

Artículo de revisión

Departamento de Farmacología. Universidad Médica "Mariana Grajales Coello" de Holguín.

La prescripción de benzodiacepinas en el adulto mayor, un problema médico social actual.

Benzodiazepines Prescription in Elderly, a Current Socio- Medical Problem.

Luis Manuel Calero González <sup>1</sup>, Dania Oropesa Pupo <sup>2</sup>, Manuel González Morales <sup>3</sup>, Armando Carlos Roca Socarras <sup>4</sup>, Kleydis Blanco Torres <sup>5</sup>.

1. Especialista de Primer Grado en Farmacología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente de Farmacología. Universidad Médica "Mariana Grajales Coello".

2. Especialista de Primer Grado en Farmacología. Profesor Asistente de Farmacología. Universidad Médica "Mariana Grajales Coello".

3. Especialista de Segundo Grado en Farmacología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente de Farmacología. Universidad Médica "Mariana Grajales Coello".

4. Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriatria. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente de Geriatria. Hospital Provincial Docente "Vladimir Ilich Lenin".

5. Licenciada en Enfermería. Diplomada en Gerontología Comunitaria. Hospital Provincial Docente "Vladimir Ilich Lenin".

Responsable de la correspondencia:

Dr. Luis Manuel Calero González. Calle Mártires # 280 entre General Salazar y Prolongación de Maceo. Holguín. E-mail: calero@fcm.hlg.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio de revisión con el objetivo de evaluar el uso de benzodiazepinas en el adulto mayor. Fue evidente que la prescripción de las mismas constituye un problema médico - social debido a su uso irracional y excesivo, por lo que se hace necesario ejecutar acciones que contribuyan al uso correcto de medicamentos para mejorar la calidad de vida del paciente geriátrico, así como disminuir los costos en nuestros servicios de salud. Se incluyó una propuesta de estrategia sustentada en tres objetivos: incorporar y sostener los conocimientos relacionados con la farmacología geriátrica, promocionar el uso racional de medicamentos, así como ejecutar el control sobre los prescriptores.

Palabras clave: adulto mayor, benzodiazepinas, prescripción.

#### ABSTRACT

A review study aimed at assessing the use of benzodiazepines in elderly was carried out. The prescription of this medication constitute a socio-medical problem due to its excessive irrational use. Therefore different actions were developed in order to use this medication correctly to improve the elderly`s quality of life. A set of strategies was included based on three objectives: including and maintaining the knowledge regarding geriatric pharmacology; promoting the rational use of medications as well as to control the medication prescribing.

Key words: elderly, benzodiazepines, prescription.

#### INTRODUCCIÓN

Las intervenciones de atención médica intentan beneficiar a los pacientes, pero también pueden causar daño. La Revolución Científico-Técnica provoca la aparición de nuevas tecnologías y una creciente especialización, sin embargo se observa una fragmentación, despersonalización y deshumanización de la atención médica.

El personal de salud se enfrenta ante la posibilidad de incurrir en una diversidad de errores médicos, por lo tanto debe asumir mayores responsabilidades ante la sociedad y no sólo responder a viejos imperativos morales. Actualmente a los preceptos de la ética médica “no haré daño” y “actuaré en beneficio del enfermo” se añaden los principios bioéticos de “justicia y autonomía” que permiten la

incorporación de la sociedad y del paciente con sus dimensiones culturales, humanas y éticas, socializando este proceso. La preocupación social por la existencia de errores médicos crece en todo el mundo y genera la necesidad de erradicarlos.<sup>(1, 2)</sup>

El envejecimiento es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida<sup>(3)</sup>. El envejecimiento poblacional (EP) es un fenómeno mundial y constituye un logro de la humanidad, por la extensión de la vida humana de forma masiva, hacia edades muy prolongadas.

En el siglo XX se produce un incremento de la longevidad humana. En los últimos 50 años, gracias a los avances en los conocimientos médicos y tecnológicos la esperanza de vida al nacer aumenta en todo el mundo. Aproximadamente un millón de personas llega a los 60 años todos los meses, el 80% de ellas habita en los países en vías de desarrollo.<sup>4, 5</sup>

En este siglo los adultos mayores (AM) son de los segmentos de la población, uno de los que crece más rápido en todos los países del mundo. Por consiguiente, todos debemos impulsar y promover un mayor conocimiento público acerca de cómo hacer que los últimos años de vida sean más saludables o placenteros y evitar la dependencia.<sup>5</sup>

