

Revisiones bibliográficas · Bibliographical Reviews

# Atención farmacéutica en la bibliografía nacional e internacional

Pharmaceutical Care in National and International  
Bibliography

## Información

### Fechas:

Recibido: 13/02/2023

Aceptado: 14/12/2023

Publicado: 15/02/2023

### Correspondencia:

Elodie Ouadahi

elodieouadahi@gmail.com

### Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó  
ningún conflicto de interés.

### Financiación:

En esta publicación no ha recibido  
ninguna ayuda o financiación.

## Autorías

**Elodie Ouadahi**<sup>1</sup>  [0000-0002-6003-9762](https://orcid.org/0000-0002-6003-9762)

<sup>1</sup>Farmacéutica Comunitaria en A Coruña, España.

### Cómo citar este trabajo

Ouadahi E. Atención farmacéutica en la bibliografía nacional e internacional.  
Pharm Care Esp. 2023;25(1):49-56.

# Quality of Life Assessment in Patients Using Benzodiazepines during the COVID-19 Pandemic in a Community Pharmacy Using EuroQol 5D-3L.

Alberto Armas, D.; Santana Ayala, J.R.; Román Castillo, Y.; Hardisson de la Torre, A.; Rubio Armendáriz, C.

*Pharmacy* 2023, 11, 19. <https://doi.org/10.3390/pharmacy11010019>

En la última década, la dispensación de psicofármacos en las farmacias comunitarias de España se ha visto incrementado notablemente; concretamente en 2014 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó un informe sobre el uso de ansiolíticos e hipnóticos en España entre 2000-2012 en el que se reflejaba un aumento del 46,8% y del 81,8% en los grupos de ansiolíticos e hipnóticos y sedantes, respectivamente. Los últimos datos según una publicación de 2021 sobre datos de consumo de prescripciones, las que corresponden a ansiolíticos y antidepresivos han aumentado en el último año de 90.603 a 93.046 DHD (Dosis Diarias Definidas por 1000 habitantes al día), con un incremento más llamativo respecto a 2019 (86.935 DHD), habiendo una mayor prevalencia en mujeres y en el grupo de edad de 35 a 64 años.

Las benzodiazepinas (BZD) se consideran seguras para uso a corto plazo; sin embargo, el uso crónico y dosis superiores a las recomendadas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y fichas técnicas se han asociado a diversos riesgos y efectos adversos como deterioro cognitivo, tolerancia, dependencia, caídas relacionadas con fracturas de cadera y accidentes de tráfico, etc. Debido a estas altas tasas de consumo y sus riesgos asociados, desde atención primaria y farmacias comunitarias se han intentado desarrollar algunas estrategias para reducir su prescripción y consumo.

La intervención de los farmacéuticos comunitarios muestra el potencial para minimizar los impactos negativos en la calidad de vida del paciente durante el uso de BZD y, por lo tanto, la medición de la calidad de vida se ha vuelto cada vez más relevante durante el seguimiento de estos, así como pacientes que son usuarios de otro tipo de medicamentos. Entre los cuestionarios disponibles para estimar la calidad de vida, el EuroQol 5D-3L es el índice más utilizado para medir la calidad relacionada con la salud y está compuesto por las siguientes cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión; con tres niveles de gravedad en cada dimensión: ausencia de problema, algún problema, problema grave o incapacidad. En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumplimentó el cuestionario. La

segunda parte del EQ-5D es una EVA vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En ella, el paciente debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy; su uso proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo.

El objetivo de este estudio es describir y analizar la calidad de vida de los pacientes que solicitan la dispensación de una BZD en una farmacia comunitaria a lo largo de un período de seis meses durante la pandemia de COVID-19, y correlacionar esta calidad de vida con el sexo y la edad de los pacientes mientras reciben el servicio de dispensación y de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal prospectivo, sin grupo control, durante seis meses (agosto de 2020 hasta febrero de 2021) en una farmacia comunitaria de Tenerife (Islas Canarias, España). Se incluyeron en el estudio 127 pacientes de ambos sexos considerando los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:** Pacientes que inician o continúan tratamiento con BZD como monofármaco (lorazepam, lormetazepam, alprazolam, diazepam, bromazepam, clorazepato potásico, clonazepam, ketazolam, clobazam y flurazepam); pacientes de dieciocho a noventa años de edad; pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y que firmaron el consentimiento informado; pacientes cuyas habilidades de comunicación y/o toma de decisiones no se vieron afectadas; cuidadores que acuden a la farmacia a recoger una BZD prescrita para el paciente que atienden.

