

**Paper de les infermeres en el control del consum de
benzodiazepines pel tractament de l'insomni i
de l'ansietat. Una revisió bibliogràfica.**

Treball de fi de grau

ANNA MASSANELL FOS i NOELIA RUIZ LÓPEZ

Dirigit per la Dra. Lourdes Rubio

Curs 2018-2019

Seu Baix Penedès | Coma-ruga

Grau d'infermeria



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Agraïments

*A les nostres famílies,
per tolerar les nostres absències
al llarg d'aquests quatre anys*

Resum

En la pràctica clínica és freqüent trobar pacients que reben tractaments amb benzodiazepines (BZD) d'una duració molt superior a la recomanada, provocant una relació risc-benefici desfavorable. Existeixen diferents estratègies per retirar el tractament amb BZD, però es desconeix quina és la funció específica de la infermera en el control i el seguiment del tractament d'aquests fàrmacs per combatre l'insomni i l'ansietat.

Objectius. Analitzar el grau d'autonomia i la funció específica que realitza la infermera d'atenció primària en el control i seguiment del tractament amb benzodiazepines per l'insomni i l'ansietat.

Metodologia. Es va realitzar una revisió bibliogràfica utilitzant les bases de dades de Pubmed, Cinhal i Google Scholar.

Resultats. Després d'incloure els articles que complien els criteris de selecció, finalment es van seleccionar 25 articles. Els resultats es van agrupar en tres grans temes: *percepció risc-benefici en l'ús de BZD, funció i grau d'autonomia de les infermeres en el control del tractament amb BZD i mecanismes per controlar-ne el tractament.*

Discussió. Aquesta revisió proposa el personal d'infermeria com a possible peça clau per controlar la inèrcia del sobretractament amb BZD que s'utilitza de forma desmesurada i ocasiona problemes de salut greus i mala praxis del sistema sanitari. Malgrat que el consum inadequat de BDZ afecta a diferents àmbits sanitaris, es suggereix que aquest control comenci a l'atenció primària ja que és el primer accés al sistema de salut de les persones amb problemes d'insomni i ansietat. En el nostre medi caldria promocionar el rol de la infermera en el seguiment i control de la prescripció de BDZ.

Conclusions. Es valora a la infermera amb suficient autonomia, judici clínic i reconeixement professional per dur a terme tasques d'identificació del mal consum, iniciació i implementació d'estratègies de retirada, detecció de dependència i/o addicció i, educació farmacològica i no farmacològica útils per combatre l'insomni i l'ansietat.

Paraules clau. Benzodiazepines, infermeria, control, ansietat, insomni

Abstract

In clinical practice it is frequent to find patients who receive treatments with benzodiazepines (BZD) of a longer duration from the one recommended, causing an unfavorable risk-benefit relationship. There are different strategies for withdrawing treatment with BZD, but it is unknown what the nurse's specific function is in controlling and monitoring the treatment of these drugs to combat insomnia and anxiety.

Objectives. Analyze the degree of autonomy and the specific function performed by the primary care nurse in the control and follow-up of benzodiazepine treatment for insomnia and anxiety.

Methods. A bibliographic review was carried out using the databases of Pubmed, Cinhal and Google Scholar.

Results. After including the articles that matched the selection criteria, 25 articles were finally selected. The results were grouped into three main topics: Risk-benefit perception in the use of BZD, function and degree of autonomy of nurses in the control of treatment with BZD and mechanisms to control their treatment.

Discussion. This review proposes the nursing staff as a key piece to control the inertia of overloading with BZD that is used excessively and causes serious health problems and bad practices in the healthcare system. Although inadequate consumption of BDZ affects different health areas, it is suggested that control of the prescription begins in primary care as it is the first access to the health system for people with insomnia and anxiety disorders. In our environment, we should promote the role of the nurse in the monitoring and control of the prescription of BDZ.

Conclusion. The nurse is valued with sufficient autonomy, clinical judgment and professional recognition to carry out tasks of identification of poor consumption, initiation and implementation of strategies for withdrawal, detection of dependence and / or addiction, and pharmacological and non-pharmacological education useful to fight insomnia and anxiety.

Keywords. Benzodiazepine, nursing, control, anxiety, insomnia

Índex

1. Introducció	1
2. Objectius	5
3. Marc teòric	7
4. Metodologia	13
5. Resultats	17
6. Discussió	35
7. Conclusió	39
8. Bibliografia	41
9. Annex	47

1. Introducció

Les benzodiazepines (BZD) són uns dels grups farmacològics més prescrits en els països desenvolupats (1,2,3,4). S'utilitzen principalment en el tractament de l'ansietat i de l'insomni (1,2,3). Estan indicades en situacions agudes que limiten l'activitat del pacient o que ocasionen un estrès important (1,2,3,4).

Les BZD s'han d'utilitzar en la dosis mínima eficaç, en monoteràpia i només en tractaments curts de trastorns aguts (1,2). La duració del tractament indicada és de 2 a 4 setmanes en casos d'insomni i de 8 a 12 setmanes per ansietat, incloent la retirada gradual (1,2).

L'Enquesta sobre Alcohol i altres Drogues a Espanya (EDADES) 2015-2016, elaborada per la Delegació del Govern del Pla Nacional sobre Drogues publicada pel Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar, assenyala que el consum d'hipnosedants ha augmentat molt en els últims 15 anys (5). El mateix estudi afirma que l'any 2005 el 8.7% de la població amb edats entre 15 i 64 anys reconeixia haver consumit alguna vegada a la vida substàncies d'aquest tipus, percentatge que era del 15.5% en 2007, de l'13.4% el 2009, del 19.5% en 2011, del 22.3% el 2013 i del 18.7% en 2015 (5). Per altra banda, anuncia que el 6% de la població consumeix hipnosedants diàriament (5). També reflecteix que el consum problemàtic de hipnosedants (segons criteris del DSM-V) arriba al 2,5% de la població (5). Tanmateix, descriu que l'edat mitja d'inici de consum és més tardana (35,6%) en comparació a altres drogues, i és l'única droga en què el seu consum és més freqüent en dones (15,8%) que en homes (8,3%) (4,5).

Actualment no hi ha cap indicació clínica que justifiqui el seu ús perllongat ja que genera fenòmens de tolerància i dependència i múltiples efectes adversos: somnolència diürna, disminució de reflexos, deteriorament cognitiu, alteració de la memòria, alt risc de caigudes (1,2,3,4).

Es recomana disminuir gradualment el seu consum per reduir la possibilitat de l'aparició de l'efecte rebot, les recaigudes i els símptomes d'abstinència, especialment quan el seu ús és perllongat (1,2,3). S'estima que entre un 5% i un 10% dels consumidors de BZD tenen dificultats per suspendre el tractament degut als símptomes d'abstinència (insomni, ansietat i irritabilitat) (3).

La forma per a realitzar la retirada s'ha d'adaptar individualment segons l'estil de vida del pacient, la personalitat, l'estrès ambiental, els suports disponibles i les raons que van motivar l'inici del tractament (1,2,3). Una estratègia mínima que es considera efectiva per a convèncer el pacient a que abandoni el tractament correctament és informar-lo dels problemes que pot ocasionar el consum de BZD a llarg termini, oferint una pauta de retirada gradual i tècniques no farmacològiques per evitar la reaparició dels símptomes aguts inicials (2).

En la pràctica clínica és freqüent trobar pacients que reben tractaments amb BZD d'una duració molt superior a la recomanada, provocant una relació benefici-risc desfavorable (1). A més a més, les revisions dels pacients amb tractaments de BZD s'haurien de realitzar de forma regular, especialment en aquells que no presenten símptomes, amb la finalitat de poder valorar la seva continuïtat i iniciar la retirada gradual. No obstant, en la pràctica clínica s'observa una falta de revisions dels tractaments (1)

Deixar de prescriure tractaments als pacients quan ja no els hi és necessari és una part essencial d'una bona prescripció farmacològica i hauria de ser una activitat rutinària (3). La inèrcia de la prescripció estableix un marc perfecte per entendre perquè algunes prescripcions arriben a cronificar-se tot i estar recomanades com a tractaments de poca duració (2).

L'excés en la utilització de les BZD i les seves conseqüències implica iniciar estratègies de control des de tots els àmbits de l'atenció sanitària, tant a nivell hospitalari com d'atenció primària (3). L'ingrés hospitalari afavoreix la prescripció d'una BZD que generalment es manté després de l'alta, tot i desaparèixer les causes que han motivat la prescripció (3).

Els psiquiatres, els metges d'atenció primària i els farmacèutics han de treballar conjuntament per arribar a un consens en quant a l'ús de les BZD (6). El metge d'atenció primària té un paper clau en tractaments perllongats amb BZD i, per tant, ha de disposar d'instruments i pautes clares que permetin tractar adequadament aquest problema (3).

El Col·legi oficial de infermeres i infermers de Barcelona, reconeix com a competències de la professió d'infermeria, les següents actuacions com a cures bàsiques: interpretar i executar les prescripcions mèdiques, realitzar i col·laborar en els procediments de suport del tractament, realitzar accions de vigilància i detecció precoç de possibles complicacions (6).

Per altra banda, *l'informe de l'expert número 7 de infermeria i medicament de la Fundació Salut 2000*, manifesta que la infermeria és una professió que contribueix a la protecció de la salut de les persones i garanteix la seguretat dels pacients, des d'una pràctica ètica, autònoma i competent. En aquest document s'esmenta la col·laboració d'infermeria en el camp del medicament *"la informació terapèutica del medicament amb especial referència al ensinistrament i instruccions de dispositius per a la seva aplicació"* indica que...*"respecte a aquells medicaments que l'infermer administri, ha de transmetre la informació adequada per al seu efecte, posologia, risc, efectes adversos i contraindicacions"* (7).

La manca en el control de la prescripció i de la deprescripció del tractament amb BZD ha provocat que el seu consum augmenti exponencialment i que els efectes adversos es manifestin amb més exacerbació (2). Existeixen diferents estratègies per retirar el tractament amb BZD, però es desconeix quins són els mecanismes de control per detectar el consum inadequat d'aquestes substàncies i quin és el reconeixement de la responsabilitat de la professional de infermeria en aquesta tasca, com a rol actiu.

2. Objectius

Objectiu general

Analitzar quina és la funció de la infermera d'atenció primària en el control i el seguiment del tractament amb benzodiazepines per combatre l'insomni i l'ansietat.

Objectius específics

1. Valorar quina és la percepció risc-benefici del consum de les benzodiazepines.
2. Determinar de quina autonomia professional disposen les infermeres per controlar la retirada del tractament amb benzodiazepines.
3. Conèixer quins mecanismes utilitza el personal d'infermeria per a controlar el consum de benzodiazepines en el tractament de l'insomni i de l'ansietat.