Para alcanzar una longevidad satisfactoria, debe lograrse un envejecimiento saludable, condición que comienza mucho antes de los 60 años. Ésta, solo puede obtenerse al desarrollar desde edades tempranas hábitos, estilos de vida saludables y con la prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades. Si bien la mayor parte de los adultos mayores está en posibilidades de mantenerse libre de discapacidad, la falta de un envejecimiento saludable desemboca en una vejez "patológica", y una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas. Esto determina que el crecimiento de la población más vieja conduzca a una creciente demanda de servicios sociales y de salud.<sup>6</sup>

Aunque la mayoría pueden satisfacer sus necesidades con los servicios habituales de salud donde se atiende la población en general, buena parte de ellos, los frágiles necesitan de una atención geriátrica especializada, por tener demandas de salud

única y especial. Deben ser evaluados por un equipo multidisciplinario con formación en Gerontología.<sup>7</sup>

Uno de los aspectos más puntuales a considerar en su atención, es el uso de fármacos en el paciente senil que requiere un seguimiento especial debido a que parece existir una relación directa entre edad avanzada e incremento de riesgo de efectos adversos.

La mayoría de los estudios demuestran que las personas mayores de 60 años toman un promedio de cinco a siete medicamentos, casi todos innecesarios. Algunas indicaciones terapéuticas muy bien definidas en los más jóvenes no están tan claras en los ancianos.<sup>8</sup>

En las últimas décadas las benzodiazepinas (BZD) se convirtieron en uno de los fármacos más prescritos en la práctica médica general y existe evidencia que más del 10% de la población de los países desarrollados es consumidora de psicofármacos.

En algunos estudios se observa que los enfermos geriátricos parecen poseer una mayor sensibilidad para algunas BZD debido a cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos que ocurren en el anciano y que pueden dar lugar a su acumulación, sobre todo en aquellas de vida media de eliminación prolongada.<sup>9,10</sup>

El consumo de este grupo en distintos países no parece ir en la línea de las recomendaciones conocidas, fenómeno también presente en nuestro país donde su uso sigue en aumento por lo que se demostró en este trabajo que la prescripción de BZD en el adulto mayor fue un problema médico social en nuestro medio.

## DESARROLLO

El esplendor científico-técnico de la época contemporánea, si bien impacta de forma positiva en todas las esferas, porta grandes riesgos que ponen en peligro incluso la supervivencia de la especie humana. Al respecto algunos autores señalan la incapacidad del progreso tecnológico y del conocimiento científico para contribuir, por sí solos, al bienestar de la humanidad.<sup>11</sup>

Cada régimen social se vincula con la ciencia de forma diferente, según asuma al hombre como medio u objeto social, ello determina sus estrategias.

Engels señaló: "...las necesidades de la técnica hacen avanzar las ciencias mucho más que 10 universidades, donde se elabore y se enseñe el conocimiento teórico..."<sup>12</sup>

Los medicamentos se han convertido en la tecnología sanitaria mas ampliamente usada en la práctica clínica diaria. Su empleo excesivo o mal uso provocan yatrogenias y efectos adversos, incluida la muerte, sin olvidar la carga económica que representan.

Se considera el inicio de la revolución farmacológica a partir de 1940, con una intensa y creciente producción. La Segunda Guerra Mundial da paso a una "explosión terapéutica,"<sup>13, 14</sup>

Sin duda alguna, en muchas situaciones constituye herramientas potentes para alcanzar el control de las enfermedades, pero en otras son solo medidas coadyuvantes con un papel limitado. En el manejo de la ansiedad y el insomnio, los medicamentos son parte de la conducta a seguir y especialmente el grupo de las BZD es el más empleado actualmente.

Las reacciones adversas a medicamentos son de dos a cinco veces más frecuentes en los gerontes, a medida que se incrementa su edad (en particular los mayores de 80 años), la gravedad de su enfermedad y el número de fármacos que tome.

En cuanto al uso de benzodiazepinas las más frecuentes se deben al desajuste de la dosis en relación con el efecto que se desea conseguir, aparecen sedación, somnolencia, ataxia, disartria, amnesia anterógrada, incoordinación motora e incapacidad de coordinar movimientos finos o de responder verbal a estímulos que requieren una respuesta rápida y alteran la capacidad para conducir vehículos.

