

ORIGINALES

Mejorar el uso de benzodiazepinas. Una experiencia comunitaria de desmedicalización

[Ver en pdf](#)

Juan Francisco Menárguez Puche. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y coordinador del GdT de Desprescripción de benzodiazepinas e hipnóticos. Equipo de Atención Primaria (EAP) Profesor Jesús Marín

Jesús Abenza Campuzano. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y miembro del GdT de Desprescripción de benzodiazepinas e hipnóticos.

Juan José Vives Hernández. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y miembro del GdT de Desprescripción de benzodiazepinas e hipnóticos.

Alba Castañeda Pérez-Crespo. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y miembro del GdT de Desprescripción de benzodiazepinas e hipnóticos. EAP Profesor Jesús Marín. Murcia

Cristina Martínez López. Psicóloga clínica y miembro del GdT de Desprescripción de benzodiazepinas e hipnóticos. USM Vicente Campillo (Molina de Segura)

Pedro Gil Espallardo. Farmacéutico comunitario de Molina de Segura y miembro del GdT de Desprescripción de benzodiazepinas e hipnóticos.

Para contactar:

Juan Francisco Menárguez Puche: juanfran.menarguez@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: mejorar la utilización de las benzodiazepinas (BZD) en un municipio como inicio de una estrategia para desmedicalizar problemas de la vida.

Metodología: tras confirmar mediante un estudio representativo el consumo de BZD en el 17% población/año con uso inadecuado en el 80% de los casos, se propuso al Consejo de Salud municipal crear un grupo de trabajo multiprofesional: médicos de familia, psicólogos, farmacéuticos, técnicos municipales, miembros de asociaciones y ciudadanos. El grupo se ha reunido 12 veces desde marzo de 2015. Se priorizaron intervenciones sobre ancianos y mujeres.

Las actividades desarrolladas han tenido una primera fase de información-sensibilización social y una segunda de intervención.

Intervención: el objetivo final es reorientar recursos para ofrecer alternativas a fármacos.

- Primera fase: actuaciones en medios de comunicación social.
- Segunda fase de intervenciones: a) formación continuada y sensibilización a profesionales: formación sobre guías de práctica clínica y abordaje específico del malestar psicosocial, alertas en historia clínica; b) intervención sobre mujeres: talleres («habilidades para la vida») celebrados en asociaciones de mujeres; c) intervención poblacional: estrategia informativa en farmacias y página web (yonomebenzo.wordpress.org); d) ancianos: mejorar la calidad de uso de BZD.

Intervenciones pendientes: escuela de sueño, uso de web informapacientes.es y elaboración de mapeo de activos en salud.

Evaluación: se monitorizará el proceso con una estrategia de investigación de acción participativa mediante la continua interacción de los participantes. En 2 años se repetirá el estudio inicial para comprobar el impacto de las intervenciones.

Aplicabilidad: se pretende un cambio cultural profesional y poblacional sobre el uso incorrecto de tranquilizantes y capacitar a las personas para asumir el control de su propia salud.

Palabras clave: deprescripción, benzodiazepinas, prevención cuaternaria, medicina comunitaria, Atención Primaria

BENZODIACEPINE DEPRESCRIPTION. A COMMUNITY EXPERIENCE OF DEMEDICALISATION

Abstract

Objective: To improve the use of benzodiazepines (BZD) in a town as the beginning of a strategy to demedicalise everyday problems.

Methodology: After the confirmation of BZD use by 17% of the population per year, with a misuse of 80% via a representative study, the creation of a multi-professional work group composed by general practitioners, psychologists, chemists, local civil servants, associations members and citizens was proposed to the Municipal Health Council.

The work group has met 12 times since March 2015. Interventions on the elderly and women were prioritized.

The activities performed had a first stage of information and social awareness.

Intervention: The final objective was to reorientate resources to offer alternatives to drug consumption.

First stage: Campaigns in social media.

Second stage: a) Continuous training and professionals' oriented awareness: training on clinical practice guidelines and specific treatment of psychosocial discomfort, medical history alerts; b) Intervention on women: creation of "life skills workshops" in women's associations; c) Citizenship intervention: information strategy in chemists' shops and yonomebenzo.wordpress.org ; d) The elderly: improvement of the quality of tranquillizer use.

Pending interventions: Sleeping school, use of the informapacientes.es website and elaboration of health asset mapping.