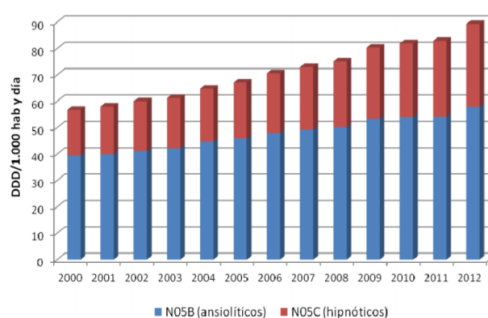
3. Marc Teòric

Les benzodiazepines (BZD) són fàrmacs psicotròpics que actuen sobre el sistema nerviós central provocant efectes sedants, hipnòtics, ansiolítics, anticonvulsius, amnèsics i miorelaxants (8,9). Actuen potenciant l'acció inhibidòria intervinguda pel neurotransmissor gamma-aminobutíric (GABA). El seu mecanisme d'acció es desencadena quan les BZD s'uneixen al receptor GABA, despolaritzant la neurona i provocant la inhibició dels impulsos nerviosos (8,9). Les BZD es metabolitzen al fetge i s'excreten principalment per via renal. Presenten una bona absorció per a via oral. Per via intramuscular, la seva absorció és menor i variable (8,9).

La denominació d'aquests compostos, sol caracteritzar-se per la terminació *-lam* o *-lan* (triazolam, oxazolam, estazolam, alprazolam, midazolam) i per la terminació *-pam* (diazepam, lorazepam, lormetazepam, bentazepam, flurazepam, flunitrazepam, clonazepam). No obstant això, hi ha excepcions com el clorazepat dipotàssic o el clordiazepòxid (8).

El tractament amb BZD a curt termini resulta eficaç, segur i actua de forma ràpida. Però en tractaments perllongats poden provocar problemes de tolerància, dependència, abús i, fins i tot, síndrome d'abstinència, que pot aparèixer a les poques setmanes de prendre aquesta medicació (1,2,3,8,9).

Són fàrmacs que provoquen addicció, i el seu abús esdevé un problema silent de grans magnituds (9). L'informe públic realitzat per a l'*Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris* (AEMPS) menciona que es va produir un gran increment de la utilització de fàrmacs ansiolítics i hipnòtics a Espanya entre el 2000-2012. La prescripció d'aquest grup de medicaments va augmentar un 57.8%. La major variació es va produir entre el 2008-2012, increment del qual es relaciona amb l'inici de la crisi econòmica (10).



Gràfica 1. Consum d'ansiolítics i hipnòtics a Espanya (2000-2012).

Informe EDADES AEMPS 2014

Encara que la prevalença del consum dels hipnosedants amb o sense recepta va disminuir durant l'any 2015 (18.7%), en comparació amb el 2013 (22.2%), durant l'any 2017 es torna a produir un augment de consum de BZD (20.8%) (5).

Durant l'any 2017, l'edat mitja d'inici de consum d'hipnosedants va ser de 34.4 anys. El major percentatge de consum es va identificar en el grup de 55 a 64 anys, tenint en compte homes i dones. No obstant, es tendeixen a consumir més hipnosedants les dones (16.9%) que els homes (9.3%) (5).

Per altra banda, la *Societat Española de Salud Pública i Administració Sanitaria* (SESPAS) va realitzar un estudi l'any 2014 en consultes d'atenció primària (AP) amb l'objectiu d'avaluar l'impacte que va generar la crisi econòmica en termes de salut. Els resultats d'aquest estudi indiquen que es va produir un augment del consum de tranquil·litzants menors (BZD) durant el 2009 (53 milions) i el 2010 (54.9 milions), xifres que s'estanquen el 2011 (54.9 milions) i fins i tot, es redueixen en l'any 2012 (54.5 milions) (11).

Les BZD han de ser utilitzades a la dosis mínima eficaç, en monoteràpia i només en tractament per trastorns aguts (1,2,3,8,9). La duració del tractament indicada en fitxa tècnica és de 2-4 setmanes per l'insomni i de 8-12 setmanes per l'ansietat, inclòs en ambdós casos, la conseqüent retirada gradual. Si la duració d'aquest tractament és més llarga que la citada anteriorment, serà necessari un seguiment estret del pacient (1,2,3,8,9).

Les BZD provoquen a curt i llarg termini sedació, somnolència, falta de concentració i de coordinació, atàxia, descoordinació muscular, pèrdua de l'equilibri, mareig, desorientació i/o confusió mental, accidents i caigudes, deteriorament en les habilitats complexes i de la conducció i comportaments paradoxes (1,2,3,8,9). Un problema d'especial importància és l'aparició de deteriorament cognitiu greu, que en ancians es pot confondre amb un començament de demència. Per això, actualment es considera que les BZD haurien d'evitar-se en persones d'edat avançada sempre que sigui possible (2,9).

Els efectes secundaris són més freqüents si s'utilitzen fàrmacs de vida mitjana llarga o bé quan les dosis són majors a les recomanades, si la durada del tractament és perllongada i si es combinen amb altres substàncies psicoactives com l'alcohol. Les BZD de vida mitja més curta tenen més poder d'addicció (8).

La sobredosis de BZD pot produir excessiva somnolència, desorientació, relaxació muscular i coma superficial sense afectar el funcionament cardiopulmonar (8). En general es considera que ingerint BZD és quasi impossible que es produeixi la mort, però en combinació amb

alcohol o altres depressors del sistema nerviós central (SNC) els efectes són greus i augmenten el risc de mortalitat. En cas d'intoxicació, s'utilitza el *Flumazenilo* com antagonista de la seva acció (8).

La prescripció de BZD està contraindicada en algunes situacions específiques. Tal i com es mostra en la *taula 1*, es descriuen quines són les contraindicacions que es consideren absolutes i quines són relatives a l'estat del pacient (8).

Absolutes	Relatives
Insuficiència respiratòria greu (MPOC)	Miastènia gravis
Síndrome de apnea de la son	Glaucoma d'angle estret
Insuficiència renal greu	Retenció urinària
Insuficiència hepàtica greu	Alcoholisme o toxicomania
Lactància	Gestació
	Insuficiència renal lleu moderat
	Insuficiència hepàtica lleu moderat
	Insuficiència respiratòria lleu moderat (MPOC)

Taula 1. Contraindicacions de les Benzodiazepines. Font: Cucco L. (8)

La deshabitució del tractament amb BZD s'ha de realitzar de forma progressiva, establint amb el pacient el protocol de retirada a seguir i valorant, quan sigui necessari, altres alternatives (tractaments psicològics i / o farmacològics) (2,8,9).

En el *Butlletí d'informació farmacoterapèutica de Navarra* de l'any 2014 descriu quines són les estratègies més utilitzades per dur a terme la deshabitució de les BZD (2). Les més utilitzades són: l'enviament d'una carta al pacient, una entrevista o xerrada estructurada amb el personal sanitari i l'entrevista-xerrada estructurada amb el suport d'un psicoterapeuta o fàrmacs. També es poden usar aquestes estratègies de manera combinada (2).

L'enviament d'una carta al pacient que consumeix BZD com a estratègia de deshabitució requereix un intervenció mínima sanitària (2,3). El propi pacient és qui realitza la retirada gradual sense més suport ni contacte amb el personal sanitari. L'estratègia consisteix en identificar pacients susceptibles i enviar una carta informativa explicant la necessitat de reduir el tractament de BZD, especificant els efectes adversos que provoca el seu consum a llarg termini i indicant la pauta de descens. Aquesta estratègia va donar lloc a una taxa d'abandonament del 18% al 22% (2,3).

La intervenció estructurada realitzada mitjançant una entrevista amb el personal sanitari, pretén, a grans trets, informar sobre continguts generals del fàrmac, el concepte de dependència i tolerància, la temporalitat dels beneficis a curt termini, el síndrome de abstinència i símptomes de retirada i les conseqüències del consum crònic (2). Mitjançant aquesta estratègia de desprescripció, s'intenta fer entendre que és necessari realitzar una retirada gradual perquè l'organisme s'adapti correctament. Mitjançant aquesta estratègia, es va aconseguir una taxa d'abandonament del entre el 24% i el 62% (2).

La intervenció reforçada, és a dir, l'entrevista estructurada amb col·laboració de psicoteràpia o de fàrmacs, també anomenada Teràpia Cognitiva Conductual (TCC), consisteix en afegir un suport de teràpia cognitiva-conductual a una estratègia de retirada (2,3). Mitjançant aquesta teràpia s'aconsegueix identificar i corregir patrons de conducta inadequats, i aprendre habilitats relatives a la higiene del son, control d'estímul o tècniques de relaxació (2). Aquest mètode es valora com a eficaç durant els primers mesos de l'inici de la retirada (2). Per altra banda, la intervenció també pot ser reforçada mitjançant fàrmacs. Tot i que l'eficàcia dels tractaments farmacològics com a coadjuvants en programes de deshabitució de BZD resulta dubtosa, els més utilitzats són la melatonina i la hidroxicina (2).

La retirada s'ha de realitzar sempre de forma lenta, uniforme i gradual, en funció del nivell de dependència fins aconseguir una supressió total de la medicació, i així evitar el síndrome d'abstinència i un menor nombre d'abandonaments (1,2,3,8,9).

Generalment, resulta més fàcil retirar BZD amb una semivida llarga, com el diazepam. Les BZD amb una semivida curta, com ara l'alprazolam, com que es dosifica cada 6-8h, presenten grans fluctuacions de les concentracions plasmàtiques (3). La concentració màxima del fàrmac s'aconsegueix en poc temps, i el seu efecte desapareix amb la mateixa rapidesa, de forma que molts pacients presenten petits síndromes d'abstinència entre una dosi i la següent. En aquests casos és aconsellable el pas a una BZD de semivida llarga (3).

La pauta de descens de dosi total variarà entre un 10% a un 25%, en funció del grau de dependència, en intervals d'aproximadament 2-3 setmanes (2,3). En el cas que apareguessin símptomes del síndrome d'abstinència, s'haurà de mantenir la mateixa dosi fins que desapareguin (3). La retirada definitiva pot durar des de setmanes fins a anys (2). Es recomana realitzar visites de seguiment cada 2-4 setmanes durant el procés de deshabitució (2,3).

També és important tenir en compte el nivell de comprensió, de motivació i l'aprovació del pacient en relació a la retirada del fàrmac (2). El pacient ha d'estar motivat i conèixer quines són les dificultats que es pot trobar (2). És necessari tenir suport i reforç positiu en la seva conducta, això com oferir eines per poder disminuir els símptomes que li puguin anar apareixen, com ara prendre's una infusió, fer exercici físic, buscar suport familiar, entre d'altres (2).

4. Metodologia

Es va realitzar una revisió bibliogràfica per a identificar quin és el paper de les infermeres d'atenció primària per controlar el seguiment del tractament amb benzodiazepines en el pacient adult que pateix insomni o ansietat.

4.1. Estratègies de cerca

Amb l'objectiu de localitzar els articles més adequats pel nostre tema d'estudi, es va realitzar una cerca bibliogràfica online en diferents bases de dades: PUBMED, GOOGLE SCHOLAR i CINHALL. Es van utilitzar aquestes bases de dades per ser àmpliament utilitzades en l'àmbit científic.

