

■ CASO CLÍNICO

Benzodiazepinas en ancianos: a propósito de un caso

Benzodiazepines in aged patients: a case-report

Díaz Gutiérrez MJ

Farmacéutica comunitaria en Getxo (Vizcaya)

ABREVIATURAS:

SPD: Sistema Personalizado de Dosificación; **OMS:** Organización Mundial de la Salud; **DDD:** Dosis Definida Diaria; **PRM:** Problema relacionado con la medicación; **BZD:** Benzodiazepinas;

RESUMEN

Las benzodiazepinas son los fármacos hipnótico-sedantes más consumidos, sobre todo entre la población geriátrica. En la presente publicación se describe el caso clínico de un paciente que ha sufrido una caída con consecuencia de rotura de fémur y que se encontraba en tratamiento con dos benzodiazepinas a dosis mayores a las recomendadas para ancianos, en el momento de sufrir la caída. Dichos fármacos fueron ketazolam y lorazepam, a dosis de 30 mg y 5 mg, respectivamente. Recalamos la importancia de prestar especial atención a la dosificación de estos fármacos en los ancianos y de seguir las recomendaciones de elegir benzodiazepinas de vida media corta o ultracorta, a la menor dosis posible y durante el menor periodo de tiempo necesario.

Palabras Cave: Benzodiazepina, ancianos, sobredosificación, caídas.

ABSTRACT

Benzodiazepines are the most consumed sedative-hypnotic drugs, especially among geriatric population. In this publication, we report the case of a patient who suffered a fall and broked his femur and who was treated with two benzodiazepines at higher doses than recommended for elderly patients, at the time of suffering the fall. Such drugs were ketazolam and lorazepam, prescribed at 30 mg/day and 5 mg/day respectively. We emphasize the need of pay special attention to the dosage of these drugs in the elderly and to follow the recommendations of choicingthose ones of short or ultrashorthalf-life, at the lowest dose possible and for the shortest time necessary.

Key words: Benzodiazepines, aged, drug overdose, accidental falls

Fecha de recepción: 24/04/15 Fecha de aceptación 19/11/2015

Correspondencia: M^a José Díaz
Correo electrónico: marijo72@euskalnet.net

INTRODUCCION

Los propios cambios fisiológicos acontecidos durante el proceso de envejecimiento hacen de los ancianos una población especialmente sensible a los efectos adversos de los medicamentos¹ y en mayor medida de aquellos con acción sobre el sistema nervioso central².

La alta incidencia de problemas de ansiedad y/o insomnio en los ancianos hace que las benzodiazepinas (BZD) sean fármacos candidatos a ser prescritos en dicha población. Estos fármacos tienen demostrada eficacia en dichas patologías, pero no siempre han de ser la primera opción terapéutica en los ancianos debido a un mayor riesgo de efectos adversos y sin embargo, encuentran entre los fármacos que más frecuentemente se prescriben inapropiadamente³.

Entre los eventos adversos más frecuentemente relacionados con las BZD en ancianos se encuentra el deterioro cognitivo, somnolencia residual, caídas, etc. sobre todo si no se prescriben de acuerdo a las recomendaciones de las guías clínicas⁴.

En el presente artículo se presenta el caso de un paciente al que se le habían prescrito dos BZD a dosis superiores a las recomendadas y que acude a la farmacia tras haber sido dado de alta y haber sufrido una caída.

DESCRIPCION DEL CASO

Acude a la farmacia un paciente varón de 73 años a retirar la medicación que le ha sido pautaada tras el alta hospitalaria. Comenta que fue ingresado con una fractura de cuello de fémur tras haber sufrido una caída en su residencia habitual. El paciente permaneció ingresado en el hospital durante 2 semanas. La medicación nueva que le han pautaado es paracetamol a dosis máxima de 3 gramos al día (si tiene dolor), el resto del tratamiento debe continuarse como antes del ingreso.

Citamos al paciente para el día siguiente, a fin de que traiga toda la medicación que toma y poder cotejarla con su hoja de tratamiento activo, que tenemos disponible en la farmacia a través de sistema de receta electrónica.