En nuestro país el desafío de una ancianidad saludable deja de ser una excepción y privilegio para convertirse en una oportunidad con una esperanza de vida que rebasa los 77 años con programas que apuntan a una calidad de vida cada vez mejor, si bien en la bibliografía se plantea que hay cierta superioridad genética femenina en relación con la longevidad, aún estos datos no son concluyentes, pues otros enfatizan en el papel social de cada sexo, en las influencias ambientales que rodean al hombre y a la mujer, con gran impacto en éstos los servicios de salud, especialmente el empleo racional de los fármacos.<sup>15</sup>

Es una tendencia a nivel mundial el uso inadecuado de medicamentos y dentro de ellos el grupo farmacológico de las benzodiacepinas.

Un estudio realizado en nuestro medio sobre el uso de BZD demuestra una prescripción irracional excesiva de BZD, donde el fármaco más prescrito es el nitrazepam.

Con respecto a las indicaciones de este grupo farmacológico, más de la mitad son para la ansiedad, el clordiazepóxido es el medicamento más usado para su tratamiento. Le sigue el insomnio con casi el 20% de las indicaciones, con el nitrazepam como medicamento más prescrito; otras indicaciones son para diversos trastornos psiquiátricos. El sexo femenino predomina entre los consumidores, coincidiendo con otros autores, los que refieren una mayor representación femenina en su consumo en esta etapa de la vida; las mujeres toman más tranquilizantes que los hombres en todos los países desarrollados que se investigaron.

En América Latina los datos existentes para Chile señalan una prevaleticia anual de consumo de tranquilizantes de 31,4%. Se encuentra que por cada consumidor hombre existen dos mujeres, a medida que aumenta la edad de las personas aumentan los patrones de uso de tipo persistente y dependiente. En Brasil un estudio, halla que del consumo de psicofármacos el mayor porcentaje corresponde a las BZD, encontrándose una prevalencia anual de 12,2%, de ella el 71% corresponde a mujeres y la media de edad es de 60 a 74 años.<sup>16, 17</sup>

Teniendo en cuenta nuestros resultados similares a los encontrados por otros autores, consideramos que si bien es cierto una mayor utilización de los servicios de salud por el sexo femenino, en quienes los trastornos psiquiátricos comunes se describen con mayor frecuencia, el número de mujeres supera a los hombres y este aumento es más pronunciado en las edades más avanzadas. En nuestro país la tendencia es hacia una disminución del índice de masculinidad en todos los territorios, con una menor mortalidad en las mujeres y una migración mayoritariamente femenina hacia las ciudades, comportamiento que además es común en las grandes ciudades de otros países.<sup>18</sup>

De acuerdo con la información de los censos de varios países latinoamericanos, aproximadamente el 40% de las mujeres adultas mayores se encuentra en la categoría de viudas, mientras que poco más del 70% de los hombres está en algún tipo de unión conyugal. La predominancia de la viudez entre las mujeres obedece no sólo a su mayor longevidad, sino a las pautas sociales y culturales prevalecientes en nuestra sociedad, que llevan a los hombres a unirse con mujeres más jóvenes y a mayores oportunidades de establecer una nueva unión después de la viudez o separación.

En Cuba, en el último censo demográfico se encuentra que las personas divorciadas también aumentan de 5,1% a 7%, al igual que las viudas, que pasan de 4,5% a 5,1% del total de personas con 15 años y más, tendencia ésta coherente con el envejecimiento de la población.<sup>18</sup>

Las pérdidas afectivas propias de la vejez se traducen generalmente en estados de ansiedad y depresión, en especial entre las mujeres; ello sumado al hecho que las mujeres adultas mayores representarán una proporción cada vez mayor del total de la población en las próximas décadas, exige crear espacios que presten especial atención a ellas y a las viudas, en particular.

En cuanto a la edad, se observa un predominio de personas entre 60 y 74 años, representando casi el 77% del total. Tanto a nivel nacional, como en nuestra provincia de Holguín, es precisamente donde se encuentra el mayor número de adultos mayores, según el último censo de población y vivienda.<sup>18</sup>

Ninguno de los prescriptores refleja la duración del tratamiento, elemento de vital importancia para evitar la tolerancia y dependencia.

Los criterios mínimos que el médico debería incluir en la valoración de su prescripción de BZD incluyen que las nuevas prescripciones se realicen sólo para un uso a corto plazo, y que se recoja si el paciente que recibe una prescripción (ya sea nueva o repetida) ha recibido consejo sobre terapias no farmacológicas y sobre los riesgos, incluido el de dependencia.