**Criterios de exclusión:** pacientes que, aun cumpliendo los criterios de inclusión, no aceptaron participar en el estudio; pacientes que no aceptaron firmar el formulario de consentimiento informado; pacientes prescritos con combinaciones de BZD u otros ingredientes activos; pacientes no evaluables por una variedad de razones, a criterio del investigador (registros incompletos, sospecha de errores de transcripción en la base de datos, sospecha no verificada de criterios de exclusión...), pacientes con dificultades de comunicación, psicológicas, lingüísticas o sin capacidad de decisión; pacientes que decidieron abandonar el estudio voluntariamente; mujeres embarazadas o lactantes; pacientes derivados de otros servicios profesionales de atención farmacéutica, ya que pueden sesgar los resultados, dado que los pacientes habrían recibido información personalizada sobre su medicación en cada uno de estos servicios, por lo que su conocimiento puede ser mayor que el de los pacientes que no la han recibido y los datos pueden contener un sesgo.

Cada paciente accedió a participar voluntariamente y firmó un formulario de consentimiento informado. La recogida de datos se realizó mediante entrevista clínica estructurada en el área de atención farmacéutica personalizada

de la farmacia. Se utilizó un cuestionario que incluía el instrumento de calidad de vida Eurool 5D-3L y otras variables como variables sociodemográficas, tipo de BZD y duración del tratamiento con las mismas.

Los resultados obtenidos por género fueron los siguientes: 66,14% mujeres y 33,86% hombres (dos de cada tres pacientes que toman de BZD son mujeres), lo que concuerda con estudios e informes previamente publicados. La edad media de la población estudiada (61 años, rango 20-89 años) es similar a la observada en diferentes estudios; esta edad media está asociada a una especial vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos susceptibles de tratamiento con BZD.

La BZD más frecuente entre las diez moléculas estudiadas es el lorazepam con el 25,49% de todas las solicitudes de dispensación, seguida del diazepam con el 14,38%, lorazepam con el 14,38%, alprazolam con el 13,73% y clorazepato con el 12,42%. Los que menos porcentaje de dispensación presentaron fueron el bromazepam (8,50%) y el clonazepam (5,88%), ketazolam (1,96%), flurazepam (1,96%) y clobazam (1,31%) lo que refleja su bajo uso como recurso terapéutico en nuestra comunidad. La duración media de los tratamientos con BZD en los pacientes estudiados fue de cuatro años (rango: 0,3-25). Una duración tan prolongada del tratamiento se identifica como un riesgo para el paciente, ya que según las Guías de Práctica Clínica (GPC) y fichas técnicas de las distintas BZD, la duración no debe extenderse más allá de las doce semanas, incluido el tiempo de espera; dicha cronificación ha sido previamente observada en estudios previos. Estos resultados sugieren que cualquier intervención farmacéutica durante la dispensación de BZD debería considerar la revisión y reevaluación del tratamiento con BZD por parte del médico prescriptor, siendo la desprescripción la mejor opción.

La escala analógica permitió al paciente con BZD describir su estado de salud con una puntuación entre 0 y 100. Los resultados obtenidos muestran una puntuación media y una desviación estándar de 59,29 (10– 90)  $\pm$  21,20. Este resultado es inferior al esperado ya que las BZD, por su alta eficacia para contrarrestar los síntomas, deberían dar una respuesta rápida al problema de salud para el que se prescriben. Las diferencias de casi veinte puntos entre los resultados del presente estudio y los de la ENS son explicables no solo porque el presente estudio se realizó en una población enferma de sujetos con BZD, sino también porque se realizó durante la pandemia de COVID-19.

En cuanto a la movilidad y problemas asociados, el 68,50% de los usuarios de BZD indicaron que no tenían problemas para caminar, el 30,71% dieron a conocer algún problema para caminar y el 0,79% refirieron la necesidad de estar en la cama; un estudio previo analizó la asociación estadística entre la dificultad de movimiento y la edad de los pacientes y mostró que la edad media de los pacientes con problemas para caminar fue de sesenta y nueve años, doce años mayor que la de los pacientes sin problemas para caminar.

Este resultado es consistente y esperado, ya que los pacientes en este tramo de edad suelen presentar mayores dificultades de movilidad.