Evaluation: The process will be monitored with a Participatory Action Investigation strategy by means of continuous interaction with participants. In two years' time the study will be repeated in order to check the impact of the interventions.

Applicability: The aim is to achieve a change in culture at professional and community level regarding tranquillizer misuse, as well as to empower people to take charge of their own health.

Key words: deprescriptions, benzodiazepines, quaternary prevention, community medicine, primary health care.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por medicalización el proceso por el que circunstancias que siempre se han considerado normales, acontecimientos que son componentes de la personalidad o reacciones lógicas ante diversas situaciones se «etiquetan como enfermedad»¹, condicionando prescripciones de dudosa indicación².

El avance de la medicalización tiene múltiples causas. Las continuas innovaciones tecnológicas han contribuido a pérdidas en la relación médico-paciente y a la impresión de que la ciencia tiene soluciones para todo. Además, son los médicos quienes finalmente catalogan lo que es enfermedad y toman la decisión de medicalizar. Los medios de comunicación también modifican las ideas/creencias sobre temas sanitarios. Por último, destacar el papel que ejerce la industria farmacéutica: la promoción de enfermedad (*disease mongering*) es un proceso por el que se introducen fármacos para abordar enfermedades inocuas o molestias que no necesitarían tratamiento³.

Enmarcado en este contexto, aunque en sentido contrario a las anteriores, están la prevención cuaternaria y la deprescripción de fármacos. La prevención cuaternaria es «el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica»⁴. La deprescripción es el «proceso de colaboración y apoyo que consiste en identificar, modificar y suspender las terapias que no están indicadas o pueden dañar a los pacientes»⁵.

En relación con las BZD su empleo inadecuado es bastante frecuente. Su uso en España en 2012 fue del 17% población/año⁶. Según un estudio realizado en nuestro centro de salud (CS) se consumían inadecuadamente en el 80% de casos, destacando una duración excesiva de tratamientos y uso incorrecto en ancianos⁷. Entre los potenciales efectos adversos, destacan por su importancia el riesgo de caídas y accidentes, afectación cognitiva, dependencia y tolerancia⁸.

OBJETIVO

El objetivo final de la estrategia es mejorar el uso de las BZD en nuestro municipio; es decir, reducir su uso y emplearlos adecuadamente, intentando desmedicalizar problemas de la vida cotidiana y capacitar a las personas para asumir el control de su propia salud.

MÉTODOS

El contexto del inicio de la experiencia

Molina de Segura es un municipio semiurbano de 70.971 habitantes situado a 9 km de Murcia, atendido por dos equipos de Atención Primaria (EAP) y una unidad de salud mental (USM). En el municipio funciona desde hace 25 años un Consejo de Salud que se reúne regularmente.

Un debate entre los médicos de familia (MF) de nuestro EAP confirmó la inquietud por el frecuente uso de tranquilizantes e hipnóticos en personas sin patología mental. Mediante un estudio realizado en 2012, se confirmó el uso incorrecto de BZD⁷. Otro estudio posterior (2015) comprobó una tendencia al empeoramiento, con 9 de cada 10 prescripciones inadecuadas⁹.

Se consideró necesario abordar el tema en el Consejo de Salud municipal, donde se acordó crear un grupo de trabajo (GdT) multiprofesional y de ciudadanos para desarrollar una estrategia (figura 1).

Figura 1. Consejo Municipal de Salud



Actores sociales e instituciones participantes

Desde la primera reunión celebrada en marzo de 2015, el GdT se ha reunido en 12 ocasiones. Durante este tiempo se han incorporado nuevos miembros. Actualmente está formado por:

- a. Una funcionaria municipal. Concejalía de Bienestar Social.
- b. Una profesional psicóloga. Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial.
- c. Dos ciudadanas psicólogas.
- d. La coordinadora de las 27 asociaciones de mujeres.
- e. Un farmacéutico representante de los farmacéuticos comunitarios.
- f. Una farmacéutica de la Subdirección General de Farmacia de la Consejería de Sanidad.
- g. Tres profesionales de la USM (psicóloga, psiquiatra y enfermera).
- h. Cuatro MF de ambos EAP.

Durante el proceso se solicitó apoyo al Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) de Murcia. También colabora la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano que financia cursos formativos: higiene del sueño, escucha activa o habilidades para la vida. Miembros del GdT han mantenido reuniones con ambas instituciones.

