

Seguimiento de la utilización de antidepresivos en un hospital de agudos

S. REDONDO CAPAFONS, M. R. GARRIGA BIOSCA, R. PLA POBLADOR

Servicio de Farmacia. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona

Resumen

Objetivo: Realizar un estudio prospectivo sobre la utilización actual de antidepresivos (AD) en un hospital de agudos que permita conocer el origen de la prescripción, la indicación terapéutica, la seguridad de este grupo de medicamentos y el seguimiento de su utilización al alta hospitalaria del paciente.

Método y resultados: Para este estudio se revisaron prospectivamente durante dos meses los perfiles farmacoterapéuticos de los pacientes no psiquiátricos ingresados en el hospital en tratamiento con antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). De la historia clínica de estos pacientes se recogió: motivo de ingreso, indicación para el AD, origen de la prescripción (primaria u hospital), modificaciones en el tratamiento antidepresivo durante el ingreso, reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones con otros medicamentos y si el paciente seguía con el tratamiento antidepresivo al alta.

La media diaria de pacientes ingresados fue de 382,6 de los cuales un 4,4% recibía tratamiento AD (11-25). Un 67,5% eran mujeres y un 32,5% hombres, con una media de edad de 67 años (37-92). El total de pacientes estudiados fue de 126.

Los AD prescritos fueron un 73% (92) ISRS y un 27% (34) tricíclicos. El origen de la prescripción fue en asistencia primaria para un 79,4% de los casos (29% tricíclicos, 71% ISRS) y hospitalaria en el resto 20,6% (11 tricíclicos, 15 ISRS), $p = 0,02$. Las indicaciones para el AD fueron en un 72,2% de los casos la depresión endógena, 7,1% la depresión reactiva, 7,1% dolor neuropático, 2,4% dolor de origen oncológico y en un 11,1% estaban prescritos para indicaciones no especificadas en la historia clínica. En un 97,5% el tratamiento continuaba al alta hospitalaria.

Conclusiones: El origen de la prescripción para los AD fue habitualmente asistencia primaria. Se observó la prescripción de AD para indicaciones no aprobadas: tratamiento de demencias en ancianos, tratamiento de la timidez, tratamiento de soporte de la fibromialgia y

profilaxis de migraña. En prácticamente la totalidad de los pacientes ingresados con tratamiento AD se mantuvo la prescripción sin modificaciones durante el ingreso. En el seguimiento de los pacientes tratados con AD no se observaron interacciones clínicamente significativas que obligasen a modificar el tratamiento con los AD.

Palabras clave: Antidepresivos. Prescripción. Seguimiento.

Summary

Objective: To carry out a prospective study on the current use of antidepressants (ADs) in an acute hospital, in order to determine the prescription sources, therapeutic indications, safety and monitoring of these drugs and their use at patient discharge.

Method and results: To this end the therapeutic drug profiles of non-psychiatric inpatients treated with tri-cyclic antidepressants, selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) or monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) were prospectively reviewed. The following was collected from the patients' medical record: reason for admittance, AD indication, prescription source (primary care or in-hospital), modifications of antidepressant treatment during stay, drug-related adverse events (DRAEs), interactions with other drugs, and whether patients were still on antidepressants upon discharge.

The mean number of daily inpatients was 382.6, of which 4.4% received ADs (11-25). Females were 67.5% and males were 32.5%, with a mean age of 67 years (37-92). The total number of patients studied was 126.

Prescribed SSRIs represented 73% of cases (92), whereas tricyclic antidepressants represented 27% (34). Prescription originated in primary care for 79.4% of cases (29% tricyclics, 71% SSRIs) and within hospital for 20.6% of cases (tricyclics 11, SSRIs 15), $p = 0.02$. AD indications were endogenous depression in 72.2%, reactive depression in 7.1%, neuropathic pain in 7.1%, cancer-related pain in 2.4%, and indications not specified in medical records in 11.1%. Treatment was ongoing at patient discharge in 97.5% of cases.

Conclusions: AD prescription source was most commonly primary care. Prescription of ADs for unauthorised indications was seen: management of dementia in the elderly and shyness, support treatment for fibromyalgia, and migraine prophylaxis. In virtually all inpatients on ADs prescriptions were maintained without modification during stay. In the follow-up of patients on ADs, no clinically significant interactions leading to treatment changes were seen.

Key words: Antidepressants. Prescription. Follow-up.

