

Utilización de psicofármacos en un centro sociosanitario

S. Redondo Capafons, C. Monsó Fernández¹, M. R. Garriga Biosca, R. Pla Poblador, S. Quintana Riera², G. Porta Rius¹

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Mútua de Terrassa. ¹Centre Socio-Sanitari "Residència L'Ametlla del Vallés". ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona

Resumen

Objetivo: Analizar la utilización de psicofármacos en un centro sociosanitario y compararlo con las guías de recomendación existentes.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal del perfil farmacoterapéutico de los residentes ingresados en un centro sociosanitario. Las fuentes de información fueron las prescripciones médicas y las historias clínicas del centro. Se evaluaron variables demográficas, del tratamiento con psicofármacos, fecha de inicio, dosis y combinaciones, indicación y número total de medicamentos estudiados.

Se compararon los resultados con la bibliografía y las guías de prescripción existentes.

Resultados: Tomaban psicofármacos 45 de los 70 pacientes estudiados observándose que el 51,1% estaban siendo tratados con fármacos neurolépticos, el 42,2% con antidepresivos, el 6,7% con ansiolíticos. El 62% eran mujeres. La edad media global fue de 80,3 años. El número medio de psicofármacos por paciente fue 1,6 y del total de medicamentos 10,5.

Los psicofármacos más utilizados fueron risperidona, lorazepam y citalopram. La asociación más frecuente fue neuroléptico más benzodiazepina. La indicación y dosis prescritas eran adecuadas según ficha técnica, aunque se observaron pautas de prescripción desaconsejadas.

Conclusiones: Los resultados del estudio aconsejarían controlar la duración de los tratamientos con benzodiazepinas, asegurar el diagnóstico de los estados depresivos y realizar un adecuado seguimiento de las asociaciones entre psicofármacos.

Palabras clave: Psicofármacos. Prescripción. Seguimiento. Utilización de medicamentos. Centro sociosanitario.

Summary

Objective: To analyse the use of psychoactive drugs in a health and welfare centre and compare this use with current guidelines.

Method: A cross-sectional study of the drug treatment regime of hospitalised patients in a health and welfare centre was carried out. Information was obtained from prescriptions and the clinical histories of patients in the centre. The following variables were assessed: demographic data, treatment with psychoactive drugs, date of commencing treatment, dosage, drug combinations, indication and total number of drugs analysed.

The results were compared with the literature and current prescription guidelines.

Results: 45 of the 70 patients analysed were taking psychoactive drugs: 51.1% were being treated with neuroleptic drugs, 42.2% with antidepressants, and 6.7% with anxiolytic agents. 62% were women. The overall mean age was 80.3 years old. The average number of psychoactive drugs administered to each patient was 1.6 and the average number of total drugs prescribed was 10.5.

The most frequently administered psychoactive drugs were risperidone, lorazepam and citalopram. The most frequent association was neuroleptic drugs with benzodiazepine. The indication and dosage prescribed were appropriate according to the data sheet, although some inappropriate prescription practices were observed.

Conclusions: The results of the study would recommend controlling the duration of treatment with benzodiazepine, confirming the diagnosis of states of depression and correctly monitoring the associations between psychoactive drugs.

Key words: Psychoactive drugs. Prescription. Monitoring. Drug use. Health and welfare centre.

Redondo Capafons S, Monsó Fernández C, Garriga Biosca MR, Pla Poblador R, Quintana Riera S, Porta Rius G. Utilización de psicofármacos en un centro sociosanitario. Farm Hosp 2006; 30: 173-176.

Recibido: 27-04-2006
Aceptado: 17-04-2007

Correspondencia: Susana Redondo Capafons. Hospital Mútua de Terrassa. Plaza Dr. Robert, 5. 08221 Terrassa, Barcelona. e-mail: ceichmt@mutuate-rrassa.es

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la depresión entre la población geriátrica se estima entre el 12-15%. Este valor se incrementa en ancianos institucionalizados¹. Para el paciente geriátrico, la enfermedad física es el precipitante más común del trastorno depresivo y está asociada en un 20-40% de los casos con enfermedades oncológicas, cardiovasculares (18%), trastornos neurológicos, artritis reumatoide (15-17%) y diabetes (8,5-27%)². La elección de un antidepresivo es especialmente problemática en los pacientes ancianos debido a su susceptibilidad a los efectos adversos y a las interacciones farmacológicas por ser, mayoritariamente, pacientes polimedicados.