En lo que respecta a la calidad de vida del autocuidado, mostró que el 82,68% de los usuarios de BZD indicaron no tener problemas con el autocuidado, el 12,60% tenía algún problema con el autocuidado y el 4,72% no podía lavarse ni vestirse. Con respecto a las actividades habituales, el 69,29% de los usuarios de BZD no tuvo problemas para realizar sus actividades diarias, el 22,83% tuvo algún problema y el 7,87% no pudo realizar sus actividades diarias. En relación a la dimensión dolor y molestias, el 56,7% de los usuarios de BZD refirió no tener ninguno, el 26,8% refirió dolor o molestias moderadas y el 16,5% refirió tener mucho dolor o molestias a pesar de estar en tratamiento con BZD. Por lo tanto, el estudio muestra que casi la mitad de la población que usa BZD tenía algún grado de dolor y malestar. Con el objetivo de caracterizar a los usuarios de BZD, los autores buscaron correlacionar este resultado con los tratamientos concomitantes con BZD. Los resultados mostraron que el 16,54% de los pacientes usaban una BZD junto con un analgésico opioide. Este uso combinado de estos dos tipos de fármacos expone al paciente al riesgo potencial de sufrir una interacción insegura. En estos casos, la intervención del farmacéutico debe ser verificar esta posible interacción medicamentosa, investigar si el paciente muestra signos de resultados negativos para la salud y derivar al paciente al médico si es necesario.

En cuanto a la evaluación de la ansiedad y la depresión, aunque la muestra estudiada debería haber ambas minimizadas, los resultados muestran una alta prevalencia de signos y síntomas de ansiedad y depresión entre los pacientes estudiados. Un total de 13,4% de los pacientes informaron estar muy ansiosos o deprimidos, 48,2% estaban preocupados por estar moderadamente ansiosos o deprimidos y 37,8% informaron no estar ansiosos ni deprimidos. Estos números son más altos de lo esperado y pueden explicarse por la tolerancia causada por las BZD.

Los autores creen que, en muchos casos, el problema de salud para el que se prescribió inicialmente la BZD puede no estar recibiendo un seguimiento adecuado, y esta deficiencia puede estar generando prescripciones potencialmente inapropiadas. En estos casos, si se detecta en el servicio de dispensación, la intervención del farmacéutico debe consistir en derivar al paciente al médico prescriptor proponiendo un reajuste o modificación del tratamiento con BZD o información sobre otras alternativas farmacológicas. En pacientes con BZD con algún grado de ansiedad y depresión, se debe promover el trabajo en equipo colaborativo desde los servicios de salud entre médicos prescriptores y farmacéuticos dispensadores y la derivación a terapia cognitivo conductual si fuera necesario, la educación sanitaria personalizada y el asesoramiento sobre hábitos de vida como estrategias de relajación o higiene del sueño, entre otros. La intervención del farmacéutico es de gran importancia, ya que el servicio de dispensación permite evaluar

los resultados de salud del tratamiento, observando el estado emocional del paciente y la preocupación por su falta de eficacia. En el caso del 37,8% de los pacientes con BZD que refirieron no estar ansiosos ni deprimidos, los autores concluyen que el uso combinado de las BZD junto con otros fármacos asociados consigue el objetivo terapéutico de controlar estos problemas de salud. Por tanto, este 37,8% de los pacientes es identificado por la farmacia comunitaria como una población adecuada para seguir un proceso de retirada de BZD como se recomienda, con el fin de minimizar los riesgos asociados a dichos tratamientos a largo plazo.

Como conclusión, la puntuación media del estado de salud percibido es baja en los pacientes a tratamiento con BZD. Debido a que mujeres son el grupo de pacientes con las puntuaciones más bajas, se las puede identificar como pacientes vulnerables y un objetivo potencial para los servicios de atención farmacéutica. La proporción de pacientes mayores de sesenta y cinco años en tratamiento con BZD que muestran dificultad en la movilidad, dolor/malessar y depresión/ansiedad debe ser abordada por diferentes servicios asistenciales, incluidos los farmacéuticos comunitarios. Existe la necesidad de una atención farmacéutica personalizada que optimice el uso seguro y eficaz de las BZD y mejore el conocimiento de las mismas entre los pacientes. Durante la dispensación de BZD, el uso del EuroQol 5D-3L permite detectar aquellos usuarios que continúan percibiendo ansiedad y/o depresión y necesitan reevaluar sus tratamientos. El conocimiento por parte del farmacéutico de este instrumento facilita la intervención farmacéutica y la toma de decisiones en la práctica asistencial de farmacia comunitaria. Finalmente, estos resultados reflejan la necesidad de potenciar el vínculo médico-paciente-farmacéutico.

## **European Society of Clinical Pharmacy definition of the term clinical pharmacy and its relationship to pharmaceutical care: a position paper.**

Dreischulte, T.; van den Bemt, B.; Steurbaut, S.