Els termes inclosos en la cerca van ser: *"benzodiazepine", "nurse", "role", "control", "treatment", "withdrawal", "anxiety", "insomnia"*. La combinació de les paraules clau van ser les següents: *"Benzodiazepine AND treatment AND nurse", "Nurse AND role AND benzodiazepine", "Benzodiazepine AND control AND nurse", "Benzodiazepine AND withdrawal AND nurse", "(Anxiety OR insomnia) AND benzodiazepine AND control AND nurse"*. La cerca es va limitar a articles que estaven escrits en castellà o anglès. La combinació de cerca sempre va ser escrita en llengua anglesa en el cercador.

Per realitzar la recopilació d'articles es van establir els mateixos límits de cerca en cada cercador. En cada base de dades es van seleccionar ambdós filtres: articles posteriors a l'any 2008 i articles en versió "Free full text". Per altra banda, i a fi de agilitzar la cerca, en el cercador *Google Scholar* es va limitar la cerca a les 100 primeres troballes.

4.2. Criteris de selecció dels articles

Els criteris d'inclusió i d'exclusió establerts per a aquesta revisió es mostren en la *taula 2*.

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
Articles posteriors a l'any 2008	Articles referents a població pediàtrica o adolescent
Articles escrits en català, castellà i anglès	Articles referents a l'ús de benzodiazepines com a tractament pel síndrome d'abstinència alcohòlica i/o altres patologies diferents a insomni i/o ansietat
Articles referents a l'ús de benzodiazepines com a tractament per a l'insomni i/o ansietat	Articles en què no es mencionen les professionals d'infermeria
Articles referents a diferents formes farmacèutiques de benzodiazepines.	

Taula 2. Criteris de selecció d'articles

4.3. Avaluació dels estudis primaris

De la primera estratègia de cerca es van obtenir un total de 85.718 articles. No obstant, tenint en compte que el cercador *Google Scholar* ofereix molts resultats de cerca, es va decidir acotar la cerca amb aquesta base de dades, als primers 100 articles de cada combinació de cerca, així doncs, i tenint en compte que es van utilitzar 5 combinacions de cerca, finalment es van obtenir 500 articles del cercador *Google Scholar*.

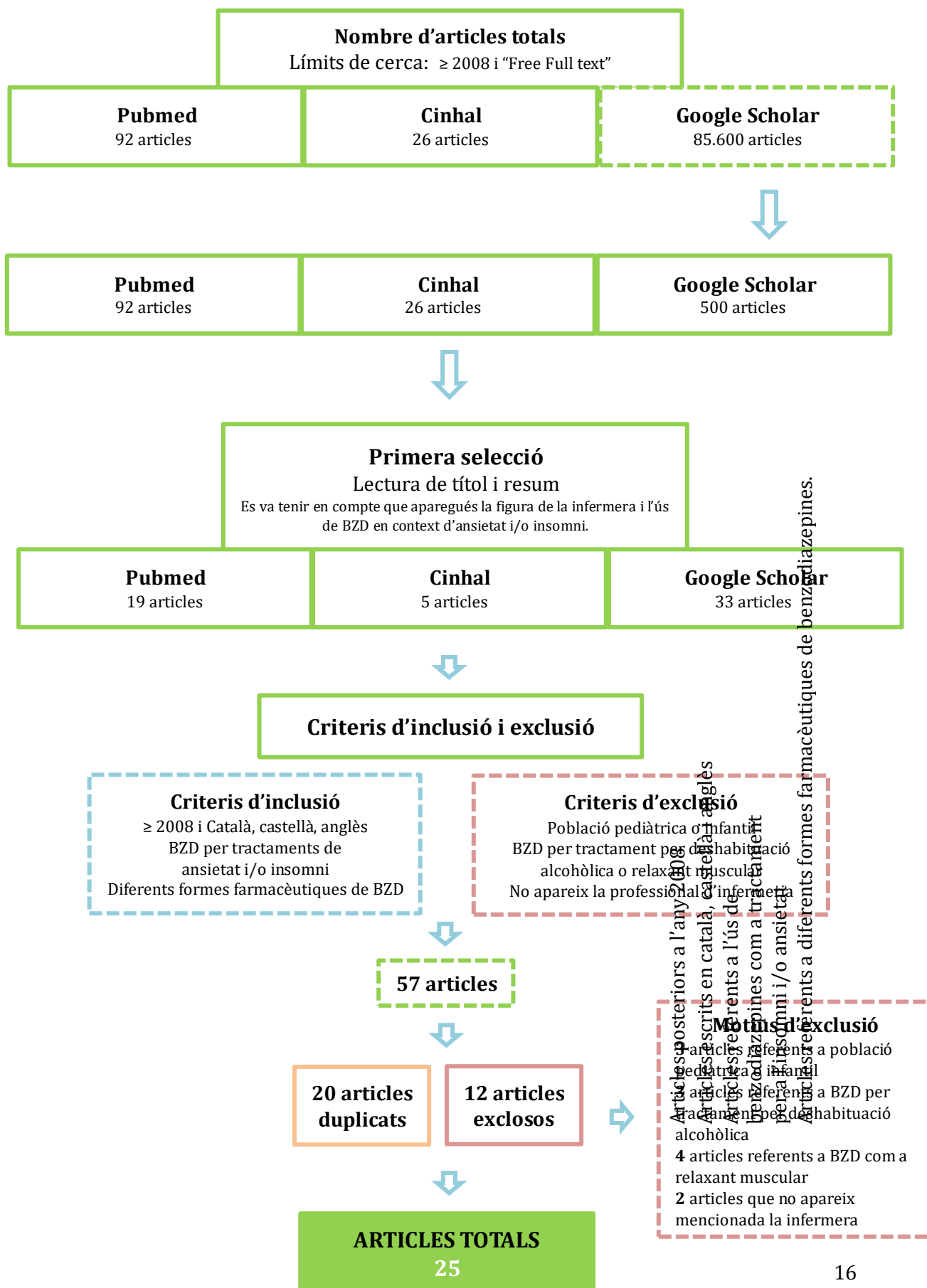
L'acotament de les sortides del cercador *Google Scholar* va fer que en total, aquesta primera cerca automàtica proporcionés 618 articles. Com que aquesta primera cerca d'articles es va considerar molt elevada, posteriorment es va fer una selecció manual a partir de la lectura dels títols dels articles. Aquesta lectura va permetre excloure 461 articles que no s'ajustaven als objectius d'aquest treball. Ocasionalment, quan la lectura del títol no permetia discernir amb seguretat la idoneïtat de l'article per a aquest estudi, se'n va llegir el resum. Al final, hi va haver 57 articles que es van considerar que abordaven el tema d'estudi.

Dels 57 articles seleccionats inicialment, se'n van excloure 12 per no complir els criteris d'inclusió i 20 més que van aparèixer com a articles duplicats. En conclusió, finalment es van utilitzar un total de 25 articles per a realitzar aquesta revisió. En la *taula 3* es recull el nombre d'articles seleccionats en relació a la combinació de cerca i la base de dades utilitzada.

Combinació cerca	<i>PUBMED</i>	<i>CINHAL</i>	<i>GOOGLE SCHOLAR</i>	Total
Benzodiazepine AND treatment AND nurse	49	7	16.600	
	7	0	5	12
Nurse AND role AND benzodiazepine	4	5	17.500	
	1	1	6	8
Benzodiazepine AND control AND nurse	19	6	16.800	
	3	2	9	14
Benzodiazepine AND withdrawal AND nurse	15	7	17.300	
	6	1	6	13
(Anxiety OR insomnia) AND benzodiazepine AND control AND nurse	5	1	17.400	
	2	1	7	10
	19	5	33	57

Taula 3. Nombre d'articles seleccionats en relació a la combinació de cerca i base de dades utilitzades.

4.4. Diagrama de flux



5. Resultats

Es van revisar un total de 25 articles, els detalls dels quals es presenten de forma cronològica a la *taula 5*. Tenint en compte els aquests articles consultats, es manifesta que la causa principal del consum crònic de BZD s'atribueix a una manca de control per part dels professionals sanitaris (12,13,14,15,16,17).

Tot i que s'ha evidenciat que les accions de deprescripció de medicaments, enteses com reduir o aturar la prescripció d'un fàrmac, són factibles i relativament segures, els metges argumenten tenir dificultats per dur-les a terme (18). En aquest anàlisi dels resultats, hem pogut observar que aquestes dificultats apareixen principalment per dos motius. La primera causa es manifesta per la manca de percepció de risc de l'ús inapropiat o ús crònic de BZD, per part dels professionals sanitaris (12,14,15,16,17). El segon obstacle, s'atribueix al poc temps que disposen per dur a terme un seguiment efectiu i eficient en la seva consulta (19).

Prenent consciència de que és una realitat ascendent, molts articles assenyalen la figura de la infermera com a professional amb un paper clau per controlar la deprescripció de BZD, realitzant tasques de seguiment del tractament de forma setmanal o quinzenal, controlant els símptomes que puguin aparèixer, i educant al pacient amb alternatives no farmacològiques que puguin ser efectives en el control de l'ansietat i de l'insomni (12,13,16,18,20,21,22,23,24,25,26,27,28).

No obstant això, i per millorar la qualitat del tractament farmacològic i la seguretat del pacient, en alguns articles esmenten que és necessari l'actualització de continguts farmacològics de tot l'equip mèdic i infermer (18). Al llarg d'aquesta revisió s'ha observat que un dels mecanismes més utilitzats, funcionals i eficients, és la formació farmacològica a professionals de la salut (18,20,23,28,29).

A continuació, s'exposen els resultats obtinguts en funció dels objectius específics d'investigació.

1. Percepció risc-benefici del consum de BZD

Existeixen diferents articles que demostren que la percepció de riscos-beneficis en relació a l'ús de BZD, entre els metges i les infermeres, assenyalava controvèrsia. Sovint, aquesta manca de percepció es relaciona amb falta d'educació farmacològica o bé, escassa actualització mèdica (12,14,15,16,17,26).

En els últims 10 anys, la percepció del risc-benefici del tractament amb BZD ha anat evolucionant favorablement (12,14,15,16,17,26). L'any 2009, en un estudi descriptiu realitzat per *Anthierens S et al*, es va analitzar quina percepció tenen les infermeres que treballen en residències d'ancians sobre l'ús de les BZD (12). L'objectiu de l'estudi era analitzar com les infermeres perceben el seu rol professional en relació a l'ús de BZD i identificar els factors que hi intervenien directament (12). En aquest article es parteix de que les infermeres tenen un paper clau alhora de prendre decisions per iniciar el procés de discontinuació o de retirada de BZD (12). No obstant això, en aquest estudi realitzat a Bèlgica, les infermeres consideren les BZD com una eina per proporcionar comoditat al resident i mantenir el cicle son-vigília adequadament (12). La majoria d'elles, no consideren les BZD com un fàrmac que s'hauria d'evitar, no ho perceben com un problema (12). De fet, reconeixen que sovint és l'únic mètode que es considera per combatre l'insomni, ja que poques vegades es realitzen altres intervencions (12). Tanmateix, afirmen que una vegada s'inicia el tractament amb BZD, la ingesta posterior es converteix en rutina, sense cap avaluació de l'aparició de possibles efectes secundaris (12). Conclouen que la falta de control ha desencadenat un ús crònic (12). Les infermeres d'aquest estudi admeten un buit en el coneixement dels efectes adversos d'aquesta medicació(12). Contràriament, ens estudis més actuals, sembla que aquesta percepció errònia va desaparèixer. En un estudi realitzat per *Heinemann S et al* l'any 2017 en un hospital d'Alemanya, es valora que la percepció dels professionals ha experimentat un canvi (17). Mitjançant una enquesta realitzada als professionals sanitaris, es va valorar que el 27% de les infermeres i el 48% dels metges van afirmar que els riscos de les BZD superen els beneficis (17). Tot i que consideren el tractament de BZD com a molt beneficiós contra l'insomni, valoren un major risc associat, sobretot en termes d'addicció i de dependència (17).

