato.	1	1%
Estudios en ciclo superiores.	26	33%
Estudios superiores universitarios.	17	22%
Estudio master o doctorado.	0	0%
Total	79	100%
Estado civil		
Soltero/a.	13	16%
Casado/a.	52	66%
Divorciado/a.	8	10%
Viudo/a.	6	8%
Total	79	100%
Situación laboral		
Empleado/a.	38	48%
Parado/a.	11	14%
Jubilado/a.	12	15%
Otros.	18	23%
Total	79	100%

5.2. GENERALIDADES SOBRE LA PATOLOGÍA Y EL TRATAMIENTO.

El estudio se llevó a cabo teniendo un criterio básico de inclusión o exclusión, como era saber si a lo largo de su vida habían consumido BZD para tratar la ansiedad o los trastornos del sueño y no otros tipos de indicación.

A 97 pacientes que acuden a la farmacia se les ofrece participar, de ellos 79 son los que toman BZD como ansiolítico e hipnótico, de modo que establecimos nuestra población encuestada en 79 individuos que corresponde con el 82% de las personas que habían consumido BZD en este periodo. Destacar que el 18% de los encuestados, 17 personas, respondieron de manera negativa a esta cuestión, cuando se conoce que sí tomaban BZD; en algún caso se cuestionó el motivo de este uso y se nos comunicó que se debía al uso en casos de relajante muscular, mientras que otros declinaron hacer ningún tipo de observación y se decidió no incluirlos en el ensayo.

Un dato, a tener en cuenta relevante, es que el personal encuestado acababa de comenzar el tratamiento o llevaba poco tiempo con la medicación (35%), destacando que el 68% de los encuestados llevaban usando BZP durante un periodo máximo de 3 años.

El 32% de los individuos relataron que usaban estos fármacos de manera continuada durante un periodo superior a los 3 años.

El dato más curioso fue que 4 de las 79 personas reconocían que llevaban una década prácticamente usando diferentes combinaciones de ansiolíticos e hipnóticos.

Era de esperar desde el principio que, por la configuración de la población encuestada, serían conocedores de estos fármacos, sin embargo, más de la mitad, concretamente el 53%, no conocían o no recordaban conocer sus tratamientos. Ahora bien, la gran mayoría reconocía (91%) que sí se les habían explicado.

Muchos pacientes, el 57%, reconocieron no acudir de manera periódica a realizarse el seguimiento correspondiente a su tratamiento. De los que sí acudían (43%), la mayoría (62%) afirmaron sentirse más a gusto y comprendidos por el personal de farmacia que por su médico. Resaltando que un 12% reconocía que preferían o tenían mejores experiencias informándose por internet, blogs, vecinos, etc.

Se procedió a establecer qué tipo de pacientes y cuantos consumían BZD para tratar la falta de sueño y cuantos cómo ansiolíticos. No fue ninguna sorpresa que en general (76%) consumieran BZD por su potencial ansiolítico, siendo el más prescrito el bromazepam (35%) seguido de cerca por el Lorazepam (28%).

Con relación a su potencial hipnótico, el 24% de las personas encuestadas reconocieron utilizar benzodiazepinas para tratar los problemas relacionados con la falta de sueño, entre los que destacan el uso de bromazepam en un 37% de los casos y lormetacepam un 32% de los individuos.

Tabla 6. Generalidades sobre la patología y el tratamiento en la población de estudio.

GENERALIDADES SOBRE LA PATOLOGÍA Y EL TRATAMIENTO	Nº	%
1. ¿Ha consumido alguna vez fármacos para tratar ansiedad o trastornos del sueño?		
Sí.	79	82%
No.	17	18%
Total	96	100%
2. ¿Cuánto tiempo hace que Ud. sufre ansiedad o trastornos del sueño?		
De 0 a 5 meses.	28	35%
De 6 a 11 meses.	8	10%
De 12 a 23 meses.	18	23%
De 24 a 35 meses.	9	11%
De 36 a 47 meses.	6	8%
De 48 a 59 meses.	1	1%
De 60 a 71 meses.	5	6%
Más de 72 meses.	4	5%
Total	79	100%
3. ¿Cree que la ansiedad o trastorno del sueño es una enfermedad pasajera?		
Sí.	37	47%
No.	11	14%
No lo sé.	31	39%
Total	79	100%
4. ¿Acude habitualmente a realizarse las revisiones periódicas para saber cómo va su patología?		
Sí.	34	43%
No.	45	57%
Total	79	100%
4.1. En caso afirmativo, ¿en quién confía para darle los mejores consejos en relación con su medicación?		
El personal médico.	9	26%
El personal de farmacia.	21	62%
Otros (internet, vecinos, otros especialistas).	4	12%
Total	34	100%
5. ¿Le han explicado qué es la ansiedad o el trastorno del sueño?		
Sí.	72	91%
No.	3	4%
No lo recuerdo.	4	5%
Total	79	100%
6. ¿Se le han prescrito o dispensado medicamentos para la ansiedad?		
Sí.	60	76%
No.	19	24%
Total	79	100%