Diseño de la estrategia y actividades

En la reunión de constitución del GdT se acordaron normas de funcionamiento, estrategia de trabajo y se consensuaron objetivos: «El objetivo final no era tanto la reducción del consumo como el buen uso de los fármacos, adecuando la indicación y la duración del tratamiento».

La estrategia general se planteó un impacto final sobre personas sin enfermedad mental. Se estableció como prioridad intervenir sobre mujeres y ancianos. Se acordó evaluar el proceso. Además, se consideró fundamental dar participación y protagonismo a todos los actores implicados: prescriptores (profesionales sanitarios), dispensadores (farmacias comunitarias) y consumidores (grupos de mujeres y población general). Todo ello en base a crear alianzas entre profesionales sanitarios, pacientes/ciudadanos y organismos supra/municipales (Ayuntamiento, Dirección General, COF).

Se diseñó una estrategia municipal de base comunitaria inspirada en un modelo salutogénico¹⁰ y de activos en salud, en dos fases:

- a. Primera fase: informativa, de sensibilización a ciudadanos y profesionales (marzo-diciembre de 2015).
- b. Segunda fase (a partir de diciembre de 2015), ofreciendo alternativas a las BZD, difundiendo recursos sociales ya existentes, creando otros nuevos y potenciando el papel de los farmacéuticos.

Evaluación

El GdT acordó monitorizar el proceso mediante una estrategia de investigación-acción-participativa. En las reuniones se revisan actividades y se incorporan modificaciones al proceso, según las sugerencias de los miembros.

Antes de iniciar el proceso, se realizó un estudio de una muestra representativa de la población. La Subdirección General de Farmacia colaboró aportando las bases de datos de prescripciones de ambos EAP durante 2012 y 2015. Se prevé una nueva evaluación con la misma metodología en 2017-2018 para comprobar el impacto de las intervenciones realizadas.

RESULTADOS

Actividades

En la primera fase se desarrollaron actividades informativas para sensibilizar a la población acerca de la necesidad de reflexionar sobre riesgos/beneficios de BZD y medicalización de problemas de la vida cotidiana. Esta fase duró unos 4 meses y se realizaron actividades en medios de comunicación y una conferencia/coloquio («El sistema sanitario puede perjudicar seriamente la salud») a la que asistieron más de 200 ciudadanos. Entre las actividades municipales se celebra anualmente la Semana de la Salud, cuyo lema fue «Promueve tu salud, no la medicalices». En la figura 2 se pueden ver imágenes de algunas actividades realizadas.

Figura 2. Algunas de las actividades de la fase informativa.



Otras actividades de la campaña de sensibilización incluyeron:

- Reunión de dos miembros del GdT en la Concejalía de la Mujer con las presidentas de las 27 asociaciones de mujeres y técnicos municipales. Se les informó sobre el proyecto y se preparó un cronograma para presentar las actividades en las asociaciones.
- Entrevista a tres miembros del GdT en radio local y cadena SER.
- Artículos divulgativos en revistas de ámbito municipal.

La segunda fase de intervención sobre ciudadanos y profesionales empezó en diciembre de 2015. Su objetivo está siendo ofrecer alternativas a los fármacos.