La prescripció de BZD varia molt en funció del judici clínic de cada metge. L'any 2013, *Shidifield et al* van realitzar una revisió sistemàtica a metges prescriptors amb l'objectiu de construir un model explicatiu de la pràctica clínica (14). Els metges d'atenció primària comenten que se senten pressionats i incòmodes alhora de prescriure aquest medicament (14). Tot i conèixer els seus efectes a llarg termini, els problemes dels pacients són complexos i de llarga durada, i és per aquest motiu que sovint allarguen el tractament (14). En aquest estudi, es posa de manifest que sovint els metges es veuen desbordats per la situació del pacient i necessiten suport per dur a terme correctament la seva tasca professional (14). Tanmateix, *Bourgeois J et al* van realitzar un estudi transversal l'any 2014, amb l'objectiu d'explorar perquè és difícil implementar la discontinuació de BZD (15). En aquest cas, els metges i les infermeres consideren que les principals barreres que es troben alhora d'iniciar la retirada del tractament és el propi pacient (15). Es valora que confien poc en el tractament no farmacològic, que tenen por de que l'insomni torni a aparèixer, i que els pacients tenen la convicció de que el canvi no és necessari ja que amb les BZD ho tenen controlat (15). També valoren que com més temps dura el tractament, és a dir, com més crònic esdevé, més difícil és la seva retirada (15).

2. Funció i grau d'autonomia de l'equip d'infermeria per a controlar el tractament amb benzodiazepines

En la majoria dels articles utilitzats en aquesta revisió bibliogràfica, es remarca que les infermeres han d'assumir més responsabilitat professional, prendre decisions relacionades amb la retirada o discontinuïtat del tractament amb BZD, suggerir alternatives no farmacològiques efectives (12,13,20,21,25,30,31,32,33). També mencionen que les infermeres són les que tenen més contacte directe amb el pacient i que, per tant, han de guanyar autonomia professional, evitant adoptar un paper subordinat en relació als metges (30,12,34).

Ja l'any 2009, *Anthierens S et al* mencionen que el paper de la infermera ha de servir per identificar i trencar rutines farmacològiques que es creen per inèrcia a les residències d'ancians i que esdevenen cròniques (12). Consideren la infermera com a peça clau per evitar que aquests tractaments es cronifiquin innecessàriament (12). També esmenten que és autònoma per prendre decisions alhora d'iniciar la retirada del tractament (12). En el mateix 2009, *Bergvist M et al* van realitzar un assaig clínic on conclouen que les infermeres s'han d'encarregar d'iniciar la retirada del tractament amb BZD ja que tenen la capacitat de detectar una alta proporció de problemes relacionats amb fàrmacs (20). Apunten que la seva tasca

incrementaria la qualitat del tractament farmacològic (20). L'any 2010, *Voyer et al* van realitzar un estudi descriptiu en centres d'atenció primària, on deleguen la responsabilitat a la infermera de detectar el grau de dependència i d'addicció a les BZD que provoca l'ús perllongat de BZD (13). En aquest cas busquen que la infermera realitzi funcions de control, detectant tal addicció i comunicant-li a l'equip mèdic (13).

Per altra banda, l'any 2010, *Chen L Farrell B et al* publiquen un estudi descriptiu, el qual es va dur a terme en un Hospital de Dia de Canadà, on es descriu detalladament quina és la funció de cada professional de salut en relació a les cessació de BZD (21). En aquest cas, atorguen a les professionals d'infermeria un paper professional autònom i de control de símptomes (21). Específicament, comenta que la infermera s'encarrega d'identificar els símptomes o efectes causants per la retirada del tractament, de donar suport als canvis de dosis, efectes adversos i símptomes propis de la retirada, tenint en compte mesures objectives i subjectives de millora per facilitar el procés de cessació (21). En aquest estudi, es mostra que treballar amb un equip multidisciplinar, si cada membre de l'equip coneix quina és la seva funció, facilita que l'objectiu de treball esdevingui exitós (21).

Durant l'any 2011, *Lindsey PL* publica un article on valora quines són les implicacions de l'equip de infermeria en funció dels principals fàrmacs psicotròpics més utilitzats en adults grans (22). Entre aquests fàrmacs especifica quines són les funcions pròpies de l'equip d'infermeria en relació al consum de les BZD (22). Descriu que és necessari treballar conjuntament amb el metge per identificar pacients que consumeixen crònicament BZD, i així poder implementar la retirada específica (22). Comenta que són pacients que requereixen seguiment exhaustiu per valorar si apareixen afectacions cognitives o funcionals (22). També detalla la importància de controlar el risc de caigudes i els símptomes de tolerància i dependència (22). Finalment, descriu que les intervencions no farmacològiques com teràpies alternatives (música, art, dansa..) i teràpies cognitives conductuals són accions que poden millorar els símptomes relacionats amb l'ansietat i l'insomni, i és la infermera la professional responsable en conèixer i proporcionar aquestes tècniques (22). En relació a aquest últim punt, l'any 2012 *Mitchell MD et al* van realitzar un revisió bibliogràfica on comparaven les teràpies farmacològiques amb les no farmacològiques, concretament les teràpies cognitives i conductuals (TCC), per combatre l'insomni (24). Aquesta revisió suggereix que les TCC són més eficaces per tractar l'insomni en comparació la teràpia farmacològica i l'efecte pot ser més perllongat, per tant, recalca que des dels centres d'atenció primària, el personal

d'infermeria hauria de tenir en compte aquestes teràpies com a primera opció per combatre l'insomni (24).

Per altra banda, l'any 2015 *Enderlin et al* realitzen una revisió bibliogràfica on argumenten que el consum de BZD provoca un risc de caigudes del 44%, el qual s'associa a que les BZD provoquen alentiment del curs del pensament, disminució dels reflexes i del temps de reacció, pèrdua de l'equilibri i confusió (25). Aquest article atribueix a les infermeres geriàtriques un paper clau per prevenir i combatre el risc de caigudes, eliminant i/o modificant diversos factors de risc, entre ells, trencar amb la tendència per vetllar per la seguretat del pacient (25).

Tanmateix, l'any 2015 l'Associació Geriàtrica Americana va publicar una revisió bibliogràfica on actualitzava els *Criteris de Beers* els quals són una llista de fàrmacs dels que es recomana evitar la prescripció en persones majors de 65 anys ja que presenten un balanç risc-benefici inacceptable (18). Entre aquests fàrmacs apareixen les BZD. En aquest article especifiquen que, tot i que els medicaments exposats no són contraindicacions absolutes per a la gent gran, les infermeres tenen el deure de conèixer quins són els fàrmacs inclosos en aquesta llista i identificar el seu mal ús (18). Contràriament a altres articles esmentats anteriorment, exposa que són els metges d'atenció primària els encarregats de reconèixer la simptomatologia associada a efectes adversos del fàrmac (18). Així doncs, exposen que per dur a terme una bona tasca infermera, la professional d'infermeria d'atenció primària ha de conèixer la llista del *Criteris de Beers*, els efectes secundaris que provoquen els fàrmacs i oferir escolta activa (18).

Tenint en compte el context d'atenció primària, l'any 2018, es va realitzar un estudi transversal a centres d'atenció primària de Suècia per examinar quina era l'eficàcia que es produïa al realitzar un procés de revisions de la medicació de manera sistemàtica i estructurada (27). Es va instaurar la revisió com una tasca en el procés de pràctica clínica, per part de metges, infermeres i farmacèutics (27). Aquest estudi va concloure que les revisions de medicaments realitzades en centres d'atenció primària són una manera de millorar l'ús de fàrmacs en pacients grans (27).

Tal i com s'ha argumentat, a nivell internacional, la infermera va guanyant reconeixement i autonomia professional alhora de controlar el consum de BZD inadequat i iniciar tasques de deshabitació. No obstant això, a nivell nacional espanyol, l'any 2012, es va dur a terme un estudi pseudo-experimental a dos centres d'atenció primària de Barcelona liderat i executat

per l'equip d'infermeria (23). Aquest estudi va ser dissenyat per demostrar que un programa de retirada de BZD, guiat per professionals d'infermeria, pot ser aplicable i exitós a l'entorn de l'atenció primària espanyola (23). Aquest programa de retirada va obtenir bons resultats, similars i comparables amb altres estudis realitzats per altres professionals, com ara metges i psicòlegs. Es confirma que les infermeres poden instaurar i executar amb èxit, un programa de retirada de BZD (23).

3. Mecanismes per controlar el tractament amb benzodiazepines

Les infermeres valoren la formació positivament per guanyar seguretat i capacitat per a identificar problemes relacionats amb fàrmacs (20,23,29). Els resultats post-intervencions formatives, doten a l'equip d'infermeria d'eines necessàries per identificar, controlar i examinar qualsevol aspecte relacionat amb el tractament de BZD (23). Des de formació educativa escrita, online fins la implantació de qüestionaris i/o escales de valoració que faciliten identificar ràpidament problemes associats a les BZD o a la seva retirada (13,16,18,19,20,21,23,27,28,29,31,32,35).

Tal i com demostra *Bergqvist et al* en un assaig clínic realitzat l'any 2009, rebre formació farmacològica al llarg d'un dia i proporcionar un qüestionari per avaluar els símptomes més comuns dels efectes adversos dels medicaments, va ser suficient perquè les infermeres detectessin 86 problemes relacionats amb fàrmacs no identificats per l'atenció habitual (20). Una altre eina eficient per millorar la qualitat de prescripció de fàrmacs i la seguretat dels pacients, és facilitar material educatiu electrònic a professionals sanitaris, sobre diferents aspectes importants de les BZD (29). En un estudi observacional de *Smith AJ et al* l'any 2010, el farmacèutics, infermeres i metges de capçalera valoren aquesta iniciativa electrònica com a un recurs innovador, fàcil i resolutiu per adquirir nous coneixements útils per a la pràctica diària (29). Per altra banda, en un estudi descriptiu de *Voyer P et al*, es demostra que facilitant a les infermeres un qüestionari validat, amb dos preguntes molt senzilles, es pot detectar la dependència i/o addicció de BZD en adults (13). Es delega la responsabilitat de detectar el grau de dependència de les BZD al personal d'infermeria (13). En aquest estudi es mostra que les infermeres van ser capaces d'identificar que un 97% de la seva mostra era dependents a les BZD (13). Un altre dispositiu que s'ha instaurat per motivar als professionals sanitaris és incloure la discontinuïtat del tractament de BZD com un indicador de qualitat del personal amb possible retribució econòmica (36). No obstant, segons un estudi quasi-experimental realitzat l'any 2016 de *Souto Barreto et al*, demostra que aquest mecanisme no va ocasionar

canvis significatius (36). Tanmateix, es considera una altre opció de control realitzar un procés de revisions de la medicació, de manera sistemàtica i estructurada, en centres d'atenció primària, com a un procés de pràctica en la clínica diària per part de metges i infermeres (27). En un estudi transversal realitzat l'any 2018 per *Lenander C et al*, demostra que aquest mecanisme va ser eficaç per reduir quasi el 50% del consum de BZD de llarga duració (27).