La prescripción de benzodiazepinas en ancianos es elevada, principalmente para el tratamiento del insomnio y la ansiedad que presentan con frecuencia. En este grupo de pacientes se observa una prolongación de la vida media plasmática de estos medicamentos que se ha relacionado con un aumento del riesgo de caídas y fracturas de cadera³.

Los antipsicóticos son eficaces para resolver los problemas cognitivos de los pacientes ancianos, especialmente los relacionados con la demencia^{4,5}. Es necesario individualizar su dosis especialmente en los ancianos delicados y/o mayores de 80 años⁴. En los últimos años se han publicado numerosos artículos que cuestionan la idoneidad de los antipsicóticos en la población anciana, observando más de un 50% de uso inadecuado⁶⁻¹².

El programa "*Omnibus Budget Reconciliation Act*" (OBRA) regula en Estados Unidos la calidad de la prescripción psicofarmacológica en centros con pacientes geriátricos crónicos y desde su implementación en 1987 ha disminuido la utilización de antipsicóticos en un 50%^{6,10,11}.

En Catalunya existen diversas guías de prescripción en geriatría como la "*Guia farmacoterapèutica Marc per a Centres Geriàtrics residencials socials*" editada por el CatSalut¹³ en el año 2000 o la "*Guía terapèutica en Atenció Primària basada en la Evidència*"¹⁴ editada en el año 2004. Estas guías, a pesar de no ser tan específicas para psicofármacos como el programa OBRA, ofrecen una serie de recomendaciones para la prescripción de los mismos.

El *objetivo* de este trabajo es analizar la utilización de psicofármacos en un centro sociosanitario y comparar con la bibliografía revisada y las guías de recomendación existentes.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal mediante dos cortes de prevalencia en los meses de junio y diciembre de 2005. Se revisó el perfil farmacoterapéutico de los residentes ingresados en un centro sociosanitario que atiende a 88 pacientes de varios programas entre los que están el

Programa Geriátrico de Residencia Asistida (Programa de "*Vellesa*" del *Institut Català d'Atenció Socio-Sanitària-ICASS, Conselleria de Benestar i Família*) y el Programa de Larga Estancia Sociosanitaria "*Vida als Anys*"-PVAA del SCS.

A partir de las prescripciones recogidas en las historias clínicas se identificaron los fármacos neurolépticos, anti-depresivos y ansiolíticos con tratamientos de duración superior a seis semanas.

Las variables de estudio fueron: edad y sexo, dosis diaria, indicación, diagnóstico o causa que motivó la prescripción del medicamento y fecha de inicio de la misma, número total de medicamentos estudiados y de fármacos por paciente.

Se compararon los resultados con la bibliografía revisada y con las guías de prescripción referenciadas, también se contrastó su coincidencia con las indicaciones autorizadas en la ficha técnica de los medicamentos revisados.

RESULTADOS

Se revisaron los perfiles farmacoterapéuticos de 70 pacientes de los cuales un 70% eran mujeres, cuya edad media global era de 80,5 años (42-99). Tomaban los psicofármacos del estudio 45 de los 70 pacientes (edad media 80,3 años; 42-99), de los cuales un 62% eran mujeres. De ellos se observó que el 51,1% (IC95% 37,6-65,8) estaban siendo tratados con fármacos neurolépticos, el 42,2% (IC95% 26,8-60,9) con antidepresivos y el 6,7% (IC95% 4,3-9,5) con ansiolíticos.

El número medio de psicofármacos por paciente fue de 1,6 (0-3) y la media de medicamentos prescritos de 10,5 (0-16). La distribución de los fármacos neurolépticos en los pacientes estudiados se muestra en la tabla I.