Recibido: 20-06-2000

Aceptado: 03-02-2003

Correspondencia: Susana Redondo Capafons. Hospital Mútua de Terrassa. Plaza Dr. Robert, 5. 08221 Terrassa (Barcelona). Teléfono: 93-736-50-57. e-mail: farmacia@mutuaterassa.es

Nota: Este trabajo ha sido presentado parcialmente como comunicación en forma de póster en el XLVI Congreso de la SEFH celebrado en Valencia. Octubre 2001.

INTRODUCCIÓN

Son múltiples los artículos que hablan del incremento del consumo de los antidepresivos (1-8) y plantean este hecho como un problema sociológico (9-12). Antes de la introducción a finales de la década de los 80 de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los AD prescritos eran tricíclicos y/o heterocíclicos y habitualmente estaban indicados por médicos especialistas (1).

La aparición de los ISRS en el mercado (especialmente fluoxetina), no sólo despertó el interés científico, sino que se convirtió en un fenómeno sociológico (debates en televisión, literatura, prensa, etc.), que provocó y provoca aún, todo tipo de reacciones tanto a favor como en contra de su uso masivo (2,8-11).

Una de las consecuencias de la sociedad competitiva en que vivimos es el aumento de síntomas como ansiedad, estrés, angustia, depresión, etc., propios de la "sociedad del bienestar" (2). También es posible que el aumento del consumo de alcohol y drogas de abuso haya dado lugar a patologías de carácter psiquiátrico, apareciendo nuevos colectivos de personas que necesitan tratamiento.

En un estudio realizado en nuestro medio a partir de datos de consumo desde 1985 hasta 1994, se observó un incremento exponencial en la utilización de AD principalmente de los ISRS, siendo la fluoxetina y la paroxetina los más prescritos (1).

La mayor seguridad de este grupo de AD junto a una mayor facilidad en la dosificación contribuyó también a una mayor prescripción por parte de médicos generalistas, además de los especialistas, para tratar depresiones y otras indicaciones (tratamiento del dolor, trastornos de pánico, profilaxis migraña, deshabitación tabáquica) (1,3,4).

Actualmente el 90% de las depresiones son diagnosticadas y tratadas en la asistencia primaria (2-4).

Los AD (especialmente los ISRS) a pesar de ser medicamentos que precisan receta médica, son dispensados de forma habitual en muchas oficinas de farmacia por no pertenecer al grupo de psicotropos y así se ha observado que, junto con las benzodiazepinas, son los medicamentos de mayor autoconsumo en la práctica diaria (2).

Este incremento en el consumo de AD también se observó en el medio hospitalario, por este motivo se planteó realizar un estudio con el objetivo de analizar la utilización actual de los AD en un hospital de agudos para conocer el origen de la prescripción, la indicación terapéutica, la seguridad de este grupo de medicamentos y su utilización al alta hospitalaria.

MÉTODO

Para este estudio se revisaron prospectivamente durante los meses de marzo y abril de 2001, los perfiles farmacoterapéuticos de los pacientes ingresados en el hospital

que llevaban tratamiento AD (se excluyeron los pacientes ingresados en las unidades de psiquiatría y de deshabitación).

Se hizo el seguimiento de los AD incluidos en la guía farmacológica del hospital (13):

—Tricíclicos y heterocíclicos: amitriptilina, clomipramina, doxepina, imipramina, maprotilina, mianserina y trazodona.

—ISRS: citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y venlafaxina.

—IMAO: fenelzina, moclobemida y trancilpromina.

De la historia clínica de estos pacientes se recogió: edad, sexo, motivo del ingreso hospitalario, indicación para el tratamiento AD, origen de la prescripción (primaria u hospital, generalista, especialista neurólogo o psiquiatra), las modificaciones en el tratamiento AD durante el ingreso, las posibles RAM, las interacciones con el resto del tratamiento y si el paciente seguía con el tratamiento al alta hospitalaria.

Para el tratamiento se realizó una estadística descriptiva mediante el sistema estadístico SPSS.

RESULTADOS

El total de pacientes estudiados fue de 126.

La media diaria de ingresos durante el periodo fue de 382,6 de los cuales un 4,4% estaba con tratamiento AD (10 - 25 pacientes / día).

De los pacientes evaluados 67,5% eran mujeres y 32,5% hombres con una media de edad de 67 años (intervalo 37 - 92).

Los AD prescritos han sido en un 73% (92) ISRS y en un 27% (34) tricíclicos, no se ha observado ningún paciente tratado con IMAO.