Un altre mecanisme que es pot observar en aquesta revisió per a controlar el mal ús de BZD, és l'existència de factors relacionats amb l'estructura i l'organització dels professionals (12,35). En un estudi transversal realitzat l'any 2012 per *Mathieu C et al*, especifiquen barreres organitzatives tals com falta de personal i inèrcia de prescripció de BZD (35). També esmenten que el metges d'atenció primària són més flexibles alhora de prescriure una BZD a dones que en homes i relaciona la polifarmàcia com un factor que predisposa a prescriure BZD (35). Argumenta que els directius i el personal mèdic han de prendre consciència d'aquest fet per implementar modificacions factibles per la reducció de l'ús de les BZD i evitar cronificar el seu ús (35).

Per altra banda, també s'ha demostrat que és important explicar al pacient el motiu d'aquesta deprescripció, fer-lo coneixedor dels efectes adversos a llarg termini, els efectes de dependència i tolerància que generen i, puntualitzar que és un tractament efectiu en moments aguts, el qual no es pot perllongar més del necessari (31,32). En un estudi observacional realitzat l'any 2010 per *Salonoja M et al*, un geriatra va fer una intervenció on va explicar als pacients consumidors de BZD els efectes adversos a llarg termini, amb l'objectiu de conscienciar a la població en abandonar aquest tractament (31). Del total de població que consumien BZD de manera regular, al cap de 12 mesos post-intervenció, un 35% va disminuir el seu consum, sent les dones i la població jove, la població en què la intervenció va esdevenir amb més èxit (31). Per altra banda, entre la població de consum irregular de BZD, un 28% de la població va disminuir o abandonar el seu consum (31). També és important se li expliqui al pacient, quines són les opcions de tractament que disposa oferint teràpies no farmacològiques eficaces per combatre l'insomni i l'ansietat, com ara la TCC (23). Sovint, és el propi desconeixement del pacient que impossibilita trencar amb aquestes costums. Per tant, la infermera ha d'*empoderar* al pacient que consumeixi inadequadament BZD perquè ell mateix sigui capaç de prendre la decisió d'abandonar aquesta rutina. L'*empoderament* dels pacients és un procés que pretén a les persones a guanyar control, tenir iniciativa, resoldre problemes i prendre decisions sobre la seva salut (32).

Un altre mecanisme que es pot considerar efectiu, és el d'assignar a una infermera la tasca de supervisió d'aquesta funció. Durant l'any 2018, es va realitzar un estudi longitudinal amb l'objectiu de promoure l'ús adequat de BZD en residències d'ancians (28). En aquest cas, es va crear la figura de "champion nurse" la qual era una infermera que treballava amb diferents disciplines (metges, infermeres i farmacèutics) i tenien la funció d'assegurar la implementació d'unes guies i recomanacions que s'estaven instaurant relacionades amb el control del consum de BZD (28). Aquest estudi demostra que la deshabitució és efectiva, si tots els professionals implicats actuen cap a la mateixa direcció (28).

Així doncs, i per a facilitar aquest contingut, s'ha elaborat una taula on es resumeixen totes les funcions que s'han pogut extreure dels resultats analitzats i que s'atribueixen al personal de infermeria. (taula 4)

Funcions de infermeria en el control del tractament amb BZD

1. Identificar l'ús inadequat i/o crònic
2. Iniciar estratègies de retirada de BZD
3. Implementar i dur un seguiment del programa de deshabitució de BZD
4. Control de símptomes i/o efectes adversos relacionats amb la retirada de BZD
5. Detectar el grau de dependència i/o addicció de BZD
6. Realitzar educació farmacològica a la població
7. Oferir alternatives no farmacològiques per combatre l'insomni i/o l'ansietat.

Taula 4. Funcions de infermeria en el control del tractament amb BZD

Taula 5. Articles seleccionats

Autors	Any	Revista	Títol	Disseny	Principals resultats
Krishnan P, Hawranik P	2008	J Am Acad Nurse Pract	Diagnosis and management of geriatric insomnia: A guide for nurse practitioners.	Revisió bibliogràfica	Considera que els professionals de infermeria podrien tenir un paper clau en la reducció de les conseqüències negatives que comporta l'insomni a través del control sistemàtic del diagnòstic, l'avaluació i la gestió. També menciona que un dels objectius dels professionals de infermeria és trobar la combinació de tractament apropiat, incloent teràpies farmacològiques i no farmacològiques, per aconseguir millorar l'insomni. Tanmateix, remarca que l'insomni geriàtric requereix una atenció completa de les professionals de infermera.
Anthierens S, Grypdonck M, De Pauw L, Christiaens T.	2009	J Clin Nurs	Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines.	Estudi descriptiu	Es consideren tres aspectes que incideixen en la percepció de la infermera en relació al seu paper en l'ús de BZD: la seva pròpia actitud i percepcions individuals, el seu coneixement i els factors organitzatius. L'avaluació de l'efecte i l'adequació de la medicació depèn del coneixement i la comprensió adequada de la medicació. Les infermeres d'aquest estudi admeten un buit en el seu coneixement farmacològic. Les infermeres han d'intentar assumir més responsabilitat professional, ja que en aquest moment assumeixen un paper subordinat en relació amb els metges.
Bergqvist M, Ulfvarson J, Karlsson E.	2009	Eur J Clin Pharmacol	Nurse-led medication reviews and the quality of drug treatment of elderly hospitalized patients.	Assaig Clínic	El més rellevant per al nostre treball és que, després de que l'equip d'infermeria obtingués una formació al llarg d'un dia, les infermeres van ser capaces de identificar 86 problemes relacionats amb fàrmacs no detectats per l'atenció habitual. Una gran part d'aquests van ser detectats gràcies a un formulari d'avaluació de símptomes que es va crear per avaluar l'estudi. Dels 460 pacients, el 18% van usar un o més medicaments inadequadament. D'aquest 18%, es va identificar que un 17% eren BZD de llarga duració. Aquest estudi afirma que les infermeres són capaces de detectar una alta proporció de problemes associats a fàrmacs que no es detecten en la pràctica habitual. A més a més, incrementa la qualitat del tractament farmacològic.

Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, Vahlberg T, Kivelä SL.	2010	Age and Aging	One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons.	Estudi observacional	Realitzar una mínima intervenció és eficaç per conscienciar a la població perquè s'utilitzin les BZD de manera adequada, i abandonin el seu tractament, és eficaç. Aquesta intervenció podria resultar molt eficient si s'implantés en centres d'atenció primària. Detalla que seria un mecanisme clau per a reduir l'ús crònic i regular de BZD. En aquest cas, l'intervenció va ser realitzada per el geriatra, no s'especifica concretament el paper de la infermera.
Smith AJ, Tett SE.	2010	Fam Pract	An intervention to improve benzodiazepine use-a new approach	Estudi observacional	Es va facilitar material educatiu electrònic (correu electrònic i pàgina web) sobre diferents aspectes importants de les BZD, que poden ser útils per disminuir el seu consum. Aquesta intervenció es va realitzar a farmacèutics, infermeres i metges de capçalera. Els resultats mostren que l'intervenció no va modificar patrons de comportament envers l'ús de les BZD per part dels consumidors. No obstant això, els resultats són esperançadors per part dels professionals sanitaris, ja que es valora aquest recurs com una nova eina eficient per millorar la qualitat de la prescripció de fàrmacs i la seguretat dels pacients.
Voyer P, Roussel ME, Berbiche D, Préville M.	2010	J Psychiatr Ment Health Nurs	Effectively detect dependence on benzodiazepines among community-dwelling seniors by asking only two questions	Estudi descriptiu	Aquest estudi té l'objectiu de facilitar a les infermeres un qüestionari validat, de dos preguntes molt senzilles, per detectar la dependència i/o addicció de BZD entre adults. Deleguen la responsabilitat de detectar el grau de dependència a les BZD al personal de infermeria. Aquest estudi indica que utilitzar un petit qüestionari és un recurs útil per detectar casos de dependència a les BZD fàcilment, pel personal d'infermeria.

Chen L, Farrell B, Ward N, Russell G, Eisener-Parsche P, Dore N.	2010	Can Pharm J / Rev des Pharm du Canada	Discontinuing Benzodiazepine Therapy: An Interdisciplinary Approach at a Geriatric Day Hospital.	Estudi descriptiu	En aquest article es descriu detalladament quina és la funció de cada professional de salut en relació a la cessació o retirada de BZD. En aquest cas, atorguen a les professionals de infermeria un paper professional autònom i de control de símptomes. Específicament, comenta que la infermera s'encarrega de identificar els símptomes o efectes causats per la retirada del tractament. S'encarrega de donar suport als canvis de dosis, efectes adversos i símptomes de retirada, incloent mesures objectives i subjectives de millora per facilitar el procés de cessació. També actua com enllaç entre pacient i altres professionals.
Lindsey PL.	2011	J Gerontol	Psychotropic Medication Use among Older Adults: What all nurses need to know.	Revisió bibliogràfica	En aquest article es posa de manifest que l'equip d'infermeria ha de treballar en col·laboració amb l'equip mèdic per identificar a pacients amb ús de benzodiazepines crònic i, així, poder implementar un programa de retirada. Tanmateix, els pacients amb tractament amb BZD s'han de seguir de prop per valorar si apareixen afectacions cognitives o funcionals. També cal valorar el risc de caigudes i els símptomes tolerància o de dependència. Les intervencions no farmacològiques com teràpies alternatives (música, art, dansa...) i teràpies cognitives també poden millorar els símptomes relacionats amb l'ansietat i l'insomni, i és la infermera la professional responsable en conèixer i proporcionar aquestes tècniques a pacients que ho requereixin.
Mathieu C, Rolland Y, Piau C, Lapeyre-Mestre M, Cayla F, Bouget C, et al.	2012	J Am Med Dir Assoc	Indicators of Benzodiazepine Use in Nursing Home Residents in France: A Cross-Sectional Study	Estudi transversal	Aquest estudi visualitza que els indicadors relacionats amb l'estructura i la organització d'un Hospital Geriàtric afecten a l'ús de les BZD entre els residents. Les directrius i personal mèdic han de prendre consciència en aquest fet per implementar modificacions factibles per la reducció de l'ús de les BZD i evitar cronificar el seu ús. També esmenten que el metges d'AP són més flexibles alhora de prescriure una BZD a dones que en homes. També relaciona la polifarmàcia com un factor que predisposa a prescriure BZD.

