

## Utilización de fármacos para el sistema nervioso central en residencias geriátricas

Dolors Garolera, Gladys Bendahan, Ramon Gras, Alba Benaque, Antonio San José\* y Miquel Vilardell\*

Unitat d'Atenció Domiciliària Geriàtrica. Dirección de Atención Primaria Eixample. Institut Català de la Salut. Barcelona.

\*Unidad de Geriatría. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

**FUNDAMENTO:** Conocer la prescripción y el uso de los fármacos para el sistema nervioso central (SNC), en concreto neurolepticos, benzodiacepinas y antidepresivos, en 19 residencias geriátricas de Barcelona ciudad.

**MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal de las historias clínicas de 384 personas que viven en estas RG. El uso adecuado de los fármacos se valoró utilizando los criterios de Beers et al y los de Garrad et al.

**RESULTADOS:** La edad media (DE) de los residentes fue de 83 (2,0) años. El consumo medio (DE) de fármacos fue de 5 (2,7); 248 personas (64,6%) tomaban al menos uno para el SNC, 81 (21%) tomaban neurolepticos, 179 (46,6%) benzodiacepinas y 73 (19%) antidepresivos. Cuarenta y ocho residentes (12,5%) consumían benzodiacepinas de vida media larga, 26 (6,7%) superaban el tiempo recomendado para benzodiacepinas de vida media corta. En 21 (26%) de los residentes que tomaban neurolepticos su uso sería injustificado.

**CONCLUSIONES:** Es necesario reducir en las RG el consumo de benzodiacepinas de vida media larga, favorecer el buen uso de los neurolepticos y conseguir una identificación correcta de los estados depresivos.

**Palabras clave:** Residencia geriátrica. Fármacos para el sistema nervioso central. Neurolepticos. Antidepresivos. Benzodiacepinas. Uso inapropiado.

### Psychoactive drug use in nursing homes

**BACKGROUND:** Our purpose was to know the use of psychoactive drugs including neuroleptics (NL), benzodiazepines (BNZ) and antidepressants (AD) in nursing homes (NH) in the city of Barcelona.

**METHOD:** Cross-sectional descriptive study of 384 clinical records of people living in 19 NH. The correct use of drugs was estimated by Garrad's and Beers et al criteria.

**RESULTS:** Average age (SD) of residents was 83 years (2,0). The average consumption of drugs was 5 (2,7); 248 individuals (64,6%) were taking at least one psychoactive drug: 81 (21%) consumed NL, 179 (46,6%) BNZ and 73 (19%) AD. 48 (12,5%) NH residents consumed long-acting BNZ and 26 (6,7%) had surpassed the recommended time of consumption for short-acting BNZ. In 21 (26%) NH residents who consumed NL, its use would not be justified.

**CONCLUSIONS:** It is necessary to reduce the use of long-acting BNZ, to encourage a correct use of NL and to achieve a correct identification of depressive disorders in NH.

**Key words:** Nursing home. Psychoactive drugs. Neuroleptics. Antidepressants. Benzodiazepines. Inappropriate use.

Med Clin (Barc) 2001; 117: 615-616

Trabajo presentado como tesis en el Máster de Gerontología Clínica (1.<sup>a</sup> edición). Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. Estudio becado por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria.

Correspondencia: Dra. D. Garolera.  
Unitat d'Atenció Domiciliària Geriàtrica.  
CAP Manso (DAP Eixample).  
Manso, 19. 08015 Barcelona.  
Correo electrónico: eiuau04@sapbcn.scs.es  
Recibido el 13-12-2000; aceptado para su publicación el 26-7-2001.

El número medio de fármacos que toman las personas que viven en una residencia geriátrica duplica la de las personas que residen en su domicilio<sup>1-3</sup>. Esta diferencia se podría explicar, en parte, por la mayor pluripatología y el mayor grado de alteración funcional y cognitiva que presenta este grupo de población.

La bibliografía revisada evidencia un uso inadecuado de fármacos en las residencias geriátricas. Entre ellos destacan los fármacos para el sistema nervioso central (SNC), observándose que más del 50% de la población institucionalizada los toma<sup>1-3</sup>. Su uso inadecuado puede provocar disminución de la movilidad, incontinencia, aumento del riesgo de caídas y fracturas y estado confusional; en consecuencia, un empeoramiento de la calidad de vida de las personas que viven en una residencia geriátrica<sup>4</sup>. Reducir el uso injustificado de fármacos es una de las estrategias más eficaces para mejorarla y de racionalizar el gasto innecesario en recursos sanitarios<sup>1,3,5</sup>.