Se observó que de 34 prescripciones totales con AD tricíclicos, 11 (8,7%) fueron prescritos en el hospital y 23 (18,3%) en primaria y de las 92 prescripciones de ISRS, 15 (11,9%) fueron prescritos en el hospital y 77 (61,1%) en primaria.

El origen de la prescripción y el tipo de antidepresivo está descrito en la tabla I.

Las indicaciones para las que han sido prescritos fueron en un 72,2% de los casos la depresión endógena, 7,1% depresión reactiva, 7,1% dolor neuropático, 2,4% dolor de origen oncológico y un 11,1% estaban prescritos para otras indicaciones no especificadas en la historia clínica del paciente (Tabla II).

En 123 casos (97,5%) el tratamiento continuó al alta hospitalaria, sólo en tres casos se suspendió el tratamiento: uno por RAM (diplopia por fluoxetina) y en dos ocasiones por empeoramiento de la propia patología del paciente.

En el periodo estudiado no se observaron interacciones clínicamente significativas.

La media de duración del tratamiento fue de 13 días (1-60).

Tabla I. Origen de la prescripción y tipo de antidepresivo

Tabla 1. Origen de la prescripción y tipo de antidepressivo								
	Neurólogo hospitalario	Psiquiatra hospitalario	Otro especialista hospitalario	Clínica del dolor	Médico generalista	Neurólogo primaria	Psiquiatra primaria	No Documentado
AD Tricíclico	1 (0,79%)	1 (0,79%)	7 (5,55%)	2 (1,59%)	10 (7,87%)	1 (0,79%)	10 (7,93%)	2 (1,63%)
IRSS	7(5,46%)	5(3,97%)	3(2,39%)		50 (39,75%)	12 (9,53%)	13 (10,32%)	2 (1,63%)
	6,25%	4,76%	7,94%	1,59%	47,62%	10,32%	18,25%	3,27%
	Prescripción hospitalaria 20,6% (26)				Prescripción asistencia primaria 79,4% (100)			
	p= 0,12							

Tabla II. Indicación de los AD utilizados según origen de la prescripción

							Primaria Secundaria
		Depresión endógena	Depresión reactiva	Dolor neuropático	Dolor oncológico	Otras	
Antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos	Amitriptilina 20 (15,9%)	6		1*	2		
		2		8	1		
	Clomipramina 8 (6,3%)	8					
	Maprotilina 3 (2,4%)	3					
	Imipramina 2 (1,6%)	2					
	Trazodona 2 (1,6%)	1				1*	
	Mianserina 1 (0,8%)	1					
Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)	Paroxetina 32 (25,4%)	2,6	1			2*	
		1	2				
	Fluoxetina 24 (19%)	17				1	
		2	4				
	Citalopram 15 (11,9%)	10	1			3	
		1					
	Sertralina 13 (10,3%)	8				3	
			1			1	
	Venlafaxina 5 (4%)	3				2	
	Fluvoxamina 1 (0,8%)					1	
	Total por indicación	91 (72,2%)	9 (7,1%)	9 (7,1%)	3 (2,4%)	14 (11,1%)	

* Pacientes en tratamiento con AD para indicaciones no aprobadas.

DISCUSIÓN

Los AD mayoritariamente prescritos son los ISRS y el origen de la prescripción es asistencia primaria. Estos datos coinciden con los de los artículos anteriormente mencionados (2-4). Es probable que el mejor perfil de seguridad de los ISRS, indujera en su momento a que los médicos generalistas perdieran el temor a prescribir este tipo de medicamentos antes reservado a médicos especialistas; destacar que en este seguimiento para los AD tricíclicos también se ha observado una prescripción más elevada en primaria que en el hospital. A consecuencia de este aumento, se indicó que los médicos realizaban una sobreprescripción de AD (9-12) y realizaban únicamente tratamiento sintomático de la depresión de forma que no se curaban las depresiones, sino que se disminuía su sintomatología (9).

Sin embargo, paradójicamente existen datos de que en el mundo occidental un 50% de los pacientes deprimidos queda sin diagnosticar y sin tratar y se habla de situación de infratratamiento (2).

Otra de las causas del aumento observadas ha sido la prescripción de AD para indicaciones diferentes de la depresión: como coadyuvantes en el tratamiento del dolor y en patologías asociadas a enfermedades vasculares neurológicas. Estos resultados incluyen indicaciones aprobadas y otras que no lo están todavía, a pesar de existir estudios al respecto como es el caso del tratamiento de demencias en ancianos con trazodona (14), la prescripción de paroxetina para el tratamiento de la timidez, la de amitriptilina en el tratamiento de soporte de la fibromialgia y para la profilaxis de la migraña (4).