Lopez-Peig C, Mundet X, Casabella B, del Val JL, Lacasta D, Diogene E	2012	BMC Res Notes	Analysis of benzodiazepine withdrawal program managed by primary care nurses in Spain	Estudi pseudo-experimental	<p>L'estudi va ser dissenyat per demostrar que un programa de retirada de BZD, guiat pels professionals de infermeria com a element clau, pot ser aplicable a l'entorn d'atenció primària espanyola.</p> <p>Aquest programa de retirada, realitzat per infermeres, va tenir força èxit en període d'un any. 2/3 dels pacients de la mostra va deixar de prendre BZD. Aquests resultats són similars a estudis realitzats per altres professionals, com ara metges o psicòlegs. Aquest treball confirma el fet que les infermeres en un centre d'atenció primària poden implementar amb èxit un programa de retirada de BZD.</p>
Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA.	2012	BMC Fam Pract	Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review	Revisió bibliogràfica	<p>Aquest estudi demostra que la Teràpia Cognitiva Conductual (TCC) presenta una eficàcia superior a llarg termini en comparació a fàrmacs tals com les BZD, per combatre l'insomni. L'efecte pot ser més perllongat, per tant, des dels centres d'atenció primària s'hauria de tenir en compte la TCC com a primera opció de tractament per combatre l'insomni.</p>
Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN	2013	BMC Fam Pract	General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis	Revisió bibliogràfica i metaanàlisis	<p>Al llarg d'aquests anys, la creença sobre l'eficàcia del tractament amb BZD ha evolucionat molt. És per aquest motiu, que la prescripció de BZD sovint es troba en controvèrsia i varia molt en funció del judici clínic de cada professional. Molts metges comenten que se senten pressionats i incòmodes. Els metges d'Atenció Primària es troben sense alternatives eficaces per ajudar als seus pacients. Se senten pressionats per evitar la prescripció, però comenten que, tot i conèixer els seus efectes a llarg termini, els problemes dels pacients són complexos i de llarga durada, i és per aquest motiu que sovint allarguen el tractament. Es valora com una intervenció futura la necessitat de formar als professionals de salut, en especial a les infermeres, sobre estratègies complementàries, estratègies de retirada i millora de comunicació amb els pacients.</p>

Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M.	2014	EuGMS	Barriers to discontinuation of chronic benzodiazepine use in nursing home residents: Perceptions of general practitioners and nurses	Estudi transversal	Les principals barreres que es troben alhora d'iniciar la retirada del tractament és el propi pacient. Confien poc en els tractaments no farmacològics, tenen por que l'insomni torni a aparèixer, i els pacient tenen la convicció de que el canvi no és necessari ja que amb les BZD ho tenen controlat. Els metges i les infermeres valoren que com més temps fa que el pacient es pren el tractament, més difícil esdevé la seva retirada. També creuen que les alternatives no farmacològiques mereixen molta més implicació professional i temps, que molts cops no disposen.
Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S.	2014	JAMA Internal Medicine	Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial.	Assaig clínic	Aquest estudi es van utilitzar les sigles EMPOWER (<i>empoderament</i>) per designar Eliminació de Medicaments a través del Judici del Pacient i dels Resultats Finals. L' <i>empoderament</i> dels pacients és un procés que pretén "ajudar a les persones a guanyar control, a tenir iniciativa, a resoldre problemes i a prendre decisions", a través d'una intervenció educacional. En aquest estudi es va concloure que l'educació farmacològica provoca que els farmacèutics i els metges es plantegin si l'ús de BZD, en cada cas, és adequat en causa-temps, promovent una revisió en la prescripció. Un terç dels pacients <i>empoderats</i> van reduir el consum de BZD. Es van trobar amb dos problemàtiques: molts dels metges no consideraven les benzodiazepines nocives per la salut, sovint les BZD eren substituïdes per un fàrmac sedant igualment nociu .
Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K.	2014	PLoS One	What Are Priorities for Deprescribing for Elderly Patients? Capturing the Voice of Practitioners: A Modified Delphi Process	Estudi descriptiu	La deprescripció i el sobretractament es produeixen a través de tot el circuit d'atenció primària i, per aquest motiu, realitzar unes guies d'actuació per dur a terme la deprescripció d'aquests fàrmacs, és una prioritat que forma part del procés de salut-malaltia en la gent gran. En aquest estudi, es van identificar quins eren els fàrmacs potencialment inapropiats per la població anciana. Les BZD van aparèixer com a fàrmac més potencialment inapropiat. El 97% dels metges d'atenció primària, geriàtrics, farmacèutics i infermers que van participar van valorar que existeix una necessitat real d'elaborar unes guies d'actuació per a la deprescripció de BZD. De fet, va ser el fàrmac seleccionat com a prioritari per dur a terme la retirada.

Enderlin C, Rooker J, Ball S, Nursing DH-G	2015	Geriatric Nursing	Summary of factors contributing to falls in older adults and nursing implications.	Revisió Bibliogràfica	Es descriu que el seu consum de BZD provoca un risc de caigudes del 44%. En aquest article atribueixen a les infermeres geriàtriques un paper clau per a prevenir i combatre el risc de caigudes, eliminant i/o modificant diversos factors de risc i implementant intervencions de reduccions de riscos. Comenten que les infermeres es troben en una posició important per visualitzar, educar i intervenir per millorar els resultats. Consideren que tots els professionals haurien de col·laborar per garantir la seguretat del pacient durant l'envelliment.
Kamell A, Smith LK	2016	J Palliat Med	Attitudes Toward Use of Benzodiazepines among U.S. Hospice Clinicians: Survey and Review of the Literature.	Revisió bibliogràfica	En aquest estudi es demostra que els metges i les infermeres consideren que les BZD són beneficioses per una ampla gama de símptomes. En concret, la majoria estaven d'acord en què les BZD eren beneficioses per la malaltia crònica, l'ansietat, el trastorn crònic de pànic, dispnea, insomni, nàusees i/vòmits, agitació, inquietud terminal i procés de mort, deliri i paranoia i dolor intens. A més a més, la majoria de enquestats van referir que les BZD estaven indicades en tractaments per la ansietat crònica i l'insomni crònic. En aquest estudi es demostra una necessitat urgent per avaluar els riscos-beneficis de BZD en aquesta població i determinar les condicions apropiades pel seu ús.

Heinemann S, Weiß V, Straube K, Nau R, Grimmsmann T, Himmel W, et al.	2016	BMJ Open	Understanding and reducing the prescription of hypnotics and sedatives at the interface of hospital care and general practice: a protocol for a mixed-methods study.	Estudi transversal	<p>En l'àmbit hospitalari diferents grups de professionals poden tenir un paper rellevant en la prescripció de hipnòtics i sedants. Mentre que els metges són responsables del diagnòstic i del tractament, és a dir, de la prescripció de medicaments, les infermeres dispensen i documenten l'ús de medicaments. La decisió de quan (en quin moment exacte del temps) cal administrar un medicament generalment es deixa a judici de la infermera. Una vegada que s'ha administrat un medicament a l'hospital, és molt freqüent que es continuï prescrivint en l'atenció primària.</p> <p>En aquest estudi es posa de manifest que qualsevol intervenció per reduir la prescripció i l'ús d'hipnòtics i sedants ha de tenir en compte: la freqüència d'ús hipnòtic i sedant durant l'hospitalització; la continuació o la interrupció d'aquests medicaments en l'atenció primària; les actituds dels metges i infermers de l'hospital davant els hipnòtics i els sedants; les raons per les quals es va iniciar un tractament i l'experiència de pacients hospitalitzats amb aquests medicaments.</p>
Terrery CL, Nicoteri JAL.	2016	J Nurse Pract	The 2015 American Geriatric Society Beers Criteria: Implications for Nurse Practitioners	Revisió bibliogràfica	<p>La <i>American Geriatric Society</i> (AGS) l'any 2011 va assumir el rol de actualitzar i mantenir els <i>Criteris de Beers</i> (BC), que és una llista de fàrmacs dels que es recomana evitar la prescripció en persones majors als 65 anys ja que presenten un balanç risc-benefici inacceptable. En la última actualització realitzada l'any 2015, s'esmenta que el 80% de les reaccions adverses dels medicaments (RAM) són dosi-dependents, és a dir, que podrien originar-se per una excés o mala prescripció en la dosi. En aquest article exposen que les infermeres han de conèixer els fàrmacs inclosos en les llistes de BC i identificar el seu mal ús a la pràctica. Per poder dur a terme aquesta tasca, és important conèixer exactament la BC, els RAM, i sobretot, oferir escolta activa.</p>

de Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Cestac P, Vellas B, Rolland Y.	2016	Br J Clin Pharmacol	Effects of a geriatric intervention aiming to improve quality care in nursing homes on benzodiazepine use and discontinuation.	Estudi quasi-experimental	En aquest estudi, realitzat a França, es va concloure que realitzar una intervenció educacional i de suport al personal mèdic de les residències d'ancians, no va provocar la disminució del consum de BZD ni a curt ni a llarg termini. Es van incloure indicadors de qualitat pel personal per motivar i per afavorir la discontinuïtat del tractament de BZD. No obstant això, en aquest estudi es conclou que cal buscar una manera que faciliti la discontinuïtat o la retirada d'aquest tractament, ja que, segons aquest estudi, els indicadors de qualitat van provocar modificacions del tractament significativament inexistents.
Schirle L, Brian E	2016	Nurs Outlook	State variation in opioid and benzodiazepine prescriptions between independent and nonindependent advanced practice registered nurse prescribing states.	Estudi epidemiològic	En els Estats Units hi ha molta gent que no té accés als serveis de sanitat d'Atenció Primària. Per aquest motiu, molts nord-americans utilitzen la <i>Advanced Practice Registered Nurses (APRN)</i> , que són infermeres amb estudis de post-grau, amb capacitat per prescriure medicaments. En aquesta investigació es vol valorar si les prescripcions de fàrmacs amb potencial de dependència i abús, com les BZD, augmenten en els estats on la llei permet la prescripció de medicaments per part de les APRN (independents) o bé si no ho permet (no-independents). En aquest estudi no es relaciona la capacitat de prescriure fàrmacs de les professionals de infermeria amb un augment de les prescripcions de BZD.
Heinemann S, Himmel W.	2017	Int J Clin Pharmacol Ther	Searching for factors that may reduce the use of benzodiazepines in hospitals – a survey of hospital doctors and nurses	Estudi descriptiu	En aquest estudi, es van enquestar a metges i infermeres d'un hospital d'Alemanya on es qüestionava sobre els riscos i beneficis de les BZD i, s'estimava si els beneficis desvaloraven els riscos associats mitjançant una escala numèrica. La majoria de professionals atribuïen un alt risc de caigudes i de dependència a l'ús de les BZD estimant que els riscos superen els beneficis. Per les infermeres, el risc associat a l'ús de les BZD més preocupant era l'addicció i/o dependència. També consideren la confusió com un efecte secundari on el risc supera el benefici. No obstant això, consideren el tractament de BZD com a molt beneficiós per combatre l'insomni. Per el 27% de les infermeres i pel 48% dels doctors, els riscos de les BZD superen els beneficis.