El objetivo de este trabajo es conocer el perfil de prescripción de dichos fármacos –neurolepticos, benzodiacepinas y antidepresivos– en las personas que viven en 19 residencias geriátricas de la ciudad de Barcelona y valorar su utilización.

### Material y método

Estudio descriptivo transversal de todos los residentes usuarios del Institut Català de la Salut (ICS) que llevaban un año o más en 19 residencias geriátricas de la ciudad de Barcelona valorados en 1998 por una unidad de atención domiciliaria geriátrica (UADG) del ICS.

Las fuentes de información fueron las historias clínicas geriátricas realizadas por los profesionales de la UADG a cada uno de los residentes. La información sobre diagnósticos, antecedentes patológicos y tratamientos se extrajo de la documentación sanitaria de que dispone la residencia, y la referente a los trastornos de conducta y agitación, de las aportaciones del personal de la misma.

Las variables de estudio incluyeron edad, sexo, estado cognitivo y situación funcional. Para valorar el estado cognitivo se utilizaron el Miníexamen cognoscitivo de Lobo (MEC) de 0 a 35 y el «Set teste» de 0 a 40. En el primero se considera que existe deterioro cognitivo cuando las puntuaciones son inferiores a 24, y en el segundo cuando son menores de 27. Éste se propone cuando la persona es analfabeta o tiene algún problema visual, manual o bien no demuestra interés por realizar el MEC. Para valorar la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD) se utiliza la escala de Barthel de 0-100; Barthel superior a 80 indica autonomía-dependencia leve; entre 80 y 60 indica dependencia moderada; entre 59 y 20 corresponde a dependencia importante, e inferior a 20 indica dependencia grave.

Se revisaron el número de diagnósticos activos y los relacionados con el posible empleo de neurolepticos según Garrad et al<sup>6</sup>; la cantidad total de fármacos excluyendo los tratamientos de menos de un mes, las pomadas y la medicación «si precisa». Se revisó la cantidad, tipo y dosis de benzodiacepinas y neurolepticos y la cantidad y tipo de antidepresivos.

Para clasificar como inadecuadas las prescripciones de fármacos para el SNC en estas personas se han empleado los criterios publicados por Beers et al<sup>3</sup> en 1991 (tabla 1) y los que utilizaron Garrad et al<sup>6</sup>. Estos últimos se basan en los de la guía de la Health Care Financing Administration implantada en 1990, que regulan el uso de fármacos en personas que viven en *nursing homes*, considerando justificado el uso de neurolepticos ante cualquier tipo de psicosis o síndrome de demencia con ideas delirantes, trastornos de conducta o agitación. Cuando hay un diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo sin otros síntomas, no estaría justificado su uso.

Los datos se han informatizado con el programa Access y se han explotado con el programa estadístico SPSS-PC V4.0. Se han calculado proporciones, medidas y desviaciones estándar (DE) para la descripción de las variables. Se utiliza la prueba de la  $\chi^2$  para estudiar las diferencias estadísticas de proporciones y la de la t de Student para la comparación de medias.

### Resultados

Las 384 personas valoradas tenían una media (DE) de edad de 83 (2,0) años; 198 (51,6%) tenían 85 años o más. Las mujeres presentaron de forma significativa ( $p < 0,001$ ) una mayor dependencia en las AVD y un mayor deterioro cognitivo. Después de ajustar estas variables por edad,

TABLA 1

### Fármacos potencialmente inadecuados para el sistema nervioso central (n = 384)

Fármacos*	%
Fármacos que se deben evitar	
BNZ de vida media larga	12,5
Amitriptilina	1,3
Asociaciones AD-antipsicóticos**	2,9
Barbitúricos de acción corta	0
Fármacos que se deben evitar a determinadas dosis	
Lorazepam > 3 mg	0,52
Haloperidol > 3 mg***	1,04
Tioridazina > 30 mg***	1,65
Oxazepam > 60 mg; alprazolam > 2 mg; temazepam > 15 mg; zolpidem > 5 mg; triazolam > 0,25 mg	0
Fármacos que no deben superar un determinado período de consumo	
BNZ de vida media corta no son recomendables durante más de un mes: triazolam (1), alprazolam (25) Oxazepam	6,7
	0

\*Clasificación según Beers et al<sup>3</sup>. \*\*Benzodiacepinas (BNZ) de vida media larga con antidepresivos (AD) tricíclicos o neurolepticos; \*\*\*estas dosis se aceptan cuando hay un diagnóstico de psicosis orgánica.

se mantuvo la significación estadística solamente para los mayores de 85 años.

Entre los residentes, 161 (42%) presentaban una dependencia importante o grave en las AVD. En los 233 residentes con índice de Barthel igual o inferior a 80 (60,7%), los tres diagnósticos principales causantes de la dependencia en las AVD fueron el síndrome de demencia (45,9%), seguido por las enfermedades osteoarticulares (27,4%) y el accidente vascular cerebral (9,8%); 210 residentes (54,7%) presentaban alteración en los exámenes que valoraban la alteración cognitiva. La media de diagnósticos fue de 3 (1,4) por residente.

La media de fármacos fue de 5 (2,7) y la de fármacos para el SNC fue de 1,06 (0,98) por persona; los tomaban 248 residentes (64,6%), que se distribuían de la siguiente forma: 123 (32%) tomaban uno, 92 (24%) tomaban dos, 30 (7,8%) tomaban tres y 3 (0,8%) tomaban cuatro; 179 residentes (46,6%) tomaba benzodiacepinas, 81 (21,1%) neurolepticos y 73 (19%) antidepresivos. Del total de antidepresivos prescritos, el 64,4% eran inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y el 26% tricíclicos. La distribución del uso de psicotropos según diagnósticos queda reflejada en la tabla 2. Al analizar los fármacos potencialmente inadecuados destacaba que 48 personas (12,5%) tomaban benzodiacepinas de vida media larga y 25 (6,5%), alprazolam de forma prolongada; el resto de prescripciones inadecuadas según Beers et al están detalladas en la tabla 2. Según los criterios de Garrad et al, de los 81 residentes que tomaban neurolepticos, se justificaba su uso en 37 (45,6%), en 21 (26%) no estaría justificado y en 23 (28,4%) se consideró dudosa su utilización porque tenían un diagnóstico de demencia o alteración cognitiva que, sin embargo, no se acompañaban de trastornos de la conducta y/o agitación, o viceversa.

## Discusión

Nos hallamos ante una población de ancianos de edad avanzada con múltiples enfermedades, polifarmacia, gran dependencia física y alteración cognitiva similar a la de otros estudios<sup>7</sup>.

El grupo de fármacos para el SNC más prevalente en este estudio es el de las benzodiacepinas. Este grupo de población es especialmente vulnerable a los efectos adversos de los fármacos en general, y al de las benzodiacepinas en particular, debido a las características propias del envejecimiento<sup>3,7,8</sup>. En la práctica clínica diaria resulta difícil evitar el uso de las benzodiacepinas y delimitar el período de consumo teniendo en cuenta las recomendaciones de su uso, y en especial en los ancianos. No obstante, se han de realizar esfuerzos para seleccionar aquellos que presentan

TABLA 2

### Distribución del tratamiento psicotrópico según el diagnóstico (uno solo o más de uno)

	NL	AD	BNZ	NL + BNZ	BNZ + AD	NL + AD	NL + AD + BNZ
Deterioro cognitivo (n = 60)	24	7	37	15	6	2	1
Síndrome de demencia (n = 65)	23	9	26	10	2	2	1
Psicosis orgánica (n = 21)	11	2	10	4	6	2	1
Síndrome depresivo (n = 43)	6	28	30	4	20	3	1
Otras enfermedades psiquiátricas (n = 21)	4	7	11	2	4	1	0
Otras enfermedades no psiquiátricas (n = 190)	18	20	75	6	12	1	0

NL: neurolepticos; AD: antidepresivos; BNZ: benzodiacepinas.