En muchos pacientes las BZD son asociadas a otros fármacos para potenciar su efecto hipnosedante como: meprobamato, amitriptilina y difenhidramina, interacciones éstas, que no resultan beneficiosas. Además su indicación en el

tratamiento de enfermedades malignas donde está bien prescrito el fármaco debido al componente ansioso que tiene este tipo de paciente, cuando se emitió la receta médica, sin embargo, la indicación no se corresponde con la utilidad del mismo, al no exponer el trastorno afectivo que predominaba y sí la patología oncológica de base.

El mayor prescriptor de BZD es el Médico General Integral (MGI) lo que es lógico si tenemos en cuenta que el mayor porcentaje de nuestra población es atendida en su atención primaria por este programa del médico y enfermera de la familia. En otros países muchas de las consultas realizadas en APS son por trastornos tan frecuentes como la ansiedad y el insomnio.<sup>19, 20</sup>

La prescripción es un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva acerca del problema de salud que presenta el paciente. No debe ser considerado como un acto reflejo, una receta de cocina o una respuesta a las presiones comerciales. Después de establecido el diagnóstico definitivo se requiere de un ejercicio de inteligencia clínica para valorar cual será la mejor estrategia terapéutica (farmacológica o no), entre todas las posibles alternativas existentes, aunque esta claro que los dilemas éticos de la medicina pueden ser concientizados o no y constituyen para el profesional un elemento de desarrollo o de daño, puede incluso convertirse en una fuente de conflictos para el mismo.<sup>21</sup>

La selección correcta de un fármaco debe realizarse tomando en cuenta los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Debe brindarse un apropiado esquema de tratamiento, de acuerdo con las características individuales del paciente, en forma verbal y escrita, para poder facilitar el cumplimiento de la prescripción.

Sí, importante es tomar la decisión de iniciar una terapéutica determinada, más importante aún es garantizar un seguimiento apropiado de nuestra conducta prescriptiva y planificar una evaluación sistemática, no solo de la evolución clínica de la enfermedad, sino de las consecuencias de ese tratamiento (relación beneficio-riesgo) en la práctica clínica real.<sup>21</sup>

El uso racional de medicamentos implica obtener el mejor efecto, con el menor número posible de medicamentos, durante un corto período y a un costo razonable. Sin embargo, la prescripción irracional o inadecuada de fármacos ocurre a menudo, produce un desperdicio de recursos, tanto para el país como para los pacientes y

traen como consecuencia un considerable prejuicio al paciente en cuanto a la falta de resultados positivos y a la incidencia de reacciones adversas a medicamentos.

La utilización excesiva de fármacos, a veces por complacencia, contribuye a perpetuar o acentuar las expectativas erróneas del paciente y en ocasiones del propio prescriptor, de que los problemas de salud se solucionan siempre con medicamentos y que cada síntoma o signo debe conducir a una intervención farmacéutica.<sup>22</sup>

Proponemos la siguiente proyección estratégica.

Objetivos:

1. Incorporar y sostener los conocimientos relacionados con la farmacología geriátrica.

Acciones:

- Determinar el personal calificado para el desarrollo de las actividades de capacitación.
- Incorporar al programa de estudio de farmacología en pregrado, el uso de fármacos en el adulto mayor, como tema independiente.
- Incrementar la oferta de cursos de postgrado relacionados con el tema.
- Realizar cursos de capacitación sobre utilización de medicamentos.

2. Promocionar el uso racional de medicamentos.

Acciones:

- Crear una página WEB que permita divulgar aspectos relacionados con el tema.
- Incorporar a los medios de difusión masiva en nuestra provincia a campañas de educación sanitaria a la población.
- Confeccionar boletines informativos.

3. Ejecutar el control sobre los prescriptores.

Acciones:

- Incrementar los estudios de utilización de medicamentos en los pacientes de edad geriátrica.
- Fortalecer el trabajo de los fármacoepidemiólogos, de los licenciados en farmacia, médicos y enfermeros para la identificación y notificación de problemas de salud relacionados con la prescripción de fármacos en los pacientes ancianos.

- Incrementar la monitorización, por parte del personal establecido, de recetas médicas prescritas al adulto mayor.