- a. Inicialmente se intervino sobre profesionales tras recoger información sobre sus conocimientos y actitudes para usar BZD en personas sin problemas de salud mental. Se diseñó y pilotó un cuestionario ad hoc cuyos resultados confirmaron que, aunque casi el 90% de médicos encuestados creía innecesario usarlos, solo el 60% conocía otras alternativas terapéuticas eficaces¹¹. En sesiones clínicas realizadas en ambos CS y USM se informó sobre los resultados del estudio y se realizó formación continuada sobre balance coste/beneficio de BZD, protocolos para reducir el consumo, alternativas no farmacológicas y propuestas de intervención en mujeres con malestar psicosocial. Se desarrolló una alerta informática que recordaba la necesidad de revisar la adecuación del tratamiento.
- b. Para intervenir sobre mujeres, se realizaron reuniones en cada una de las 27 asociaciones de la mujer. Se recogió información sobre conocimientos de BZD, se ofreció información general y la posibilidad de participar en talleres de habilidades para la vida. De la selección de mujeres y la realización de talleres, se encargó una ciudadana psicóloga del GdT.
- c. En la intervención poblacional se combinaron diferentes actividades en población general, incluyendo actuaciones en farmacias comunitarias del municipio:
 - Se diseñó un díptico informativo (figura 3) con información sobre medicalización de la vida y balance riesgo/beneficio de BZD, que está siendo difundido en ambos EAP y en actos/actividades municipales.
 - Se diseñó una web (www.yonomebenzo.wordpress.org) que informa sobre balance riesgo/beneficio de BZD y ofrece alternativas no farmacológicas para manejar insomnio y ansiedad (figura 4).
 - Coordinada por los farmacéuticos del GdT se está elaborando una actividad que se desarrollará en dos fases. En la primera se celebrarán reuniones de formación continuada con los farmacéuticos comunitarios del municipio y se les ofrecerá participar con un grado de implicación voluntario. Una segunda intervención mínima incluirá información estática en las farmacias: póster y díptico. Para los farmacéuticos que soliciten mayor implicación, se prevé el desarrollo de un protocolo de comunicación con médicos prescriptores.
- d. La intervención sobre ancianos se diseñó para dar respuesta a las necesidades del colectivo más vulnerable en relación con los riesgos de BZD. La primera actuación consistió en desarrollar una actividad para mejorar la calidad de su uso, cuyo impacto positivo ha sido confirmado¹².

Figura 3. Díptico informativo sobre las benzodiacepinas

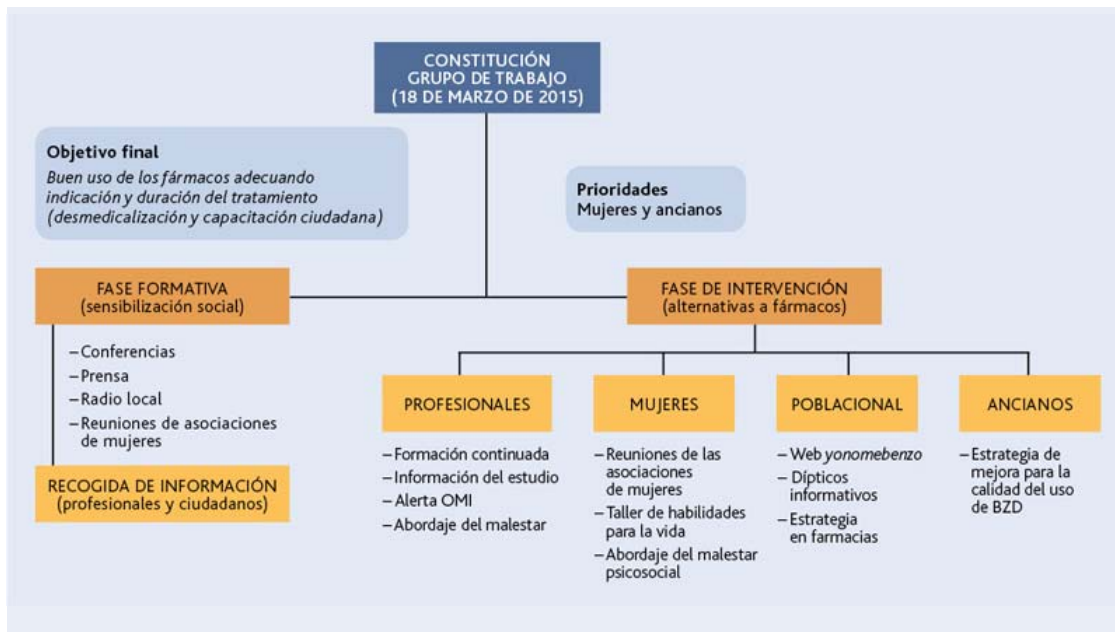


Figura 4. Imágenes de la web yonomebenzo



Un resumen de las actividades del GdT a fecha de hoy puede verse en la figura 5.

Figura 5. Resumen actividades del grupo de trabajo a fecha actual



Actividades pendientes

El GdT tiene previstas diversas intervenciones en los próximos meses. En las reuniones mensuales del grupo se avanzará en el proceso y su evaluación:

1. Difusión del metabuscador de información sanitaria para pacientes (www.informapacientes.es), diseñado hace años en nuestro EAP¹³.
2. Escuela de sueño. Su puesta en marcha está pendiente de una actividad de formación continuada. La primera fase será dirigida a profesionales y la segunda a ciudadanos y pacientes.
3. Diseño de una intervención en las dos residencias de ancianos del municipio. El GdT está preparando una reunión con la dirección de ambos centros para valorar posibles intervenciones.
4. Por último, y quizás como actividad más importante, elaboración de un mapa municipal de activos en salud. Este mapeo permitirá a los ciudadanos y profesionales identificar recursos alternativos a las BZD. El GdT propuso nuestra incorporación a la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad. El proceso está pendiente de reuniones con la alcaldía para confirmar la incorporación oficial del Ayuntamiento.