El neuroléptico significativamente más utilizado respecto al uso de los demás neurolépticos estudiados fue la risperidona (64,5%) ($p < 0,001$), generalmente en forma de solución. La dosis más habitual fueron 23 gotas diarias, siendo la dosis más elevada de 65 gotas al día en un único paciente. La olanzapina fue el segundo neuroléptico más utilizado, aunque en menor porcentaje (19,4%). Las dosis oscilan entre 2,5 y 5 mg al día. Tanto para la risperidona como para la olanzapina, la dosificación es adecuada para este grupo de población. La indicación de los neurolépticos fue para el tratamiento de la psicosis y la agitación propias de la demencia.

La benzodiazepina significativamente más utilizada respecto a los demás ansiolíticos estudiados fue lorazepam (42,8%) ($p = 0,004$) a dosis de 1 mg diario. En segundo lugar se observó el uso de alprazolam (25%) a dosis de 0,25 a 1 mg al día, aunque la frecuencia de prescripción es cercana a la mitad.

Las dosis están dentro de los márgenes recomendados para este grupo de edad.

La indicación para la que se prescribieron fue el tratamiento del insomnio y la ansiedad. La duración de los tratamientos fue superior a seis meses.

Tabla I. Utilización de los distintos fármacos individuales

<i>Neurolépticos</i> Nº de pacientes (%)	<i>Risperidona (1)</i> 20 (64,5)	<i>Olanzapina</i> 6 (19,4)	<i>Tioridazina</i> 2 (6,5)	<i>Levomepromazina</i> 1 (3,2)	<i>Clozapina</i> 1 (3,2)	<i>Haloperidol</i> 1 (3,2)
<i>Benzodiazepinas</i> Nº de pacientes (%)	<i>Lorazepam (2)</i> 12 (42,8)	<i>Alprazolam</i> 7 (25)	<i>lormetazepam</i> 4 (14,3)	<i>Diazepam</i> 2 (7,2)	<i>Midazolam</i> 2 (7,2)	<i>Clonazepam</i> 1 (3,5)
<i>Antidepresivos</i> Nº de pacientes (%)	<i>Citalopram (3)</i> 7 (36,8)	<i>Fluoxetina</i> 6 (31,6)	<i>Paroxetina</i> 4 (21%)	<i>Sertralina</i> 1 (5,3%)	<i>Trazodona</i> 1 (5,3%)	

(1): $p < 0,001$; (2): $p = 0,004$; (3): $p = 0,06$.

El antidepresivo más utilizado fue el citalopram (36,8%) a dosis de 20 mg al día, seguido de fluoxetina (31,6%) a la misma dosis. La frecuencia de prescripción es similar. No hay diferencias significativas ($p = 0,06$) entre el uso de los distintos antidepresivos, siendo la dosificación adecuada.

La indicación fue para el tratamiento de la depresión y estados depresivos.

Globalmente, los psicofármacos más prescritos fueron los neurolépticos, seguido de los antidepresivos.

Las combinaciones de psicofármacos se muestran en la tabla II. En 16 pacientes se observó la combinación de dos de los medicamentos estudiados y en cuatro pacientes la combinación fue de tres. Las asociaciones más frecuentes fueron neuroléptico más benzodiazepina y, en menor porcentaje, benzodiazepina más antidepresivo.

Tabla II. Utilización de combinaciones de psicofármacos

<i>Combinaciones psicofármacos</i>	<i>Pacientes n (%)</i>
Neuroléptico + benzodiazepina	7 (35)
Neuroléptico + antidepresivo	2 (10)
Benzodiazepina + antidepresivo	4 (20)
Neuroléptico + benzodiazepina + antidepresivo	3 (15)
2 benzodiazepinas	2 (10)
2 benzodiazepinas + antidepresivo	1 (5)
2 neurolépticos	1 (5)

DISCUSIÓN

La población de pacientes analizada en este estudio son ancianos de edad avanzada, con patologías crónicas, polimedicados, con dependencia física y alteración cognitiva similar a otros estudios^{8,15}. El hecho de que los psicofármacos más prescritos sean los neurolépticos (risperidona y olanzapina) y que las dosis utilizadas hayan sido bajas, se ajustaría a las recomendaciones publicadas¹⁶.