## CONCLUSIONES

Las BZD son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en el adulto mayor, para la ansiedad y el insomnio como trastornos más frecuentes. Su uso en nuestro medio es irracional y excesivo, por lo que anciano puede sufrir las reacciones medicamentosas adversas descritas para estos fármacos como: caídas, tolerancia, dependencia y abuso, que junto a un aumento del costo de los servicios de salud constituyen un problema médico social actual lo que hace necesario ejecutar acciones para lograr un uso racional de medicamentos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez A. Ética Médica, Bioética y Axiología, su importancia para el estudio del pensamiento social médico contemporáneo en América Latina. IX Simposio Internacional del Pensamiento Filosófico Latinoamericano [citado 20 Nov 2004]. Disponible en: [http://www.filosofia.cu/cpl/ix\\_simposio](http://www.filosofia.cu/cpl/ix_simposio)
2. Penchaszadeh VB. Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. Rev Cubana Salud 2002; 28(2). [citado 27 Nov 2004]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/%20revistas/spu>
3. Ristean Hasselkus B. Envejecimiento y salud. En: Hopkins H L, Smith H D. Terapia ocupacional. T 2. 8va edición. La habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006: 733-41.
4. Carrillo M. Concepto de responsabilidad profesional. La responsabilidad profesional del médico. 3ª. Ed. México DF: Editorial Porrúa; 2000: 45-62.
5. Secretaría de Salud. Código de Bioética para el Personal de Salud. Secretaría de Salud México 2002; [citado 22 Ene 2008]. Disponible en: <http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm>
6. Hoskins I, Kalache A, Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam Salud Pública 2005; 17 (5/6): 444-51.
7. León Díaz E M, Alfonso Fraga J C. Redes de apoyo y calidad de vida en Cuba. Reunión de expertos en redes sociales de apoyo a las personas adultas mayores: el

rol del estado, la familia y la comunidad. CELADE – división de Población CEPAL; 2002 dic 9-12. Santiago de Chile; 2002: 5.

8. Flaherty J., Perry H., et al. Polipharmacy and hospitalization among older home care patients. *The journals of gerontology* 2000; 55:554-59.

9. Mangoni AA, Jackson SHD. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol* 2004; 57: 6-14.

10. Escrivá R, Pérez A, Lumbreras C, Molina J, Sanz T, Corral MA Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten Primaria* 2000; 25: 107-111.

11. Parenti RF. Bioética y biopolítica desde América Latina. En: Acosta JR ed. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Acuario. Centro Félix Varela; 2002: 172-84.

12. Cruz E. La Revolución Científico Técnica: su impacto en la esfera de la salud. En: Colectivo de autores. *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. La Habana: Ciencias Médicas; 2000: 63-78.

13. Romero AF, Henríquez RD. Los medicamentos, las empresas transnacionales y los derechos de propiedad intelectual. En: Acosta JR ed. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Acuario. Centro Félix Varela; 2002: 563-82.

14. Balleza de Paris V. Medicamentos, salud y seguridad social. En: Acosta JR ed. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Acuario. Centro Félix Varela; 2002: 111-214.

15. Ministerio de Sanidad y Consumo- Información al profesional – Farmacia - Datos provisionales de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud Enero 2004. (Citado 13 feb 2007). Disponible en: [http://www.msc.es/profesional/farmacia/datos/cont\\_datos\\_provisionales\\_Enero04.htm](http://www.msc.es/profesional/farmacia/datos/cont_datos_provisionales_Enero04.htm).

16. González Menéndez R. Humanismo y gestión de salud: pasado, presente y futuro. *Rev. Cubana Salud Pública*. La Habana. 2006; 32(4).

17. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol 28–Nº 5-2004 URL (citado 12 feb 2007). Disponible en: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>

18. Informe Nacional. Censo de Población y Vivienda 2002 (actualizado 10 feb 2005; citado 12 ene 2007). Oficina nacional de Estadísticas. Disponible en: <http://www.cubagob.cu/otras info/censo/index.htm>

19. Mata M, Casas J, Amat J et al. Indicadores de la calidad de la prescripción por patologías crónicas. Aten Primaria 1990; 7: 564-9.

20. Ministerio de Sanidad y Consumo- Información al profesional – Farmacia - Datos provisionales de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud Enero 2004. (Citado 13 feb 2007). Disponible en: [http://www.msc.es/profesional/farmacia/datos/cont\\_datos\\_provisionales Enero 04.htm](http://www.msc.es/profesional/farmacia/datos/cont_datos_provisionales_Enero_04.htm).

21. García G, Vignolo J, Contera M .Consumo de Psicofármacos en el centro de salud de Sayago.RevMed.Uruguay2002;18:154-160.

22. Francisco M, Mayra L. Farmacología General. La Habana: Ed Ciencias Médicas 2002.