DISCUSIÓN

El MF es el principal prescriptor de BZD e inicia entre el 45 y el 76% de los tratamientos¹⁴. Para hipnóticos el 68,5% de prescripciones se inician en CS¹⁵. Aunque sus beneficios a corto plazo son bien conocidos, el uso a largo plazo tiene mayor riesgo de deterioro cognitivo, somnolencia diurna, aumento del riesgo de caídas y fractura de cadera en ancianos⁹.

La utilización de BZD en el mundo desarrollado es elevada e inadecuada, sobre todo por una duración mayor a la recomendada¹⁶. Un estudio realizado en 2012 dimensionó el problema en nuestra comunidad objetivando una prescripción similar a la de España⁷. El 80% de prescripciones fueron inadecuadas⁸. En otro estudio de 2015 se confirmó una tendencia al empeoramiento, considerándose inadecuadas 9 de cada 10 prescripciones. En nuestra comunidad, el perfil de paciente al que se le prescriben BZD ha evolucionado hacia una mujer de mediana edad y cada vez más joven, sin ocupación, con estudios de secundaria o superiores y que consulta más de 19 veces al año al MF⁹. Ante esta situación se planteó la necesidad de intervenir sobre lo que se consideró un importante problema comunitario de salud. En relación con aspectos concretos a mejorar, llamaba la atención la larga duración de las prescripciones. En nuestro estudio, la duración media del tratamiento fue mayor de 2 años⁹, de forma similar a otros estudios en Atención Primaria^{14,17}. Otro estudio realizado por farmacéuticos comunitarios confirmó la gravedad del problema, ya que observó que el tratamiento se mantenía durante más de 1 año en más de la mitad de personas¹⁸.

Un estudio de consenso realizado entre MF asturianos identificó y priorizó los factores más influyentes en prescripción de BZD: baja tolerancia poblacional al malestar emocional, aumento de prevalencia de problemas de salud mental, falta de tiempo en consulta, condicionantes socioeconómicos y propiedades de las BZD. Este estudio sugirió las acciones más importantes para disminuir su consumo: educación sanitaria poblacional, disminuir presión asistencial, concienciar a los MF para prescribir correctamente, potenciar redes de apoyo social y fomentar tratamientos alternativos¹⁹.

En nuestro municipio hay gran sensibilidad sobre la prevención cuaternaria y la medicalización y medicamentación de problemas de la vida cotidiana. Siendo las BZD un grupo de fármacos muy empleados en el abordaje de estos motivos de consulta, el Consejo de Salud Municipal decidió que se crease un GdT para desarrollar una estrategia para mejorar su uso.

Hay abundante literatura sobre intervenciones más o menos complejas, coordinadas y con diferente participación del MF para tratar de disminuir el uso prolongado de BZD en Atención Primaria^{14,19-22}. Se describen desde intervenciones mínimas en consulta hasta programas estructurados con varias visitas y sesiones de terapia cognitivo-conductual, pasando por intervenciones socioeducativas de farmacéuticos comunitarios. Las actuaciones múltiples resultantes de la combinación de varias intervenciones parecen ser más efectivas¹⁶.

Hay que recordar que la estrategia más eficaz para mejorar el uso de los medicamentos en Atención Primaria consiste en combinar formación, supervisión por parte de sanitarios y educación de consumidores. La escucha activa o el empoderamiento poblacional ocupan un papel primordial para evitar medicalizar²³. El GdT optó por diseñar una intervención múltiple. En nuestro caso, intentamos abordar todos los aspectos más dependientes de nuestra actuación. Es sabido que la falta de tiempo en consulta es uno de los aspectos más relacionados con el sobretratamiento, pero en la mayoría de casos es poco vulnerable a nuestras actuaciones y, por eso, el GdT decidió no priorizar este aspecto.