mejor perfil de seguridad en este grupo de población. El insomnio y la ansiedad son síntomas frecuentes en el anciano, y la causa del consumo elevado de benzodiacepinas. A menudo estos síntomas pueden ser manifestaciones de un estado depresivo que a veces resulta difícil identificar<sup>8</sup>. Sorprende la baja utilización de antidepresivos teniendo en cuenta que los trastornos depresivos se asocian a enfermedades crónicas, que los trastornos de adaptación se pueden presentar con sintomatología depresiva y que el 50% de los dementes presentan síntomas depresivos. Por otra parte, actualmente los ISRS son también una opción terapéutica en el control de los trastornos de conducta en los dementes<sup>9</sup>. Encontramos con un consumo considerable de antidepresivos tricíclicos, y amitriptilina en particular. No obstante, casi tres cuartas partes de los antidepresivos del estudio son ISRS, que son fármacos de elección para la depresión en el anciano, con una eficacia similar a los tricíclicos y con menos efectos secundarios<sup>10</sup>.

Casi una cuarta parte de las personas estudiadas consumía neurolepticos, cifra equiparable a la de otros trabajos publicados<sup>6,7</sup>. Siguiendo los criterios de Garrad et al se ha objetivado una utilización inadecuada de éstos en el 26% de los casos de nuestro estudio. Conociendo los riesgos del uso de neurolepticos, entre los que cabe destacar el empeoramiento de la memoria y del nivel cognitivo, antes de prescribirlos se debe hacer una valoración integral del residente, utilizar medidas no farmacológicas y tener en cuenta posibles modificaciones ambientales<sup>4</sup>.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. La información se recogió de la historia clínica, que puede no incluir todos los datos del residente; los diagnósticos se recogen de informes hospitalarios o del médico de cabecera, donde la mayoría de los diagnósticos neuropsiquiátricos no van acompañados de los criterios más utilizados para su diagnóstico como es el DSM-IV. Además, no se consideran los fármacos «administrados a demanda» ni los tratamientos de menos de

un mes. Esto comporta que algún resultado pueda estar supervalorado y otros infravalorados. Aun así, los datos obtenidos nos ayudan a aproximarnos a una descripción de la realidad en nuestro ámbito.

Los resultados de este estudio indican que en las residencias geriátricas es necesario reducir el consumo de benzodiacepinas de vida media larga, favorecer el buen uso de los neurolepticos y facilitar una identificación correcta de los estados depresivos. En definitiva, es preciso mejorar las prescripciones inadecuadas de fármacos y, en consecuencia, la calidad de vida del anciano. El uso racional del medicamento constituye un elemento básico en la promoción de la salud de todos los enfermos, especialmente de los más frágiles.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fidalgo García ML, Muñoz García JC, Millán Pacheco F, Castro de la Vega A, Benavente Moreira I, González González JC et al. Prescripción farmacéutica en residencias de ancianos de dos municipios. Comparación con ancianos ambulatorios. Medifam 1998; 8: 287-296.
- Rodríguez F, Martínez B, Saucedo R, Cobos F, García Morillas M, Luna J et al. Aspectos diferenciales sobre la prescripción de fármacos en ancianos residentes de la zona noreste de Granada: estudio sobre 366 individuos. Med Clin (Barc) 1993; 100: 24-27.
- Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. Arch Intern Med 1991; 151: 1825-1832.
- Moore AR, O'Keeffe ST. Drug-induced cognitive impairment in the elderly. Drugs Aging 1999; 1: 15-28.
- Vestal RE. Aging and pharmacology. Cancer 1997; 80: 1302-1309.
- Garrad J, Makris L, Dunham T, Heston LL, Cooper S, Rother ER et al. Evaluation of neuroleptic drug use by nursing home elderly under proposed Medicare and Medicaid regulations. JAMA 1991; 265: 463-467.
- Llorente MD, Olsen EJ, Leyva O, Silverman MA, Lewis JE, Rivero J. Use of antipsychotic drugs in nursing homes: current compliance with OBRA regulations. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 198-201.
- Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. Drugs 1994; 48: 25-40.
- Pujol J., de Azpiazu E., Codina E., Palao D. IRS en el tratamiento de la agitación en demencias. Psiquiatría Biológica 1994; 1: 8-11.
- Anderson IM. SSRIs versus tricyclic antidepressants in depressed inpatients: a metaanalysis of efficacy and tolerability. Depress Anxiety 1998; 7: 11-17.