Realizamos un estudio de los problemas de salud del paciente y la medicación que tiene prescrita, que detallamos en la tabla 1

Díaz Gutiérrez MJ

ESTADO DE SITUACION					
Sexo: hombre					
Edad: 73 años					
Problema de salud	Principio activo	Control	Dosis por presentación	Pauta médica	Dosis diaria total
Síndrome ansioso-depresivo	Mirtazapina	S	30 mg	0-0-1	30 mg
Síndrome ansioso-depresivo	Escitalopram	S	15mg	1-0-0	15 mg
Síndrome ansioso-depresivo	Ketazolam	S	30 mg	0-0-1	30 mg
Insomnio	Lorazepam	S	1 mg	02/01/2002	5 mg
Síndrome prostático	Dutasterida	S	0.5 mg	1-0-0	0.5 mg
Dispepsia gástrica	Omeprazol	S	20 mg	1-0-0	20 mg
Déficit Vit B12	Vitamina B12	S		1 amp/mes	

Tabla 1: Situación inicial del paciente al acudir a la farmacia

El paciente es autónomo y válido para todas las actividades de la vida diaria. Su domicilio habitual es una residencia de ancianos. Comenta que toma siempre la medicación que le entregan preparada en SPD en los horarios pautados por el médico.

Llama la atención que el paciente se encuentra tomando dos antidepresivos y dos benzodiazepinas.

En relación a las benzodiazepinas, el paciente consume al mismo tiempo 30 mg de ketazolam y 5 mg de lorazepam. Desconocemos la fecha exacta en la que fueron pautados ambos medicamentos, pero el paciente refiere que desde hace tiempo, más de 4 meses seguro. Consultamos las recomendaciones de la OMS⁵ y de la ficha técnica del medicamento⁶ en relación a la dosis definida diaria (DDD) recomendada para ancianos y vemos que ambas benzodiazepinas han sido prescritas a dosis superiores a las recomendadas para su edad, que son de 15 mg (ketazolam) y 0.5 mg (lorazepam).

Además hay que tener en cuenta que el ketazolam es una benzodiazepina que presenta una vida media larga. Este tipo de benzodiazepinas se encuentran desaconsejadas en la población geriátrica debido a que los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos propios del proceso de envejecimiento hacen que los ancianos sean especialmente sensibles a los efectos adversos de estos medicamentos y en concreto de sufrir somnolencia excesiva y/o caídas.

Consideramos el caso candidato de intervención farmacéutica, ya que existe un PRM de dosis y duración de tratamiento inadecuados y un riesgo de RNM de seguridad

INTERVENCION

Derivamos al paciente a su médico de atención primaria correspondiente a fin de que valore la continuidad o no del tratamiento actual tras el episodio de caída sufrido por el paciente. A los dos días hablamos por teléfono con su médico que agradece la intervención y consensuamos el cambio de medicación. En concreto, y dado que el paciente lleva tiempo tomando las BZD, no sería procedente la retirada repentina de las mismas por lo que le pauta un único fármaco a una dosis adecuada a su edad y deriva al paciente al psicólogo del servicio de salud para reforzar el tratamiento farmacoterapéutico de su trastorno ansioso-depresivo con técnicas e intervenciones no farmacológicas.

ESTADO DE SITUACION Sexo: hombre Edad: 73 años				
Problema de salud	Principio activo	Control	Dosis por presentación	Pauta médica
Síndrome ansioso-depresivo	Mirtazapina	S	30 mg	0-0-1
Síndrome ansioso-depresivo	Escitalopram	S	15mg	1-0-0
Insomnio	Lorazepam	S	1 mg	0-0-1/2
Síndrome prostático	Dutasterida	S	0.5 mg	1-0-0
Dispepsia gástrica	Omeprazol	S	20 mg	1-0-0
Déficit Vit B12	Vitamina B12	S		1 amp/mes

Tabla 2: Estado de situación tras la intervención farmacéutica

DISCUSIÓN DEL CASO

En el presente artículo hemos presentado un caso en el que la actuación desde la farmacia detectó un PRM que nos llevó a contactar con el médico responsable a fin de comunicar la necesidad de revisión de la medicación de un paciente cuyo estado de salud puede haber empeorado debido al uso de medicamentos relajantes y antidepresivos a dosis más elevadas de lo deseable.