En la primera fase se consideró prioritario intervenir sobre los profesionales que inician el proceso de medicalización. Aunque casi todos los MF creían innecesario el uso de BZD para tratar problemas de la vida, había gran desconocimiento de otros tratamientos eficaces¹¹. Además, se constata una discordancia entre conocimientos sobre BZD y su uso en la práctica clínica²⁴. Se hacía imprescindible, por tanto, intentar cambiar las actitudes de los promotores iniciales de la medicalización.

Otro aspecto muy relevante es que las mujeres son el grupo que más y peor usa las BZD. El perfil de consumidores de nuestro estudio, junto a los resultados de un estudio de ámbito nacional que puso de manifiesto los sesgos de género que condicionan las prescripciones, nos hizo elegir una estrategia formativa que, incorporando el enfoque de género, intente cambiar las creencias y actitudes de algunos prescriptores²⁵.

Consideramos muy importante potenciar el papel de las farmacias comunitarias y la colaboración entre médicos y farmacéuticos. En un estudio controlado realizado en Valencia mejoraron tanto la duración de los tratamientos como la frecuencia de interacciones farmacológicas¹⁵. Este estudio fue realizado con ancianos, el grupo de población más vulnerable a los efectos adversos. Nuestro GdT está muy ilusionado con la convicción de que la participación activa de farmacéuticos, ofreciendo mensajes acordes con los datos en la consulta, tiene muchas posibilidades de mejorar la atención de nuestros pacientes sin enfermedad mental.

En cualquier caso, no podemos cerrar la puerta de la prescripción de BZD a nuestros pacientes sin ofrecerles otros recursos. Por ello, tras una primera fase informativa se planificó ofrecer alternativas al uso de fármacos, aprovechando y difundiendo los recursos sociales ya existentes, creando nuevos activos y actividades. En ese sentido, está pendiente la realización de un mapeo de activos en salud existentes en los barrios del municipio. Pensamos que la disponibilidad de tratamientos no farmacológicos será de gran ayuda tanto para población como para profesionales, y permitirá reorientar la prescripción incluyendo otras alternativas también eficaces, pero más seguras que las BZD.

Como conclusiones del trabajo realizado sobre la intervención comunitaria, se puede decir que:

- No se pueden retirar intervenciones eficaces sin ofrecer alternativas que ayuden a nuestros pacientes. Es preciso desarrollar estrategias en AP más allá de la consulta, si queremos actuar sobre las causas de la medicalización.
- Una estrategia de cambio de educación sanitaria (modelo salutogénico) a largo plazo necesita que se cuide el contexto y se aborden las decisiones mediante consenso, empoderamiento y participación de todos los actores implicados.
- Para que se produzcan los cambios necesarios para desmedicalizar es imprescindible que, además de profesionales sanitarios, se impliquen instituciones municipales, agentes sociales, y ciudadanos. El abordaje multiprofesional facilita que los procesos de intervención comunitaria se enriquezcan y crezcan en su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clín Sanit.* 2003;5(2):47-53.
2. Cerecedo MJ, Tovar M, Rozadilla A. Medicalización de la vida. Etiquetas de enfermedad: todo un negocio. *Aten Primaria.* 2013;45(8):434-8.
3. González Miranda B. Medicalización, iatrogenia y ética de las relaciones con la industria farmacéutica. III Máster Interuniversitario de bioética. Hospital Cabueñes Gijón; 2009.
4. Gervás J, Gavilán E, Jiménez L. Prevención cuaternaria: es posible y deseable una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF.* 2012;8(6): 312-7.
5. Pollmann AS, Murphy AL, Bergman JC, Gardner DM. Deprescribing benzodiazepines and Z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review. *BMC Pharmacol Toxicol.* 2015;4:16-9. doi: 10.1186/s40360-015-0019-8. Review. PubMed PMID: 26141716; PubMed Central PMCID: PMC4491204.
6. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. [Internet.] [Consultado el 12 de agosto de 2016.] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/UtilizacionServiciosSanitarios_DistribucionPorcentual.pdf.
7. Vives JJ, Abenza J, Guillamón R, Fernández D, Menárguez JF. Adecuación de la prescripción de benzodiazepinas en una zona básica de salud. XXXV Congreso de la semFYC, 11-13 de junio de 2015. Gijón; 2015.
8. Martínez RM, González MY, Cano R, Caniego MD, Lara R, Muharram R. Estrategias en la retirada de benzodiazepinas: otras alternativas. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha.* 2012;13(5):1-8.
9. Vives JJ, Sánchez S, Cascales M, Abenza J, Menárguez JF. Evolución de la prescripción de benzodiazepinas por médicos de familia en una zona básica de salud, ¿inercia terapéutica o cambios sociales? XXXVI Congreso de la semFYC, 9-11 de junio de 2016. La Coruña; 2016.
10. Colomer, C; Álvarez-Dardet, C. Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. pp27-45. En: Colomer, C; Álvarez-Dardet, C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Ed Masson; 2000.
11. Menárguez MA, Menárguez JF. Actitudes y conocimientos de médicos de un municipio hacia la prescripción y uso terapéutico de benzodiazepinas en pacientes sin enfermedad mental. Trabajo de fin de grado. Facultad de Medicina de Murcia; 2016.
12. Galera L, Quiles LV, Bernabeu S, Qadeer Kamran, Menárguez JF, Alcántara PA. Evaluación de la calidad de la prescripción de benzodiazepinas en mayores de 65 años y diseño de medidas correctoras. XXXVI Congreso de la semFYC, 9-11 de junio de 2016, La Coruña; 2016.
13. Delsors E, Tello C, Menárguez JF, Sánchez JA, González M, Soler M. Diseño de un buscador de información sanitaria para pacientes en Internet. XXXI Congreso de la semFYC, 8-10 de junio de 2011. Zaragoza; 2011.
14. Escrivá Ferrairó R, Pérez Díaz A, Lumbreras García C, Molina París J, Sanz cuesta T, Corral Sánchez MA. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características el consumidor. *Aten Primaria.* 2000;25(2):107-10.
15. Granados Menéndez M, Salinero Fort MA, Palomo Ancillo M, Aliaga Gutiérrez L, García Escalonilla C, Ortega Orcos R. Adecuación del uso de las benzodiazepinas zolpidem y zopiclona en problemas atendidos en atención primaria. *Aten Primaria.* 2006;38(3):159-64.
16. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct

patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med. 2014;174(6):890-8.

17. Velert J, Velert MM, Salar L, Avellana JA, Moreno L. Adecuación de la utilización de benzodiacepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. Aten Primaria. 2012;44(7):402-10.
18. Antich Arqué S, Rodilla Alamá V, Moreno Royo L. Ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos: ¿se utilizan de forma adecuada? Un estudio llevado a cabo en farmacias comunitarias. Aten Primaria. 2007;39 (12):677-8.
19. Fernández T, Gómez MJ, Baidés C, Martínez J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiacepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2002;30 (5):297-303.
20. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2011;61(590):573-8.
21. Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry. 2014;204(2):98-107.
22. Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(5):CD009652. DOI:10.1002/14651858.
23. Sánchez B, Bravo C, Basilio B. Seguridad del paciente con los medicamentos en el ámbito de la atención primaria. En: Villafaina A, Rodríguez B, Ortiz O (eds.). Seguridad del Paciente con el Uso del Medicamento: evidencias y estrategias prácticas. Plasencia: Asociación para las Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud; 2015. p. 145-73.
24. Boixet M, Batlle E, Bolibar I. Benzodiacepinas en atención primaria: un estudio de prescripción de médicos de atención primaria. Addicition. 1996;91(4):549-6.
25. Gil E, Romo N, Poo M, Meneses C, Markez I, Vega A. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. Aten Primaria. 2005;15:35(8): 402-7.

[Volver](#)

Mejorar el uso de benzodiacepinas. Una experiencia comunitaria de desmedicalización

Juan Francisco Menárguez Puche, Jesús Abenza Campuzano, Juan José Vives Hernández, Alba Castañeda Pérez-Crespo, Cristina Martínez López y Pedro Gil Espallardo

Comunidad noviembre 2016;18(3):7

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Enviado por Adela Viniegra el 22 noviembre, 2016 a las 17:57

1
comentarios

Muy interesante vuestra experiencia , es esperanzador pensar que podemos generar una sociedad menos medicalizada y empoderar a los pacientes (mujeres y pacientes ancianos o fragiles ... La mayoría) , pero esta claro que ha de ser colaboracion multiprofesional.

Gracias por aportar vuestra experiencia e ilusionarnos en esta posibilidad de prevencion cuaternaria

Dejar un comentario

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar