

CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS POR IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: INAPROPRIAÇÃO, QUALIDADE DE SONO E CONTRIBUTO PARA A SEGURANÇA NA MEDICAÇÃO

Graça, Anabela¹, Coelho, André. ¹
¹ Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

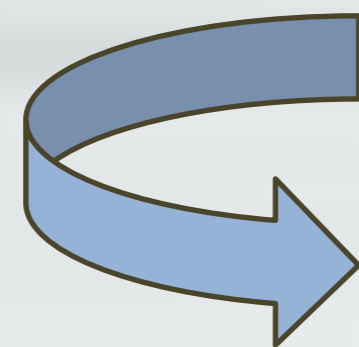
INTRODUÇÃO E OBJETIVO

A racionalização do uso de medicamentos constitui-se como um fator contribuinte para a melhoria da segurança do doente, no que respeita à segurança da medicação e do medicamento, especialmente quando este é administrado a idosos¹⁻⁵.

A avaliação do uso de medicamentos potencialmente inapropriados no idoso constitui-se como uma medida que concorre para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos associados ao seu uso⁴⁻⁵.

As benzodiazepinas (BZD) são uma das classes de medicamentos mais prescritas em idosos. No entanto, e apesar da sua utilidade clínica algumas são consideradas inapropriadas nesta faixa etária por potenciarem o efeito sedativo e aumentar a incidência de quedas e fraturas⁶⁻⁹.

A longo prazo, na promoção da qualidade do sono, a sua efetividade é discutível já que a toma de uma benzodiazepina para a resolução de um problema como o sono, muitas vezes pontual, passa a ser um problema crónico de exigência de toma contínua, sem que a qualidade deste seja restabelecida, pondo em risco a segurança do doente⁶⁻¹¹.



Caracterizar o consumo de benzodiazepinas por idosos institucionalizados, numa instituição de longa permanência do concelho de Sesimbra, sua inapropriação e a relação com a qualidade de sono

MATERIAIS E MÉTODOS

ESTUDO DESCRITIVO E TRANSVERSAL

POPULAÇÃO: 97 utentes

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- idade igual ou superior a 65 anos,
- capacidade funcional medida pelo índice de Katz¹²,
- anuência de “consentimento informado”.

AMOSTRA: 51 utentes

RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Realizou-se em Junho de 2012 e compreendeu:

1. Registo em grelha própria de informação de dados de caracterização sociodemográfica e do consumo de BZD;
2. Aplicação do índice de Katz: para determinar a capacidade funcional e grau de dependência dos participantes para as atividades diárias.
3. Aplicação do questionário adaptado do Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) com vista à avaliação da qualidade do sono dos participantes, no mês anterior ao da recolha da informação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Amostra constituída por 51 participantes, maioritariamente (68,6%) do sexo feminino.

Média de idades de 78,8±9,0 anos, na sua maioria (72,5%) independentes nas suas atividades diárias (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e de consumo de benzodiazepinas.

Variáveis Sociodemográficas / Consumo de benzodiazepinas	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	25	73,5	10	58,8	35	68,6
	Masculino	9	26,5	7	41,2	16	31,4
Idade (media±desvio-padrão)	78,2±9,2		80,1±8,3		78,8±9,0		
Regime de Institucionalização	Lar-dependente	2	5,9	0	0,0	2	3,9
	Lar-semi-dependente	9	26,5	3	17,7	12	23,5
	Lar-independente	23	67,6	14	82,3	37	72,6

Tabela 2 – Caracterização do consumo de benzodiazepinas (incluindo zolpidem).

Benzodiazepinas	Dosagem	N	% (N=39)
Lorazepam	1 mg	4	11,8
	2,5 mg	6	17,7
Zolpidem	10 mg	6	17,7
Clonazepam	0,5 mg	2	5,9
	2 mg	3	8,8
Estazolam	2 mg	4	11,8
Loflazepato de etilo	0,5 mg	1	2,9
	2 mg	2	5,9
Diazepam	5 mg	4	11,8
Midazolam	15 mg	1	2,9
Alprazolam	0,5 mg	3	8,8
Mexazolam	1 mg	1	2,9
Bromazepam	3 mg	1	2,9
Clozazolam	2 mg	1	2,9
Total		39*	100,0

*Alguns idosos consomem mais do que uma benzodiazepina.