[International Journal of Clinical Pharmacy. 44, 837–842 \(2022\), https://doi.org/10.1007/s11096-022-01422-7](https://doi.org/10.1007/s11096-022-01422-7)

Desde hace tiempo los farmacéuticos han reconocido la necesidad de cambiar el enfoque de la práctica farmacéutica no solo desde el punto de vista del desarrollo, la fabricación y el suministro de medicamentos, sino hacia la garantía del uso adecuado de los medicamentos para mejorar los resultados de los pacientes. Los términos "farmacia clínica" y "atención farmacéutica" han sido fundamentales para iniciar un cambio hacia ese enfoque, sin embargo, ambos términos están abiertos a la interpretación y, como conse-

cuencia, ninguno se ha entendido completamente ni se ha utilizado de manera uniforme. En 2013, la Red Europea de Atención Farmacéutica publicó una definición actualizada de atención farmacéutica en respuesta a la continua incertidumbre en torno al término. En el caso de la farmacia clínica, aunque el término apareció a principios de la década de 1960, existe la necesidad de una definición actualizada del término debido a la existencia de la inquietud sobre el alcance de lo que se puede conseguir con la farmacia clínica. Ante esto, la Sociedad Europea de Farmacia Clínica ha decidido actualizar y optimizar su propia definición; por tanto, se llevó a cabo la redacción de una definición de farmacia clínica con la justificación correspondiente y se envió por correo electrónico en abril de 2018 a todos los miembros registrados de dicha sociedad en ese momento (n = 263) para obtener la visión formativa de los participantes.

La encuesta pidió a los participantes que calificaran (sí/incierto/no) si la definición proporcionaba claridad en las seis preguntas clave que se realizaban (¿Es la farmacia clínica una disciplina científica y/o una práctica profesional?; ¿Cuáles son los objetivos de la farmacia clínica?; ¿Qué comprende la farmacia clínica?; ¿Quién puede proporcionar (servicios) de farmacia clínica?; ¿En qué entornos se pueden proporcionar servicios de farmacia clínica?; ¿Cuál es la relación entre la farmacia clínica y la atención farmacéutica?) y en qué medida los participantes estaban de acuerdo con la opinión expresada en la definición preliminar después de leer la justificación adjunta. En el caso de que la respuesta fuese "incierta" o "no", se pidió a los participantes que explicaran su respuesta. Un total de 89 (33,8%) miembros de 25 países europeos diferentes completaron la encuesta online; el 73 % de los participantes proporcionaron un total de 185 comentarios. Entre el 18 y el 41 % de los participantes permanecieron inseguros con respecto a las seis preguntas planteadas después de leer el borrador de la definición. Tras leer la justificación, el nivel de desacuerdo con la definición fue bajo, siendo más alto en relación al ámbito de la provisión de farmacia clínica (10,5%), posibles proveedores de farmacia clínica (9,3%) y la relación farmacia clínica-atención farmacéutica (8,1%). En base a los primeros resultados, se llevó a cabo una segunda versión de la definición en la que un 72% comentarios fueron juzgados resueltos, un 14% parcialmente resueltos y otro 14% no resueltos. Después de rectificar una serie correcciones, la definición y la justificación revisadas finales fueron aprobadas por el grupo de comunicación de la sociedad el 20/04/2020.

Aunque la tasa de participación en la ronda de consulta (33,8 %) puede considerarse relativamente baja, los resultados de la encuesta permitieron identificar ambigüedades clave y los 185 comentarios que realizaron los participantes proporcionaron una rica fuente de información para una exploración cualitativa de puntos de vista y opiniones. Aunque existían muchas definiciones de farmacia clínica antes de este trabajo, los autores no pudieron obtener ninguna que proporcionara claridad ante las seis preguntas que se

abordaban. La mayoría limitaban la farmacia clínica a una práctica profesional, pocos nombraron posibles proveedores o abordaron la relación entre la farmacia clínica y la atención farmacéutica, solo una minoría especificaba los resultados a los que se dirige la práctica de la farmacia clínica y ninguno especificaba los objetivos de la investigación en farmacia clínica. Por el contrario, la definición propuesta en el presente artículo establece explícitamente que los farmacéuticos pueden practicar la farmacia clínica independientemente del entorno, que es tanto una práctica profesional como un campo de investigación y que pretende lograr una práctica centrada en la persona. Además, define los objetivos de la investigación en farmacia clínica y la caracteriza como una disciplina que combina la investigación clínica y de servicios de salud. Asimismo, la justificación aclara que la farmacia clínica engloba la atención farmacéutica pero no se limita a ella y permite que se enfoque de una manera más amplia la práctica de la farmacia clínica, así como posicionarla como un campo de investigación científica.