La risperidona es eficaz para el control de la sintomatología psiquiátrica (alteraciones conductuales) secundaria a la afectación de funciones superiores que generan los procesos demenciales^{5,6}. Es el neuroléptico de primera elección en el centro por su facilidad de dosificación, la

poca somnolencia atribuible a su uso y la baja incidencia de fenómenos extrapiramidales y de alteraciones de la tensión arterial⁵. La olanzapina es una alternativa en pacientes en los que otros neurolépticos no han conseguido controlar la sintomatología conductual.

Actualmente existen estudios^{17,18} que demuestran que el uso de antipsicóticos atípicos en pacientes con demencia no está asociado con un aumento del riesgo de accidentes cerebrovasculares y que los neurolépticos convencionales se asocian con un mayor riesgo (doble) de efectos adversos graves cardiovasculares (arritmia ventricular y paro cardíaco)¹⁸.

El hecho de que los fármacos neurolépticos estén prescritos en exceso en las residencias geriátricas, puede ser debido a que no se interrumpa o reevalúe el tratamiento de los pacientes⁵. Casi la mitad de los pacientes en este estudio estaban tratados con fármacos neurolépticos, lo que supone el doble de la cifra que comunican otros trabajos publicados^{7,19}.

Podría resultar interesante implantar una guía tipo OBRA que realice un seguimiento continuado con indicadores de calidad cuantitativos de los psicofármacos, de su efectividad y de sus efectos secundarios para regular su utilización.

El segundo grupo de psicofármacos más prescrito son las benzodiazepinas. La utilización de aquellas con corta semivida y la dosificación de lorazepam y de alprazolam se ajustan a las recomendaciones de la bibliografía revisada⁹⁻¹¹. Su principal indicación en ancianos son como ansiolíticos. El uso de benzodiazepinas de semivida corta es más recomendable en el paciente geriátrico que las de vida media larga puesto que estas se han relacionado con una mayor frecuencia de caídas en ancianos, mayor sedación diurna, incontinencia y empeoramiento del rendimiento cognitivo.

Se recomienda no prolongar su administración más de cuatro-seis meses y discontinuar el tratamiento de manera lenta⁴, aunque aún sería más recomendable no utilizarlas durante periodos superiores a un mes. La duración de los tratamientos en el centro es superior a seis meses en todos los casos, creemos que esta discordancia podría ser debida a que en la práctica clínica resulta difícil delimitar el periodo de utilización si el paciente está estable. Estos resultados coinciden con los datos publicados en otros estudios revisados^{7,15} aunque hay que tener en cuenta que

en la selección de pacientes se eliminaron aquellos cuya duración fuera inferior a seis semanas que serían los que cumplirían con las recomendaciones consultadas.

Teniendo en cuenta la bibliografía revisada y las guías de recomendación consultadas, observamos algunos puntos en los que no hay consenso como el uso de diazepam y clonazepam que no sería recomendable^{9,11,20} y además sería grave según Gray¹⁵. No se considera así en las guías publicadas en Catalunya^{13,14} que contemplan que estos fármacos serían de uso común en el paciente anciano. Al igual que otros autores^{9,10}, McLeod¹¹ recomienda la utilización de benzodiazepinas de acción corta, aunque desaconseja su utilización.

Los antidepresivos de elección en la población anciana son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que presentan una eficacia similar a los antidepresivos tricíclicos con menor perfil de efectos secundarios. Todos los antidepresivos analizados en este estudio corresponden a este grupo.

El uso de antidepresivos en este estudio es sorprendentemente bajo teniendo en cuenta la elevada asociación de depresión con las patologías crónicas y con el grado de prevalencia de la depresión en los ancianos institucionalizados¹. Pensamos que podría existir una infravaloración

de los síntomas depresivos a causa de la elevada presencia de demencias en este tipo de pacientes.

Respecto a las combinaciones de psicofármacos, la más frecuente fue neuroléptico con benzodiazepina en el tratamiento de la demencia con niveles de ansiedad importantes y para el control de la ansiedad en pacientes con patología psiquiátrica crónica tratada con neurolépticos.