6.1. En caso afirmativo, especificar nombre o nombres de medicamentos.		
Bromazepam.	26	35%
Clorazepato potásico.	1	1%
Lormetacepam.	0	0%
Lorazepam.	21	28%
Alprazolam.	13	17%
Diazepam.	13	17%
Clonazepam.	1	1%
Total	75	100%
7. ¿Se le han prescrito o dispensado benzodicepinas para los trastornos del sueño?		
Sí.	19	24%
No.	60	76%
Total	79	100%
7.1 En caso afirmativo, especificar nombre o nombres de medicamentos.		
Lormetacepam.	6	32%
Zolpidem.	1	5%
Lorazepam.	5	26%
Bromazepam.	7	37%
Total	19	100%

5.3 PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.

Las cuestiones en torno a la percepción de la enfermedad tenían como objetivo obtener una visión global de lo que los propios pacientes sienten durante su relación con estos tratamientos.

En principio, se quería conocer si los propios pacientes sabían si podían modificar las dosis de su medicación si mejoraban o empeoraban (aumentando o disminuyendo la posología). Fue sorprendente que sólo el 46% sabía que no debían modificarla, si bien es cierto que el 48% desconocía este hecho. No obstante, una vez que se les comunicó reconocieron que era lo más lógico.

Prácticamente el total (86%) reconocían que hacer cambios en su estilo de vida y no sufrir tanto estrés podría ayudar en su patología, pero observaban que no era una tarea sencilla. Al igual que reconocían que el apoyo familiar era indispensable (72%) y siempre ayudados por el personal sanitario (68%).

Llamó la atención que las personas que manifestaban estar en desacuerdo con la ayuda externa se correspondieron sobre todo con individuos del sexo masculino y de edad superior a los 50 años.

Tabla 7. Percepción del paciente sobre su enfermedad y el tratamiento en la población de estudio.

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE	Nº	%
1. ¿Cree que Ud. puede modificar la dosis de la medicación si sufre variaciones en los síntomas?		
Sí.	5	6%
No.	36	46%
No lo sé.	38	48%
Total	79	100%
2. ¿Cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer su enfermedad?		
Sí.	68	86%
No.	11	14%
No lo sé.	0	0%
Total	79	100%
3. ¿Piensa que el apoyo de la familia/amigos puede ayudarle?		
Sí.	57	72%
No.	22	28%
No lo sé.	0	0%
Total	79	100%
4. ¿Piensa que el médico/a, enfermera/o y farmacéutico/a pueden ayudarle?		
Sí.	54	68%
No.	25	32%
No lo sé.	0	0%
Total	79	100%

5.4 ADHERENCIA O CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.

A la hora de valorar la adherencia al tratamiento se aplicó el Test de Morisky-Green-Levine. (Rodríguez et al., 2008). El cuestionario califica a los pacientes como cumplidores en aquellos casos en los que responden correctamente a las preguntas que lo forman. Una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor. Se considera que una persona es cumplidora terapéutica cuando sus respuestas a las preguntas 1 a 5, de la tabla 8, son: No, Sí, No, No, No, respectivamente.

Se observó que la mayoría de los encuestados (71%) reconocían no olvidar en ningún momento tomar su medicación, frente al 29% que le costaba reconocer que se saltaba alguna dosis.

Siguiendo con esta tendencia el 94% reconocían cumplir escrupulosamente la posología indicada por el médico y no abandonar el tratamiento si notaban mejoría en los síntomas (91%).

Los datos negativos aumentan cuando se cuestiona si se abandona el tratamiento cuando surgen molestias posiblemente derivadas de su medicación, llegando a una tasa de incumplimiento del 20%, lo que se refleja fielmente en el número de encuestados que deciden suspender el tratamiento por su cuenta que alcanza una tasa porcentual del 34% frente al 66% que reconocen no abandonar en ningún momento su indicación.

Es de relevancia conocer, de estas personas que abandonan el tratamiento de motu proprio, durante qué periodo de tiempo y qué síntomas reconocían haber sufrido.

De media se abandonaba el tratamiento durante unos días (59%) o unas semanas (33%), retomándose la pauta normal a la hora de aparecer los primeros síntomas de retirada brusca: insomnio (29%), nerviosismo (17%), sudoración (14%), ansiedad (12%) y palpitaciones (12%).

A la luz de estos datos, se decidió cuestionar si conocían los riesgos de suspender de manera brusca su medicación. La respuesta no fue sorprendente: el 90% no conocía las consecuencias de suspender el tratamiento. Destacó también que el 61% de los encuestados afirmaban saber la importancia de su medicación para con su salud.

Lógicamente, sobre estas líneas, se descubrió que se desconocían los riesgos del abuso de BZD en un total de 66 encuestados; y el 89% no eran conscientes de los riesgos derivados del consumo excesivo y prolongado de BZD.

Con todo ello también se halló que sólo el 58% de los encuestados estaban conformes con su medicación, mientras que el 24% se sentía insatisfecho y el 18% decía ser pronto para realizar una afirmación al respecto.