66,7% dos participantes do estudo referiram ter consumido BZD no mês anterior à recolha da informação, não se verificando diferenças entre sexos (p=0,401).

46% das benzodiazepinas consumidas são de duração intermédia e 36% de longa duração de ação, sendo o lorazepam 2,5 mg, a BZD mais consumida.

Pela aplicação dos critérios de Beers, 18 (46,2%) das BZD consumidas apresentam um grau elevado de inapropriação no idoso (Tabela 2).

Tabela 3 – Consumo de benzodiazepinas e qualidade do sono.

	PSQI				Total	P*		
	Com qualidade de sono (PSQI > 5)		Sem qualidade de sono (PSQI ≤ 5)					
	N	%	N	%				
Consumo de benzodiazepinas	Sim	3	23,1	31	81,6	34	66,7	
	Não	10	77,0	7	18,4	17		33,3
	Total	13	100	38	100	51		

*Teste do Qui-Quadrado

Apenas 11 (21,6%) idosos apresentam boa qualidade do sono (PSQI ≤ 5), não se verificando diferenças entre sexos (p=0,541).

O consumo de BZD não só não melhora a qualidade do sono como são os idosos que as consomem que apresentam pior qualidade de sono (p<0,05) (Tabela 3)

CONCLUSÕES

Apesar do consumo de BZD ser elevado, tal não contribuiu para a melhoria da qualidade do sono, já que são os consumidores de BZD que apresentam uma pior qualidade de sono, nas suas várias dimensões.

Em praticamente metade das situações o consumo de BZD apresenta um grau elevado de inapropriação, o que contribui para o aumento do risco associado à sua utilização pondo em causa a segurança do doente.

Deverão ser desenvolvidas estratégias que permitem reduzir a inapropriação do uso destes medicamentos, nomeadamente através da melhor adequação da terapêutica às características intrínsecas destes utentes institucionalizados.

1. World Health Organization. Fifty-fifth world health assembly a55/13, provisional agenda item. Quality of care: patient safety. 2002. 2. Reason, J. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. Quality and safety in health care. 2004;13 (suppl_2): ii28-ii33. 3. Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P., & Leite, E. Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. Revista Saúde Trabalho. 2009; 7: 5-29. 4. Araújo C, Ceolim M. Sleep quality of elders living in long-term care institutions. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3): 619-26. 5. Cook JM, Blyanova T, Thompson R, Coyne JC. Older Primary Care Patients' Willingness to Consider Discontinuation of Chronic Benzodiazepines. Gen Hosp Psychiatry. 2007;29(5): 396-401. 6. Clemente V. Como tratar os doentes com insónia crónica? O contributo da Psicologia Clínica. Rev Port Clin Geral. 2006;22: 635-44. 7. Mousavi F, Tavabi A, Iran-Pour E, Tabatabaei R, Golestan B. Prevalence and Associated Factors of Insomnia Syndrome in the Elderly Residing in Kahrizak Nursing Home. Iran J Public Health. 2012;41(1): 96-106. 8. Morin, C. Contributions of Cognitive-Behavioral Approaches to the Clinical Management of Insomnia. Primary Care Companion J Clin Psychiatry. 2002;4: 21-26. 9. Guimarães S, Moura D, Silva PS. Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas. 2006. Porto Editora: 5ª edição. 9. Direção-Geral da Saúde. Tratamento sintomático da ansiedade e insónia com benzodiazepinas e fármacos análogos. Norma n.º 055/2011 de 27/12. 10. Antunes, E. Insónia e tratamento. Portugal: Universidade de Lisboa, Dissertação de mestrado. 2008. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1081/3/16978_DisserParte2.pdf. 11. Shelkey M, Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. The Gerontological Society of America. 2012;2. 12. Smyth C. The Pittsburgh Sleep Quality Index. New York University College of Nursing. 2012;28(2): 193-213. 13. Soares MA, Fernandez-Llímós F, Lança C, Cabrita J, Morais JA. Operacionalização para Portugal: critérios de Beers de medicamentos inapropriados nos doentes idosos. Acta Médica Portuguesa. 2008;21(5): 441-452.