La población anciana constituye un grupo de especial riesgo para la aparición de RNM/PRM, debido a diversos factores, entre los que cabe destacar: alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, polifarmacia o pluripatologías.

Las benzodiazepinas constituyen el eje central de los fármacos hipnótico- sedantes disponibles en la actualidad. Como norma general deberían utilizarse a la menor dosis posible y durante el menor tiempo posible, sobre todo en población anciana, tras haber intentado otras intervenciones no farmacológicas, tales como la higiene del sueño, técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual, etc. A pesar de la evidencia que muestran diversos estudios de que el uso continuado y a largo plazo de benzodiazepinas en pacientes de edad avanzada no es adecuado⁷, dichos fármacos se encuentran entre los más frecuentemente utilizados en el paciente anciano y su utilización, a menudo, se extiende durante períodos prolongados de tiempo⁸ o incluso se usan de modo crónico.

Las caídas son unos de los efectos secundarios más frecuentes en pacientes ancianos que se encuentran tomando benzodiazepinas. Las guías clínicas recomiendan, en caso necesario, utilizar benzodiazepinas en ancianos a la menor dosis posible y durante breves periodos de tiempo. Además se han de elegir siempre aquellas de vida media más corta, a fin de evitar la acumulación del fármaco y sus metabolitos y evitar en la medida de lo posible sus efectos secundarios.

Queremos resaltar la importancia de prestar especial atención a la prescripción de benzodiazepinas en ancianos y ajustar la dosis de los fármacos atendiendo a las recomendaciones de las autoridades sanitarias, dado que son fármacos que han sido claramente relacionados con el incremento del riesgo de caídas en dicha población⁹. Resulta igualmente relevante revisar dicho tratamiento farmacológico a fin de suspenderlo cuando sea pertinente y que no se convierta en un tratamiento crónico. Es necesario por tanto la revisión de los tratamientos farmacológicos en ancianos y comenzar con un protocolo de deshabitación de BZD en caso de que se detecte un tratamiento crónico^{10,11}. La actuación del servicio de atención farmacéutica pone de manifiesto la importancia del mismo y de la comunicación farmacéutico-médico-paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reeve E, Wiese MD, Mangoni AA. Alterations in drug disposition in older adults. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2015; Apr 11(4):491–508.
2. Trifirò G, Spina E. Age-related changes in pharmacodynamics: focus on drugs acting on central nervous and cardiovascular systems. *Curr Drug Metab*. 2011; Sep 12(7):611–20.
3. Montastruc F, Duguet C, Rousseau V, Bagheri H, Montastruc J-L. Potentially inappropriate medications and adverse drug reactions in the elderly: a study in a Pharmacovigilance database. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014; Sep 70(9):1123–7.
4. Rouleau A, Bélanger C, O'Connor K, Gagnon C. [Evaluation of inappropriate benzodiazepine use among the elderly: risk factors and impacts]. *Santé Ment Au Qué*. 2011; 36(2):123–44.
5. WHOCC - ATC/DDD Index [Internet]. [cited 2015 Apr 14]. Available from: http://www.whooc.no/atc_ddd_index/

Díaz Gutiérrez MJ

6. AEMPS - Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA) - Buscador principal [Internet]. [cited 2015 Apr 14]. Available from: <http://www.aemps.gob.es/cima/pestanias.do?metodo=accesoAplicacion>
7. Bourin M. [The problems with the use of benzodiazepines in elderly patients]. *L'Encéphale*. 2010; Sep 36(4):340–7.
8. Madhusoodanan S, Bogunovic OJ. Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opin Drug Saf*. 2004; Sep 3(5):485–93.
9. Huang AR, Mallet L, Rochefort CM, Egualé T, Buckeridge DL, Tamblyn R. Medication-related falls in the elderly: causative factors and preventive strategies. *Drugs Aging*. 2012; May 29(5):359–76.
10. Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2014; Feb 204(2):98–107.
11. Paquin AM, Zimmerman K, Rudolph JL. Risk versus risk: a review of benzodiazepine reduction in older adults. *Expert Opin Drug Saf*. 2014; Jul 13(7):919–34.