Tabla 8. Adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico en la población de estudio.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Nº	%
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos de su tratamiento?		
Sí.	23	29%
No.	56	71%
Total	79	100%
2. ¿Toma los medicamentos según la posología indicada?		
Sí.	74	94%
No.	5	6%
Total	79	100%
3. Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?		
Sí.	7	9%
No.	72	91%
Total	79	100%
4. Si alguna vez la medicación le produce molestias, ¿deja de tomarla?		
Sí.	16	20%
No.	63	80%
Total	79	100%
5. ¿Ha dejado de tomar la medicación por su propia?		
Sí.	27	34%
No.	52	66%
Total	79	100%
5.1 En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?		
Durante días.	16	59%
Durante semanas.	9	33%
Durante meses.	2	7%
Total	27	100%
6. ¿Qué síntomas experimentó durante ese periodo?		
Insomnio.	19	29%
Palpitaciones.	8	12%
Ansiedad.	2	12%
Nerviosismo.	11	17%
Sudoración.	9	14%
Irritabilidad.	5	8%
Intranquilidad.	5	8%
Total	65	100%

7. ¿Es consciente de la importancia de su medicación?		
Sí.	48	61%
No.	31	39%
Total	79	100%
8. ¿Ha sido informado por su médico o farmacéutico de los riesgos de abuso de las benzodiazepinas?		
Sí.	13	16%
No.	66	84%
Total	79	100%
9. ¿Es consciente de los riesgos del consumo excesivo y prolongado de las benzodiazepinas?		
Sí.	9	11%
No.	70	89%
Total	79	100%
10. En general, ¿se siente satisfecho con el tratamiento prescrito?		
Sí.	46	58%
No.	19	24%
Es pronto para saberlo.	14	18%
Total	79	100%

A raíz de los datos obtenidos se decidió establecer un criterio, que era el de cumplidor terapéutico, que es aquel que tiene una adherencia óptima al tratamiento. Para establecer este criterio, se aceptó que una persona cumple con su tratamiento cuando las respuestas a las preguntas de 1 a 5 siguen un patrón: No, Sí, No, No, No, respectivamente.

Surge, por tanto, datos que reflejan que el 66% de los encuestados siguen una correcta adherencia al tratamiento, mientras que por el contrario el 34% reconoce no realizarlo.

Tabla 9. Cumplidores de la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico. Resultados del Test de Morisky-Green-Levine.

CORRECTA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	Nº	%
Cumplidores terapéuticos.	52	66%
Incumplidores terapéuticos.	27	34%
Total	79	100%

En adición, se decidió establecer la relación que existía entre el cumplimiento terapéutico y el sexo de los encuestados, al igual que con su estado socioeconómico.

Con estos datos se podía ver que la mayoría de las mujeres (73%) afirman que nunca se olvidan de tomar su medicación, por el contrario, el 83% de los hombres se sinceran y reconocen saltarse alguna dosis.

Siguiendo esta tónica, se puede ver que prácticamente el total de las mujeres toman la medicación de manera correcta.

Del total de personas que abandonan la medicación cuando se encuentra bien, el 29% son mujeres mientras que el 71%, la mayoría, corresponde a los varones.

En función al abandono de la medicación cuando surgen molestias, podemos ver que el 65% de las personas que no abandonan la medicación son mujeres, mientras que el 35% son hombres.

Tabla 10. Comparación por sexo de la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	SÍ		NO		TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS
	Nº	%	Nº	%	
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos de su tratamiento?					
Mujeres	4	17%	41	73%	45
Hombres	19	83%	15	27%	34
Total	23	100%	56	100%	79
2. ¿Toma los medicamentos según la posología que le han indicado?					
Mujeres	44	59%	1	20%	45
Hombres	30	41%	4	80%	34
Total	74	100%	5	100%	79
3. Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?					
Mujeres	2	29%	43	60%	45
Hombres	5	71%	29	40%	34
Total	7	100%	72	100%	79

4. Si alguna vez la medicación le produce molestias, ¿deja de tomarla?					
Mujeres	4	25%	41	65%	45
Hombres	12	75%	22	35%	34
Total	16	100%	63	100%	79

5. ¿Ha dejado de tomar la medicación por su propia cuenta en algún momento?					
Mujeres	8	30%	37	71%	45
Hombres	19	70%	15	29%	34
Total	27	100%	52	100%	79

Al analizar el grado de cumplimiento terapéutico en función del perfil socioeconómico de los encuestados, observamos que las más cumplidoras son las mujeres en un 77%, en contraposición al 23% de hombres. La mayoría pertenecía al grupo con estudios superiores, en un 69%, en comparación con el 31% de encuestados con estudios básicos o sin ningún tipo de estudio.

Y es de reseñar que sólo el 38% de las personas que cumplen su tratamiento están en activo, en contraposición al 62% de cumplidores terapéuticos que son parados, jubilados, estudiantes o amas de casa.

Tabla 11. Análisis del grado de adherencia en función del perfil sociodemográfico.

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	SÍ		NO		TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS
	Nº	%	Nº	%	
1. Sexo.					
Mujeres.	40	77%	5	19%	45
Hombres.	12	23%	22	81%	34
Total	52	100%	27	100%	79
2. Nivel de estudios.					
Estudios básicos o nulos.	16	31%	19	70%	35
Estudios superiores.	36	69%	8	30%	44
Total	52	100%	27	100%	79
3. Situación laboral.					
Activo.	20	38%	18	67%	45
Inactivo.	32	62%	9	33%	34
Total	52	100%	27	100%	79

6. DISCUSIÓN

La meta primordial a la hora de realizar este estudio fue conocer los hábitos en cuanto a consumo de BZD de la población de estudio del marco de la oficina de farmacia donde se llevaron a cabo las prácticas tuteladas del alumno, a su vez que conocer la capacidad de la población de consumir de manera segura y eficaz estos ansiolíticos e hipnóticos.

Al analizar los datos recogidos en las encuestas realizadas se pudo observar que el 66% de los encuestados afirmaban cumplir con una correcta adherencia al tratamiento prescrito, mientras que por el contrario, el 34% de los encuestados no eran cumplidores terapéuticos.

Como es sabido, una correcta adherencia al tratamiento es la base para usar de manera correcta y eficaz cualquier medicación y en especial las benzodiazepinas (Dillaa et al., 2009).

Uno de los problemas principales en este tipo de estudios es la reticencia, sobre todo de las personas ancianas, para hablar sobre su mediación 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 trabajo no se ha encontrado mucha reticencia para hablar y participar en el estudio, ha habido participación de casi la totalidad de personas mayores de 65 años encuestadas, 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 de la misma; datos similares a lo expuesto por Núñez Montenegro et al., 2014.

De manera general, los pacientes afirmaban cumplir escrupulosamente sus tratamientos, pero, de manera velada, hubo un porcentaje de personas que decían incumplir su tratamiento de forma puntual.

Podemos observar que un 34% de personas decía haber abandonado su tratamiento. Este abandono podía durar unos días (59%), semanas (33%) o en el menor de los casos durante meses (7%). Durante este periodo de tiempo estas personas hicieron referencia a los síntomas que sintieron al abandonar la medicación, recogiéndose unos datos que se apoyan en otros estudios que nos exponen la misma situación. (Azparren et al., 2014).

Al retirar de manera brusca la medicación, refirieron sentir insomnio (29%), nerviosismo (17%), sudoración (14%), ansiedad (12%), palpitaciones (12%) y, en un menor número, también sintieron intranquilidad e irritabilidad (8%), datos similares al estudio de Danza et al., 2009.

En el análisis de estos resultados se encontraron que el 27% de las personas encuestadas reconocieron dejar la medicación al sentir molestias, y otro 27% dijo haberse olvidado de tomarla por diversos motivos entre los que se encuentran: sentirse mejor y creer ya no necesitarla, por tomar mucha medicación y no recordar que pauta tenía, y un motivo que llamó la atención, donde una paciente reflejaba que dejó su medicación porque llevaba muchos años tomándola y si aún no había notado mejoría creía que ya no mejoraría y que quizás sería peor continuar tomando una medicación que a largo plazo fuera perjudicial para su salud. Resultados similares se recogen en el artículo de Martínez García et al., 2012.

Estudiando la adherencia terapéutica por sexos no es sorprendente el resultado que se encontró en el análisis que demuestra que, efectivamente, las mujeres cumplen mejor con su tratamiento en un 77% frente al 23% de los hombres que dicen cumplir bien su tratamiento. Lo cierto es que estudiando la bibliografía no es un dato que sorprenda, ya que de manera general las mujeres suelen tener más conciencia de la importancia de su medicación.

Demostrándose también, en este estudio, donde de las 48 personas que declaran que su medicación es importante, el 78% son mujeres.

Los resultados, en función de la edad, demuestran datos que ya conocíamos, y era el hecho de que las personas mayores de 60 años tienen una adherencia menor al resto de grupos de edad, en este caso el 52% de los encuestados, muy similares a los resultados obtenidos por Vicente-Sánchez et al., 2013.

En cuanto a la situación laboral, son las personas en activo las que reconocen tener más fallos en cuanto a medicación debido al estrés laboral y familiar y a la difícil conciliación. Estos hechos son los que les hacen no recordar el momento de la toma de la medicación y por ello saltarse al menos una dosis de manera puntual. En las publicaciones bibliográficas se puede encontrar alguna información contraria que expone que la situación laboral en un estado desarrollado como el nuestro no influye a la hora de cumplir con las posologías.

Otro de los datos sociodemográficos que se creyó importante interpolar fue el nivel educativo de la sociedad donde no se hallaron sorpresas al afirmar que las personas con un nivel educativo alto tenían mayor capacidad de adherencia al tratamiento.

A la hora de establecer esta encuesta se quiso conocer el tiempo que llevaban los encuestados siendo tratados de su patología. Se recibieron respuestas diversas, donde la mayoría declaraba llevar consumiendo BZD durante menos de 3 años (68%), enfrentados al 32% que llevaba más de 3 años. Datos que, aunque sean extraños, están respaldados por otros estudios incluso a nivel internacional, donde se recogen el uso prolongado de las BZD principalmente para insomnio, pero también para la ansiedad (Coello Paz et al., 2016).

Son datos que llaman poderosamente la atención conociendo cuál es el tiempo máximo de administración según la patología. En caso de insomnio, la duración de tratamiento debe ser corta, no superior a 2 semanas o 4 si se incluye el periodo de retirada del medicamento por los posibles riesgos de accidentes, abuso, dependencia y tolerancia con pérdida de eficacia terapéutica. Así mismo, en el caso de ansiedad, los tiempos son similares, pero con una salvedad importante: sólo se utilizarán BZD cuando se requiera de tratamiento inmediato a corto plazo (2-4 semanas), por existir una agitación o ansiedad aguda grave. Su utilización a más largo plazo debe ser

supervisada y se debe utilizar la dosis más baja posible (Boletín Canario de Uso Racional del Medicamento del SCS).

Todos estos datos de duración del tratamiento reflejan que el uso de BZD en la sociedad no se hace de una manera correcta y mucho menos respetando los periodos de tiempo establecidos por las guías clínicas.

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 Nº 3/2000. Disponible en <http://www.agemed.es>).

Debido a que la gran mayoría de los pacientes que acudían a la farmacia eran personas de una edad inferior a 50 años, se anticipó que tendrían un conocimiento amplio de su enfermedad. Sin embargo, se encontraron que, en más de la mitad de los casos, no tenían conocimiento de qué progreso podía seguir a lo largo del tiempo su enfermedad, pero que, en añadidura, el personal sanitario, principalmente su profesional farmacéutico, les comunicó en todo momento en que consistía y cuál era la importancia de la medicación. Aun así, se observaron discrepancias en el nivel de conocimientos alcanzados, y se llegó a pensar que quizás hubieron respondido lo que consideraban la respuesta correcta.

Se hizo hincapié en el papel del farmacéutico como profesional sanitario más valorado y con mayor contacto y confianza por parte del paciente, recogándose testimonios como: “me fio más de la palabra de mi farmacéutico de confianza que de la del médico”. Aunque es cierto que el 12% reconoció obtener información gracias a internet o blogs especializados (“Estudio de Satisfacción del Usuario de la Oficina de Farmacia en Zaragoza” Cámara de comercio).

Los pacientes reconocieron no tener un seguimiento exhaustivo con respecto a su patología. Un análisis más en profundidad reveló que la mayoría, el 76%, usa las BZD por su poder ansiolítico, siendo los más utilizados el bromazepam (35%) seguido de cerca por el Lorazepam con un 28% del total.

El 24% de los encuestados utilizaban BZD por su potencial hipnótico, de este porcentaje de encuestados el 37% utilizaba bromazepam y un 32% lormetacepam. Son datos que se pueden extrapolar a otros estudios con resultados similares. (Antich et al., 2006) (Gámez Lechuga et al., 1996) (González Gómez et al., 2017).

En general se ha observado que los pacientes demandan más información por parte del sanitario sobre su patología aun afirmando haber sido informados.

Todo esto pone de manifiesto la necesidad de trabajar más en este asunto y más con un lenguaje menos profesional y más acorde a las personas que no tienen los mismos conocimientos que un iniciado en el tema.

7. CONCLUSIONES

- Se observa que, en la población referida a una farmacia comunitaria, el conocimiento y cumplimiento terapéutico de las benzodiazepinas utilizadas como ansiolíticos o hipnóticos es adecuado, aunque no el óptimo. Se deben abordar otras estrategias y desarrollarlas de manera eficiente con el fin de mejorar la adherencia y seguridad en el uso de estos fármacos ya que se desconocen los riesgos del consumo excesivo y prolongado de la medicación y de la suspensión brusca del tratamiento con BZD por parte de los pacientes.
- En la población de estudio, se detecta un uso indebido de las BZD a nivel clínico, siendo superado con creces el tiempo de tratamiento. Observándose signos de abuso de BZD y dependencia a las mismas.
- Se aprecian signos de abstinencia en el abandono brusco de la medicación de manera voluntaria o involuntaria por parte del paciente.
- Los pacientes se sienten más comprendidos y respetados por su farmacéutico que por cualquier otro personal sanitario. Se demanda más información por parte de los pacientes.
- Se observa que modificando estilos de vida y con ayuda familiar se puede mejorar el control de la enfermedad, siendo mucho más llevadera.
- Solo la mitad de la población manifiesta satisfacción con su tratamiento, lo que demuestra que el consumo de BZD está siendo un problema farmacológico de importancia que lleva años afectando de una manera u otra a la sociedad, siendo esta insatisfacción uno de los motivos de abandono del tratamiento. Se ha tornado en un caso que va más allá del ámbito médico-farmacéutico, convirtiéndose en un hándicap social, y por supuesto económico, en el que el farmacéutico como experto del medicamento tiene un papel fundamental en su resolución.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Antich S, Rodilla V, Camañas L, Villagrasa V, Sanahuja M^ªA, Moreno L. Estudio descriptivo del consumo de psicofármacos en jóvenes: necesidad de la Atención Farmacéutica en esta población. *Pharmaceutical Care*. España. 2006; 8(2): 57-61.
2. Azparren Andia A, García Romero I. Estrategias para la desprescripción de benzodiazepinas. *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra ABR-JUN 2014 VOLUMEN 22, Nº 2*.
3. 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.
4. 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.
5. Bejarano Romero F, Piñol Moreso JL, Mora Gilabert N, Claver Luque P, Brull López N, Basora Gallisa J. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Atención Primaria*. 2008; 40(12): 617-621.
6. Bernardy NC, Lund BC, Alexander B, Jenkyn AB, Schnurr PP, Friedman MJ. Gender differences in prescribing among veterans diagnosed with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of General Internal Medicine*. 2012; 28(S2): 542-548.
7. 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.
8. Boeuf-Cazou O, Bongue B, Ansiau D, Marquié JC, Lapeyre-Mestre M. Impact of long-term benzodiazepine use on cognitive functioning in young adults: The VISAT cohort. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2011; 67(10): 1045-1052.

9. Boletín Canario de Uso Racional del Medicamento del SCS. Uso adecuado de benzodiazepinas en insomnio y ansiedad. Bolcan. 2014; 1(6): 1-8.
10. Calonge ME, Prieto M, De Alba C. Dependencia de las benzodiazepinas. Aten Primaria 1997; 19(1): 57-58.
11. Coello Paz I, Paz A, Aguilar Espinoza N, Martínez Núñez C, Alvarado C, Calix Iglesias H. Uso crónico y sobreindicación de Benzodiazepinas en Pacientes del Hospital Mario Mendoza, Honduras 2016. ARCHIVOS DE MEDICINA. 2016; 12(3): 23.
12. Danza A, Cristiani F, Tamosiunas G. Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas. Prensa Médica Latinoam. 2009; 103–107.
13. Dell’osso B, Lader M. Do Benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. European Psychiatry. 2013; 28(1): 7-20.
14. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, de Girolamo G, Gasquet I, Kovess V et al. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders. Journal of Affective Disorders. 2008; 110(1-2): 84-93.
15. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009; 41(6):342–348.
16. D’Incau P, Barbui C, Tubini J, Conforti A. Stressful life events and social health factors in women using anxiolytics and antidepressants: An Italian observational study in community pharmacies. Gender Medicine. 2011; 8(2): 80-92.
17. 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.
18. Donoghue J, Lader M. Usage of benzodiazepines: A review. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2010; 14(2): 78-87.

19. 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.
20. Franco-Fernández MD, Antequera-Jurado R. Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009; 1: 37-47.
21. Fuentealba R, Cumsille F, Araneda JC, Molina C. Consumo de drogas lícitas e ilícitas en Chile: resultados del estudio de 1998 y comparación con los estudios de 1994 y 1996. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2000; 7(2): 79-87.
22. Gámez Lechuga M, Irala Indart C. Selección de benzodiazepinas, bases para su utilización en el hospital. *Farm Hosp* 1996; 21 (2): 117-122.
23. González Gómez C, Martínez Galdámez ME, Campello Márquez E, Martín Pacheco JF, Álvarez García A, Arazo Guerrero O. Prevalencia de consumo de benzodiazepinas en un grupo de población militar. *Sanidad mil*. 2017; 73 (3): 184-186.
24. Harris MG, Burgess PM, Pirkis J, Siskind D, Slade T, Whiteford HA. Correlates of antidepressant and anxiolytic, hypnotic or sedative medication use in an Australian community sample. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011; 45(3): 249-260.
25. Hollingworth SA, Siskind DJ. Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2010; 19(3): 280- 288.
26. 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.
27. Jacob L, Rapp MA, Kostev K. Longterm use of benzodiazepines in older patients in Germany: a retrospective analysis. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2017; 7(6-7): 191-200.
28. Karanti A, Bobeck C, Osterman M, Kardell M, Tidemalm D, Runeson B et al. Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: A study of 7354 patients. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 174: 303- 309.

29. Lader M, Tylee A, Donoghue J. Withdrawing benzodiazepines in Primary Care. *CNS Drugs*. 2009; 23(1): 19-34.
30. Lader M. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction*. 2011; 106(12): 2086-2109.
31. Linnet K, Gudmundsson LS, Birgisdottir FG, Sigurdsson EL, Johannsson M, Tomasdottir MO et al. Multimorbidity and use of hypnotic and anxiolytic drugs: cross-sectional and follow-up study in primary healthcare in Iceland. *BMC Family Practice*. 2016; 17: 69.
32. Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA, Portoles A. Velázquez *Farmacología Básica y Clínica*. 18ª edición. Editorial Panamericana. 2008:275-290.
33. Louvet S, Ischayek M, Danoff R. The current role of long-term Benzodiazepines for the treatment of Generalized anxiety. *Osteopathic Family Physician*. 2015; 7(1): 19-25.
34. Lugoboni F, Mirijello A, Faccini M, Casari R, Cossari A, Musi G et al. Quality of life in a cohort of high-dose benzodiazepine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014; 142: 105-109.
35. Martínez García RM, González Gero MY, Cano Hinarejos R, Caniego Rodrigo MD, Lara Olivares R, Muharamm Rey R. Estrategia en la retirada de benzodiazepinas: otras alternativas. *Boletín farmacoterapéutico de castilla la mancha*. 2012; 23(5).
36. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017. Resumen ejecutivo 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Consultado el 20/04/2018. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>
37. Nomura K, Nakao M, Sato M, Yano, E. Regular prescriptions for benzodiazepines: a cross-sectional study of outpatients at a university hospital. *Internal Medicine*. 2006; 45(22): 1279-1283.
38. Núñez Montenegro AJ. Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años. 2014.