Según Brañas³ en lugar de prescribir combinaciones de psicofármacos, debería intentarse administrar un único fármaco neuroléptico que ejerza doble acción, aunque en las guías de referencia^{13,14} de nuestro país no consta ninguna recomendación al respecto. Las combinaciones de neuroléptico con antidepresivo utilizadas en el centro estarían desaconsejadas según Beers⁹ aunque en las guías de referencia^{13,14} no consta ninguna recomendación que desaconseje su combinación.

En lo referente a la triple combinación neuroléptico con benzodiazepina y con antidepresivo debería realizarse una revisión del tratamiento según las recomendaciones de Beers⁹, especialmente por la combinación neuroléptico con antidepresivo. En menor porcentaje se observó la combinación de benzodiazepina con antidepresivo sin observar en la bibliografía revisada ninguna recomendación que la desaconseje.

Bibliografía

1. Casas Martínez A, Calonge Raventós M, Fernández Fuertes I. Utilización de antidepresivos en una residencia sociosanitaria asistida. *Farm Hosp* 2003 (Supl. 1); 27: 169.
2. Mendlewicz J. El espectro amplio de la depresión comórbida: Implicaciones para el tratamiento. *Eur Psychiatry* 1998; 5: 352-63.
3. Brañas Baztán F, Serra Reixach JA. Orientación y tratamiento del anciano con demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2002; 26: 65-77.
4. Maleta G, Mattox KM, Dysken M. Guidelines for prescribing psychoactive drugs in the elderly. Part 2. *Geriatrics* 1991; 46: 52-60.
5. Dopp Ph. Atypical antipsychotics (including risperidone and olanzapine): Indications in dementia. *Geriatrics and Aging* 2000; 3.
6. Madhusoodanan S, Brenner R. Update on risperidone use in elderly patients: A review. *Clin Geriatr* 2001; 9.
7. Garrard J, Makris L, Dunham T, Heston LL, Cooper S, Ratner ER, et al. Evaluation of neuroleptic drug use by nursing home elderly under proposed medicare and medicaid regulations. *JAMA* 1991; 265: 463-7.
8. Garolera D, Vendan G, Gras R, Benaque A, San Jose A, Vilardell M. Utilización de fármacos para el sistema nervioso central en residencias geriátricas. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 615-6.
9. Beers M, 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: 1825-32.
10. Aparasu RR, Mort JR. Inappropriate prescribing for the elderly: Beers Criteria-Based Review. *Ann Pharmacother* 2000; 24: 338-45.
11. McLeod PJ, Huang AR, Tamblin RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for the elderly people: A national consensus panel. *Can Med Assoc J* 1997; 156: 385-91.
12. Casás Martínez A, Vázquez Freire N, Freire Rojo A. Impacto de la atención farmacéutica y alertas de seguridad en la prescripción de antipsicóticos atípicos en una residencia sociosanitaria asistida. *L Congreso Nacional de la SEFH. Oviedo. Farm Hosp* 2005; 29: 7.
13. CatSalut. Guia farmacoterapèutica marc per a centres geriàtrics residencials socials. 1ª ed. Barcelona; 2000.
14. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía Terapéutica en Atención Primaria basada en la evidencia. 2ª ed. Barcelona; 2004.
15. Gray SL, Hedrick SC, Rhinard EE, Sales AE, Sullivan JH, Tornatore JB, et al. Potentially inappropriate medication use in community residential care facilities. *Ann Pharmacother* 2003; 37: 988-93.
16. Ortiz Lobo A, De la Mata Ruiz I. Nuevos antipsicóticos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2001; 25: 1-8.
17. Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, Lee PE, Sykora K, Gunraj N, et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: Population based retrospective cohort study. *BMJ* 2005; 24: 1-6.
18. Liperoti R, Gambassi G, Lapane KL, Chiang C, Pedone C, Mor V, et al. Conventional and atypical antipsychotics and the risk of hospitalization for ventricular arrhythmias or cardiac arrest. *Arch Intern Med* 2005; 165: 696-701.
19. Lázaro del Nogal M, Ribera Casado JM. Tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 1994; 18: 109-20.
20. Llorente MD, Olsen EJ, Leyva O, Silverman MA, Lewis JE, Rivero J. Use of antipsychotic drugs in nursing homes: Current compliance with OBRA regulations. *JAGS* 1998; 46: 198-201.