Shannon M, Furbish SML, Kroehl ME, Loeb DF, Lam HM, Lewis CL, Nelson J, et al.	2017	J Pharm Pract	A Pharmacist-Physician Collaboration to Optimize Benzodiazepine Use for Anxiety and Sleep Symptom Control in Primary Care	Estudi transversal	En aquest estudi es manifesta que una de les causes de l'ús inapropiat de benzodiazepines és conseqüència del desconeixement real i total dels riscos que suposa la cronificació d'aquest tractament, per part dels metges d'atenció primària i dels farmacèutics. També es refereix que aquests professionals no disposen del temps suficient per educar sobre els riscos potencials de l'ús de BZD ni per fer la transició cap a teràpies alternatives eficients. Aquest estudi pretén avaluar si la col·laboració del farmacèutics clínics integrats en centres d'atenció primària, pot ser útil per ajudar als metges d'atenció primària sobrecarregats a optimitzar l'ús de les BZD i quin impacte, en termes d'eficàcia, generaria. Els resultats van ser positius, el 50% van canviar de tractament, el 20% van disminuir la dosi i un 20% van iniciar el tractament de manera discontinua usant-lo només quan fos necessari. Aquests resultats es van obtenir majoritàriament a la primera visita. Per tant, es pot concloure que l'equip va resultar eficaç.
Lenander C, Bondesson Å, Viberg N, Beckman A, Midlöv P	2018	BMC Health Serv Res	Effects of medication reviews on use of potentially inappropriate medications in elderly patients; a cross-sectional study in Swedish primary care.	Estudi transversal	Aquest estudi es va realitzar a Suècia, i es basava en instaurar la revisió com a un procés de pràctica en la clínica diària, per part de metges, infermeres i farmacèutics de CAPs. Es va valorar quins medicaments s'estaven utilitzant de manera inapropiada, i es va revisar si existien problemes relacionats amb els fàrmacs. Aquest estudi mostra que les revisions de medicaments realitzades en l'atenció primària són una manera de millorar l'ús de fàrmacs en pacients grans.
Westbury JL, Gee P, Ling T, Brown DT, Franks KH, Bindoff I, et al.	2018	Med J Aust	RedUSE: Reducing antipsychotic and benzodiazepine prescribing in residential aged care facilities	Estudi longitudinal	Es va desenvolupar formació interactiva pel personal per fer reflexionar sobre les creences positives que tenien els professionals de salut sobre els beneficis del psicotròpics i benzodiazepines, es van definir clarament quins eren els rols dels professionals de salut en la revisió de l'ús dels psicotròpics i benzodiazepines, i van crear la figura de "champion nurse" la qual era la professional que treballa amb diferents disciplines (metges, infermers, especialistes...) que havia d'assegurar la implementació de les guies i de les recomanacions que s'estaven instaurant. Els resultats d'aquest estudi demostren que un 40% dels pacients que tenien prescrites benzodiazepines com a tractament de base van modificar el seu comportament davant del tractament amb BZD.

6. Discussió

Els resultats d'aquesta revisió bibliogràfica posen de manifest que la sobreprescripció o a la inèrcia de la prescripció de BZD és real i, existeixen diferents barreres que impossibiliten o dificulten el control i el seguiment del tractament per combatre l'insomni i l'ansietat (14,15,19).

Per aquest motiu, i donat que les xifres de prescripció de BZD són alarmants, considerem que la infermera d'atenció primària podria ser una professional clau per combatre aquest descontrol. Tenint en compte que els metges sovint no disposen de temps ni de recursos necessaris per dur a terme higiene del son o higiene emocional (15,19), considerem la infermera d'atenció primària una professional de proximitat, suficientment autònoma per treballar de manera independent per combatre aquesta problemàtica de caràcter mundial.

El paper de la infermera en el seguiment del tractament i deshabitució de BZD no és invisible. Són molts els articles que mencionen a la infermera com una peça clau per intervenir en aquest procés d'abandonament del tractament. Les funcions principals que s'atribueixen al personal d'infermeria doten a la professió d'autonomia i reconeixement professional. En aquest context, se li atorguen diferents funcions específiques. En primer lloc, s'atribueix la responsabilitat d'identificar l'ús inadequat de BZD, sobretot en casos de cronificació i dependència. El personal d'infermeria pot jugar un paper important a l'hora de trencar les rutines amb tractaments de BZD que es converteixen en crònics i innecessaris (12,18,22). També tenen una funció important en la presa de decisions relacionades amb la iniciació de la retirada de BZD, tenint la capacitat de implementar el programa de deshabitució específic col·laborant, si és necessari, amb l'equip mèdic (12,22,23). A més a més, s'atorga a les professionals d'infermeria un paper professional autònom i de control de símptomes (20,21). Específicament, s'adjudica la funció d'identificar els símptomes o efectes causats per la retirada del tractament, així com, de donar suport als canvis de dosis, efectes adversos, i símptomes de retirada, incloent mesures objectives i subjectives de millora per facilitar el procés de cessació (21). Per altra banda, també s'atribueix la funció de detectar el grau de dependència i/o d'addicció de BZD, així com contribuir a evitar el risc de caigudes (13,25). Una altre de les competències bàsiques de la infermera d'atenció primària, és realitzar educació a la població. En aquest cas, es tracta d'oferir educació farmacològica així com alternatives per a combinar teràpies farmacològiques amb no farmacològiques (24,30).

Són molts els estudis que demostren que la formació ajuda a prendre consciència de la situació actual, a actualitzar els coneixements als professionals sanitaris, i a donar recursos per dissenyar i apostar per una infermera autònoma i amb criteri clínic. Per dur a terme les funcions esmentades anteriorment, és imprescindible que les professionals d'infermeria disposin de formació farmacològica actualitzada, per facilitar la detecció dels símptomes i/o efectes adversos associats als medicaments i disposar dels coneixements adequats per poder controlar i realitzar un seguiment exhaustiu del tractament i retirada de BZD (20,31,29,32). A més a més, també forma part de la seva feina infermera el fet de conèixer quins són els mecanismes que disposen al seu abast i que poden utilitzar per detectar fàcilment aquests esdeveniments adversos com ara qüestionaris validats, guies clíniques d'actuació, etc. (13,21,23,27,28).

Els articles que hem utilitzat per elaborar aquesta revisió bibliogràfica, demostren que el consum inadequat de BZD es pot identificar en diferents institucions o àmbits sanitaris: des de residències d'ancians, hospitals de dia, hospitals generals i centres d'atenció primària. Aquest fet demostra que és una problemàtica estesa i preocupant que afecta a tot el circuit assistencial (15,19,24). Per aquest motiu, considerem que és necessari que el control del consum de BZD comenci a centres d'Atenció Primària, ja que és el primer recurs assistencial que ofereix el nostre sistema sanitari, i és on acudeixen aquells pacients que inicien amb problemes d'ansietat i d'insomni.

Per altra banda, no podem oblidar que la sobreprescripció o el mal consum de BZD està directament relacionat amb una mala praxis del nostre sistema sanitari. La cerca cap a l'eficiència de l'Atenció Primària és particularment rellevant per el conjunt del sistema sanitari, ja que determina la sostenibilitat del sistema de salut. Al mateix temps, l'augment de malalties cròniques desencadenen un repte important degut tant a la demanda assistencial com per la càrrega pressupostària que representa a llarg termini. Es destaca que el 90% dels medicaments consumits, els quals representen el 20% de la despesa sanitària, es prescriuen a l'Atenció Primària (37).

No obstant això, també hem de ser conscients que la sobreprescripció de BDZ genera un increment de les despeses sanitàries. De manera directa, el sistema ha de cobrir fàrmacs que possiblement no són necessaris i, paral·lelament, de forma indirecta, aquests fàrmacs poden generar efectes secundaris (caigudes, deteriorament cognitiu, falta de concentració, afectacions emocionals, descoordinació, etc.) que suposen un increment de la carga assistencial i, en conseqüència, de la carga econòmica sanitària. Una prescripció errònia es

relaciona amb l'aparició de problemes de salut, que poden generar perjudicis i afectacions personals que el sistema sanitari haurà de cobrir. Per aquest motiu, és important sensibilitzar als professionals sanitaris sobre el risc-benefici que comporta una determinada prescripció, tot i que, tal i com mostren els articles actuals, la tendència és esperançadora.

En el context sanitari espanyol, hauria de ser prioritari reconèixer aquesta funció d'infermeria com una tasca habitual i obligada dintre de la pràctica clínica diària. Malgrat que el control i la revisió dels fàrmacs és una feina infermera reconeguda per llei, la tasca específica de control de consum de BZD, sembla que encara no s'ha popularitzat entre el col·lectiu professional. Un dels indicis que ens dona força per recolzar aquesta afirmació, és el fet de que només hem trobat un article referent al control del seguiment del consum de BZD realitzat específicament per l'equip de infermeria (23). Per aquest motiu, considerem que s'ha de fer difusió i promoció d'aquesta feina infermera. Com a societat, no ens podem permetre menysprear una estratègia que s'ha demostrat efectiva i que és necessària per abordar un problema greu, que causa dolor, i malbaratament dels recursos econòmics sanitaris. Considerem que aquest treball és necessari per beneficiar la salut dels pacient i la salut del nostre sistema sanitari públic.

Limitacions del treball

Com a possibles limitacions del nostre treball identifiquem que la cerca bibliogràfica restringida a articles que disposin de “*free full text*” podria ser una limitació. És possible que haguem ignorat alguns articles importants que ens haguessin aportat nous coneixements a la cerca. De cara a una nova cerca, i amb més mitjans, es proposa realitzar una nova cerca bibliogràfica incloent articles de pagament.

Propostes de noves línies de recerques

Considerem necessari elaborar un programa de salut comunitari que inclogui totes les tasques descrites en aquesta revisió. Seria interessant avaluar l'efectivitat de la prescripció i del control del seguiment del tractament amb BZD des de centres d'atenció primària. A més a més, podria ser necessari buscar mesures motivacionals, perquè el personal d'infermeria s'involucri plenament en aquest projecte.

També seria interessant realitzar un protocol pilot per abordar el control de la farmacoteràpia als domicilis. Atribuïnt aquesta tasca al personal de infermeria, podria ser una nova iniciativa perquè la infermera pugui identificar la quantitat de BZD que disposen els pacients a la farmaciola del domicili. D'aquesta manera, es podria realitzar un control més exhaustiu del consum real de BZD i es podria identificar als pacients precisin un pla de retirada personalitzat.

7. Conclusió

Aquesta revisió posa de manifest que el personal de infermeria d'atenció primària podria ser una professional clau per combatre l'ús inadequat i/o crònic de BZD. Es considera el personal de infermeria una figura de proximitat, autònoma, independent i amb suficient reconeixement professional per a combatre aquesta problemàtica.

Les funcions específiques del personal de infermeria, en aquest context, es relacionen amb identificar el mal ús o l'ús crònic, iniciar i implementar estratègies de retirada, detectar efectes adversos i/o simptomatologia associada, identificar el grau de dependència i/o addicció, oferir alternatives no farmacològiques i, finalment, realitzar educació farmacològica.

Una de les barreres més destacades per a iniciar la cessació de BZD és la percepció risc-benefici del propi pacient i del mateix personal sanitari. Encara que la tendència sembla anar evolucionat favorablement, és necessari seguir realitzant actuacions de sensibilització a la població general i, concretament, a la població professional. Es considera necessari oferir eines als professionals de infermeria perquè realitzin correctament la seva tasca de prevenció i de promoció de salut comunitària en relació a l'ús inadequat de BZD.