39. O'Brien CP. Drug addiction and drug abuse. In Goodman and Gilman's, The Pharmacological Basis of Therapeutics. 1996; 557-578.
40. Palmaro A, Dupouya Julie, Lapeyre-Mestrea M. Benzodiazepines and risk of death: Results from two large cohort studies in France and UK. *European Neuropsychopharmacology*. 2015; 25(10): 1566-1577.
41. Pariente A, Billioti de Gage S, Moore N, Bégaud B. The Benzodiazepine–dementia disorders link: current state of knowledge. *CNS Drugs*. 2016; 30: 1-7.
42. Parsaik AK, Mascarenhas SS, Khosh-Chashm D, Hashmi A, John V, Okusaga O et al. Mortality associated with anxiolytic and hypnotic drugs—A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016; 50(6): 520-533.
43. Pelfrene E, Vlerick P, Moreau M, Mak RP, Kornitzerc M, De Backer G. Use of benzodiazepine drugs and perceived job stress in a Cohort of working men and women in Belgium. *Social Science & Medicine*. 2004; 59(2): 433-442.
44. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ. *Farmacología*. 7ª ed. Madrid: Elsevier, 2012.
45. Roca M, García-Toro M, García-Campayo J, Vives M, Armengol S, García García M. et al. Clinical differences between early and late remission in depressive patients. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 134 (1-3): 235-241.
46. Rodríguez MA. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40 (8): 413-417.
47. Rodríguez Pérez A, Alfaro Lara ER, Albiñana Pérez S, Nieto Martín MD, Díez Manglano J, Pérez-Guerrero C, Santos Ramos B. Novel tool for deprescribing in chronic patients with multimorbidity: List of Evidence-Based Deprescribing for Chronic Patients criteria. *Geriatr Gerontol Int*. 2017; 17: 2200–2207.
48. Romo N, Vega A, Meneses C, Gil E, Markez I, Poo M. Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*. 2003; 28(4): 372-379.
49. Rosas-Gutiérrez I, Simón-Arceo K, Mercado F. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud mental*. 2013; 36(4), 325-329.
50. Salazar Molina A, Inocenti Miasso A. Consumo de benzodiazepinas en trabajadores de una empresa privada. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008.

51. Specka M, Bonnet U, Heilmann M, Schifano F, Scherbaum N. Longitudinal patterns of benzodiazepine consumption in a German cohort of methadone maintenance treatment patients. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2011; 26: 404-411.
52. Tamburin S, Federico A, Faccini M, Casari R, Morbioli L, Sartore V et al. Determinants of quality of life in highdose benzodiazepine misusers. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2017; 14(38): 1-11.
53. Tannenbaum C, Paquette A, Hilmer S, Holroyd- Leduc H, y Carnahan R. A systematic review of amnestic and non-amnestic mild cognitive impairment induced by anticholinergic, antihistamine, GABAergic and opioid drugs. *Drugs Aging.* 2012; 29(8): 639-658.
54. Tyrer P. ABC of sleep disorders: Withdrawal from hypnotic drugs. *BMJ* 1993;(306):706-708.
55. Vedia C, Bonet S, Forcada C, Parellada N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten primaria.* 2005; 36: 236-247.
56. Vicens C, Fiol F. Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2008; 32: 52-57.
57. Vicens C, Bejarano F, Sempere E, Mateu C, Fiol F, Socias I et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomized controlled trial in primary care. *Br JPsich.* 2014; 204:471-479.
58. Vicente-Sánchez S, Olmos-Jiménez R, Ramírez-Roig C, García-Sánchez MJ, Valderrey-Pulido M, De la Rubia-Nieto A. Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. *Farmacia Hospitalaria.*
59. Vicente Sánchez MP, Macías Saint-Gerons D, Fuente Honrubia C, González Bermejo D, Montero Corominas D, Catalá-López, F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública.* 2013; 87(3): 247-255.
60. Woods JH, Katz JL, Winger G. Benzodiazepines: use, abuse, and consequences. *Pharmacol Rev.* 1992; 4:151-347.

┌ Anexo I

CUESTIONARIO

Cuestionario N°

CUESTIONARIO "Uso de benzodiazepinas en farmacia comunitaria"

Bloque 1. Cuestiones generales

1. **Edad:**
2. **Sexo:**
 - a. Mujer.
 - b. Varón.
3. **Domicilio habitual (indique ciudad o pueblo)**
4. **Situación laboral actual**
 - a. Empleado.
 - b. Parado.
 - c. Jubilado.
 - d. Otros: Estudiantes, las tareas del hogar...
5. **Nivel de estudios**
 - a. No ha cursado ningún tipo de estudio.
 - b. Estudios obligatorios no completados.
 - c. Estudios obligatorios completados.
 - d. Estudio de bachillerato.
 - e. Estudios en ciclos superiores.
 - f. Estudios superiores universitarios.
 - g. Estudio máster o doctorado.
6. **Estado civil**
 - a. Soltero/a.
 - b. Casado/a.
 - c. Divorciado/a.
 - d. Viudo/a.

Bloque 2. Generalidades sobre su enfermedad

7. ¿Ha consumido alguna vez fármacos para tratar depresión, ansiedad o trastornos del sueño?

- a. Sí. CONTINUAR LA ENCUESTA.
- b. No. FINALIZAR LA ENCUESTA.

8. ¿Cuántos años hace que Ud. sufre ansiedad o trastornos del sueño?

9. ¿Cree que la ansiedad o trastorno del sueño es una enfermedad pasajera o, por el contrario, sería de por vida?

- a. Sí.
- b. No.
- c. No lo sé.

10. ¿Acude habitualmente a realizarse las revisiones periódicas para saber cómo va su patología?

10.1. En caso afirmativo, ¿en quién confía para darle los mejores consejos en relación con su medicación?

- a. El personal médico.
- b. El personal de farmacia.
- c. Otros (internet, vecinos, otros especialistas).

11. ¿Le han explicado qué es la ansiedad o el trastorno del sueño?

- a. Si.
- b. No.
- c. No lo recuerdo.

12. ¿Se le han prescrito o dispensado medicamentos para la ansiedad?

- a. Sí.
- b. No.

12.1. En caso afirmativo, especificar nombre o nombres de medicamentos.

13. ¿Se le han prescrito o dispensado benzodiazepinas para los trastornos del sueño?

- a. Sí.
- b. No.

13.1. En caso afirmativo, especificar nombre o nombres de medicamentos.

14. ¿Cree que Ud. puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si sufre variaciones en los síntomas?

- a. Si.
- b. No.
- c. No lo sé.

15. ¿Cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la ansiedad y favorecer la aparición del sueño?

- a. Si.
- b. No.
- c. No lo sé.

16. ¿Piensa que el apoyo de la familia/amigos puede ayudarle?

- a. Si.
- b. No.
- c. No lo sé.

17. ¿Piensa que el médico/a, enfermera/o y farmacéutico/a pueden ayudarle?

- a. Si.
- b. No.
- c. No lo sé.

Bloque 3. Toma de la medicación

18. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos de su tratamiento?

- a. Sí.
- b. No.

19. ¿Toma los medicamentos según la posología que le han indicado?

- a. Sí.
- b. No.

20. Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?

- a. Sí.
- b. No.

- 21. Si alguna vez la medicación le produce molestias, ¿deja de tomarla?**
- a. Sí.
 - b. No.
- 22. ¿Ha dejado de tomar la medicación por su propia cuenta en algún momento?**
- a. Sí.
 - b. No.
- 22.1. En caso afirmativo, durante cuánto tiempo.**
- 23. ¿Qué síntomas experimentó durante ese período?**
- 24. ¿Conoce los riesgos de suspender el tratamiento de manera brusca?**
- 25. ¿Es consciente de la importancia de su medicación?**
- 26. ¿Ha sido informado por su médico o farmacéutico de los riesgos de abuso de las benzodiazepinas?**
- 27. ¿Es consciente de los riesgos del consumo excesivo y prolongado de las benzodiazepinas?**
- 28. En general, ¿se siente satisfecho con el tratamiento prescrito?**

┌ Anexo II

INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

1. Antes de empezar

- Revisamos y leemos el cuestionario para asegurarnos de que entendemos el procedimiento y las preguntas.

2. Recogida de información

Una vez que te hayas asegurado que todo está bien lo siguiente es:

- Le pasaremos el cuestionario a todas las personas que durante un mes y medio vayan a recoger medicación para la ansiedad o trastorno del sueño.
- Sólo se les hará el cuestionario a las personas que recojan la medicación para ellas, no a aquellas que vienen por la medicación para otras personas.
- A cada persona, se le pasará el cuestionario sólo una vez.
- Realizar el cuestionario es voluntario, por lo que si alguien no quiere hacerlo, no hay problema. Lo único que sí tendríamos que hacer es llevar un registro del número de personas que no quieren realizar el cuestionario.
- Lo ideal es que el cuestionario lo rellenen los pacientes solos, pero teniendo en cuenta que algunos serán personas mayores (con dificultades para leer y escribir) habrá veces que se lo tendremos que leer nosotros, no pasa nada. En esos casos, debemos tener cuidado en no decirles lo que tienen que contestar.