La sobreprescripció o el mal consum de BZD està directament relacionat amb la manca de sostenibilitat del nostre sistema sanitari de salut. Provoca un augment de la càrrega assistencial i pressupostaria. Per aquest motiu, considerem d'alta prioritat reconèixer i popularitzar la funció de control i de seguiment del tractament amb BZD, a la professional de infermeria, i reconèixer-la com a una tasca habitual i obligada en la pràctica clínica diària.

8. Bibliografia

1. Martínez RM, González MY, Cano R, Caniego MD, Olivares R, Muharran R. Estrategias en la retirada de benzodiazepinas: otras alternativas. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-la Mancha. [Internet]. 2012[consultat el 2 d'octubre de 2018];13(3):1-8. Disponible a: <https://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/benzodiazepinas.pdf>
2. Azparren A, García I. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. Boletín de información farmacéutica de Navarra. [Internet] 2014 [consultat el 2 d'octubre de 2018];22(2):1-12. Disponible a: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AB30A9A5-9907-4D68-A17A-C4AB0DC524D5/293282/Bit_v22n2.pdf
3. Roca M, Delgado L. Retirada del tratamiento con benzodiazepinas. Butlletí d'informació terapèutica. Generalitat de Catalunya.[Internet] 2011 [consultat el 2 d'octubre de 2018];22(2):8-12. Disponible a: http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/boletin_informacion_terapeutica/documentos/arxiu/BIT_v22x_n02_cast.pdf
4. Matud MP, García L, Bethencourt JM, Rodríguez-Wangüermert C. Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. Journal of Feminist, Gender and Women Studies.[Internet] 2017 [consultat el 17 d'octubre de 2018];5:23-31. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6413336>
5. Encuesta sobre Alcohol y otras drogas en España (EDADES) 2014 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. Plan Nacional sobre drogas. [consultat el 2 d'octubre de 2018]. Disponible a: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf
6. Col·legi oficial infermers i infermers Barcelona. [Internet] Les competències de la professió de infermeria. [consultat el 2 d'octubre de 2018] Disponible a : <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/competencies-de-la-professio/les-competencies-de-la-professio-infermera.html>

7. Enfermería y Medicamento. Informe del experto 7. Fund Salud 2000. [Internet] 2013;14. [consultat el 17 d'octubre de 2018] Disponible a : http://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/06/7_Enfermer%C3%ADayMedicamento.pdf
8. Cucco L, Espa E, Nacional LE. ¿Hacemos un uso adecuado de las benzodiacepinas? Conocimientos prácticos para atención primaria. SEMG [Internet]. 2008; [consultat el 17 d'octubre de 2018]; 6(112):780-7. Disponible a : http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas antes/revista_112/780-787.pdf
9. Pérez Vizcayno MJ, Veas R. P. Uso prolongado de benzodiacepinas y estrategias para su deshabitación. Cuad médico Soc. [Internet]. 2014 [consultat el 2 d'octubre de 2018];(54):8-18. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4860409>
10. Sánchez MPV, Saint-Gerons DM, De La Fuente Honrubia C, Bermejo DG, Corominas DM, Catalá-López F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. Rev Esp Salud Publica. [Internet] 2013 [consultat el 17 d'octubre de 2018];87(3):247-55. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000300004
11. Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit [Internet]. 2014 [consultat el 17 d'octubre de 2018]; 28(S1):104-8. Disponible a: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911114000454?token=0271049135E6015BECBD0FC13D75E02019B9E63DCDEC7838559A082F4D412B01ED9B683B55E3695539557A1C663750C7>
12. Anthierens S, Grypdonck M, De Pauw L, Christiaens T. Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines. J Clin Nurs [Internet]. 2009 [consultat el 18 de febrer de 2019];18(22):3098-106. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2008.02758.x>
13. Voyer P, Roussel ME, Berbiche D, Préville M. Effectively detect dependence on benzodiazepines among community-dwelling seniors by asking only two questions. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2010 [consultat el 19 de febrer de

- 2019];17(4):328–34. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2850.2009.01529.x>
14. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. BMC Fam Pract [Internet]. 2013 [consultat el 6 de gener de 2019];14(1):191. Disponible a: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-191>
 15. Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Bortel V, Petrovic M. Barriers to discontinuation of chronic benzodiazepine use in nursing home residents: perceptions of general practitioners and nurses. Eur Geriatr Med [Internet]. 2013 [consultat el 18 de febrer de 2019];5(3):181–7. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764913009571>
 16. Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K. What Are Priorities for Deprescribing for Elderly Patients? Capturing the Voice of Practitioners: A Modified Delphi Process. PLoS One [Internet]. 2015 [consultat el 18 de febrer de 2019];10(4):1-16. Disponible a: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0122246>
 17. Heinemann S, Himmel W. Searching for factors that may reduce the use of benzodiazepines in hospitals – a survey of hospital doctors and nurses. Int J Clin Pharmacol Ther [Internet]. 2017 [consultat el 25 de gener de 2019];55(12):905–10. Disponible a : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29092732>
 18. Terrery CL, Nicoteri JA. The 2015 American Geriatric Society Beers Criteria: Implications for Nurse Practitioners. J Nurse Pract [Internet]. 2016 [consultat el 6 de gener de 2019];12(3):192–200. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.11.027>
 19. Shannon M, Furbish L, Kroehl ME, Loeb DF, Lam HM, Lewis CL, Nelson J, Chow Z, Trinkley KE. A Pharmacist–Physician Collaboration to Optimize Benzodiazepine Use for Anxiety and Sleep Symptom Control in Primary Care. J Pharm Pract [Internet]. 2017 [consultat el 25 de gener de 2019];30(4):425–33. Disponible a: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0897190016660435>
 20. Bergqvist M, Ulfvarson J, Andersén Karlsson E. Nurse-led medication reviews and the quality of drug treatment of elderly hospitalized patients. Eur J Clin Pharmacol

[Internet]. 2009 [consultat el 18 de febrer de 2019];65(11):1089–96. Disponible a:
<http://link.springer.com/10.1007/s00228-009-0728-2>

21. Chen L, Farrell B, Ward N, Russell G, Eisener-Parsche P, Dore N. Discontinuing Benzodiazepine Therapy: An Interdisciplinary Approach at a Geriatric Day Hospital. *Can Pharm J / Rev des Pharm du Canada* [Internet]. 2010 [consultat el 18 de gener de 2019];143(6):286–295. Disponible a:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.3821/1913-701X-143.6.286>
22. Lindsey PL. Psychotropic Medication Use among Older Adults: What All Nurses Need to Know. *J Gerontol.*[Internet]. 2011 [consultat el 18 de gener de 2019];35(9):28–38. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19715261>
23. Lopez-Peig C, Mundet X, Casabella B, del Val JL, Lacasta D, Diogene E. Analysis of benzodiazepine withdrawal program managed by primary care nurses in Spain. *BMC Res Notes* [Internet]. 2012 [consultat el 18 de gener de 2019];5(1):684. Disponible a:
<http://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-684>
24. Mitchell M, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract.* [Internet]. 2012 [consultat el 19 de febrer de 2019];13:40. Disponible a:
https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-40?fbclid=IwAR0aUm_gVugiMO2OG4ejBYBsQCFfUcZRrbZtj0AYE77ZaxENE47uCj23JAg
25. Enderlin C, Rooker J, Ball S, Hippensteel D, Alderman J, Jean Fisher S, McLeskey N, Jordan K. Summary of factors contributing to falls in older adults and nursing implications. *Elsevier* [Internet]. 2015 [consultat el 6 de gener de 2019];36:397–406. Disponible a:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457215003006>
26. Kamell A, Smith LK. Attitudes Toward Use of Benzodiazepines among U.S. Hospice Clinicians: Survey and Review of the Literature. *J Palliat Med* [Internet]. 2016 [consultat el 19 de febrer de 2019];19(5):516–22. Disponible a:
<http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2015.0376>
27. Lenander C, Bondesson Å, Viberg N, Beckman A, Midlöv P. Effects of medication reviews on use of potentially inappropriate medications in elderly patients; a cross-sectional

- study in Swedish primary care. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [consultat el 25 de gener de 2019];18(1):616. Disponible a: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3425-y>
28. Westbury JL, Gee P, Ling T, Brown DT, Franks KH, Bindoff I, et al. RedUSE: Reducing antipsychotic and benzodiazepine prescribing in residential aged care facilities. *Med J Aust.* [Internet]. 2018[consultat el 25 de gener de 2019];208(9):398–403. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29747564>
29. Smith AJ, Tett SE. An intervention to improve benzodiazepine use-a new approach. *Fam Pract.* [Internet].2010 [consultat el 16 de febre de 2019];27(3):320–7. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20237108>
30. Krishnan P, Hawranik P. Diagnosis and management of geriatric insomnia: A guide for nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* [Internet]. 2008 [consultat el 19 de febrer de 2019]; 20(12):590–9. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19120590>
31. Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, Vahlberg T, Kivelä SL. One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons. *Age Ageing.* [Internet]. 2010 [consultat el 16 de febrer de 2019];39(3):313–9. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20089547>
32. Tannenbaum C, Martin P, Tamblin 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.* [Internet]. 2014 [consultat el 6 de gener de 2019];174(8):890–8. Disponible a: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1860498>
33. Heinemann S, Weiß V, Straube K, Nau R, Grimmsmann T, Himmel W, Hummers Pradier E. Understanding and reducing the prescription of hypnotics and sedatives at the interface of hospital care and general practice: a protocol for a mixed-methods study. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [consultat el 19 de febrer de 2019];6(8):e011908. Disponible a: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-011908>
34. Schirle L, McCabe BE. State variation in opioid and benzodiazepine prescriptions between independent and nonindependent advanced practice registered nurse

prescribing states. *Nurs Outlook* [Internet]. 2016 [consultat el 18 de febrer de 2019];64(1):86-93. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655415002778>

35. Mathieu C, Rolland Y, Piau C, Lapeyre-Mestre M, Cayla F, Bouget C, et al. Indicators of Benzodiazepine Use in Nursing Home Residents in France: A Cross-Sectional Study. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2012; [consultat el 2 de febrer de 2019];14(1):29-33. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.002>
36. de Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Cestac P, Vellas B, Rolland Y. Effects of a geriatric intervention aiming to improve quality care in nursing homes on benzodiazepine use and discontinuation. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2016 [consultat el 19 de febrer de 2019];81(4):759-67. Disponible a : <http://doi.wiley.com/10.1111/bcp.12847>
37. García L, Olry de Labry A, Bermúdez C. Priorización de actividades clínicas no recomendadas en Atención Primaria. *An Sist Sanit Navar.*[Internet]. 2017 [consultat el 19 de febrer de 2019];40(3):401-412. Disponible a: doi.org/10.23938/ASSN.0120

9. Annex

Cronograma d'activitat

	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig
Plantejament del tema									
Justificació									
Plantejament d'objectius									
Disseny i metodologia									
Anàlisis dels resultats									
Discussió									
Conclusió									
Maquetació									