En este seguimiento hemos observado cuatro prescripciones de AD para indicaciones no aprobadas, una demencia tratada con trazodona, dos casos de prescrip-

ción de paroxetina en trastornos de la personalidad y una prescripción de amitriptilina en una paciente afecta de fibromialgia reumatoidea.

En casi la totalidad de los pacientes ingresados con tratamiento AD, se mantiene la prescripción sin modificaciones durante el ingreso y continúa al alta hospitalaria. Creemos que esto es debido a que las estancias en el hospital por causas no psiquiátricas, no son lo suficientemente largas como para que médicos, que no conocen al paciente tanto como su médico de cabecera, efectúen cambios o suspensiones en este tipo de medicación.

En el seguimiento de los perfiles farmacoterapéuticos de los pacientes tratados con AD, no se observan interacciones clínicamente significativas. La interacción más frecuente ha sido fluoxetina-alprazolam, interacción beneficiosa por potenciar el efecto AD.

Durante los dos meses en que se realizó el seguimiento sólo se observó una RAM que obligó a suspender el tratamiento (diplopía por fluoxetina descrita en la ficha técnica). Esta baja incidencia de RAM no la atribuimos tanto al perfil de seguridad de estos medicamentos como al corto periodo de seguimiento de los mismos, debido a que la media de estancia hospitalaria se ha reducido considerablemente en los últimos tiempos.

Creemos que la evaluación clínica individual es indispensable y el seguimiento por parte del médico prescriptor muy necesario para evitar tanto el hiperconsumo como el infraconsumo de este tipo de fármacos. Es importante establecer la auténtica necesidad del individuo de ser tratado y así evitar la prolongación de los tratamientos más de lo necesario. Sería interesante recordar que estamos hablando de un fármaco y no de una "píldora que soluciona problemas", de forma que la sociedad sea consciente de la importancia del seguimiento en todos los casos y evitar la automedicación con estos psicofármacos.

Bibliografía

- Alonso MP, de Abajo FJ, Martínez JJ, Montero D, Martín-Serrano G, Madurga M. Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Med Clin* 1997; 108: 161-6.
- Carné X, Massana J. Un "mundo feliz". *Med Clin* 2001; 116: 335-6.
- Barceló ME, Fuentes I. Papel de los antidepresivos en la terapéutica (I). [en línea]. Consultas farmacoterapéuticas. <<http://www.cap-semfyc.com/Consfarm/Cf0003/Cf0003.html>>. [Consulta: 27 de marzo de 2001].
- Barceló ME, Fuentes I. Papel de los antidepresivos en la terapéutica (2). [en línea]. Consultas farmacoterapéuticas. <<http://www.cap-semfyc.com/Consfarm/cf0004/Cf0004.htm>>. [Consulta: 4 de abril de 2001].
- Carrasco P, Astasio P, Ortega P, Jimenez R, Gil A. Factores asociados al consumo de fármacos psicotrópicos en la población adulta española. Datos obtenidos a partir de las Encuestas Nacionales de Salud de España de los años 1993, 1995 y 1997. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 324-9.
- Sclar DA, Robinson LM, Skaer TL, Galin RS. Trends in prescribing of antidepressant pharmacotherapy: office-based visits, 1990-1995. *Clin Therap* 1998; 20: 871-84.
- Rosholm JU, Gram LF, Isacson G, Hallas J, Bergman U. Changes in the pattern of antidepressant use upon the introduction of the new antidepressants: prescription database study. *Eur J Clin Pharmacol* 1997; 52: 205-9.
- Bernardo M. Antidepresivos: ayer, hoy ¿y mañana? *Med Clin* 1997; 108: 180-1.
- Forum. Anti-depressants: Are they being over-prescribed? <<http://www.publicdebate.com.au/is/704/f3.html>>. [Consulta: 22 de marzo de 2001].
- Vassar C. Antidepressants should be last resort to mental disorders. *The Miscellany News*. <<http://www.studentadvantage.com/lycos/article/o,4683,c5-i54-t245-a12101,00.html>>. [Consulta: 22 de marzo de 2001].
- Marquis J. New antidepressants widely praised, but some fear overuse. *Los Angeles Times*. <<http://www.csat.org/brain/story8.htm>>. [Consulta: 21 de marzo de 2001].
- Mort JR, Aparasu RR. Prescribing potentially inappropriate psychotropic medications to the ambulatory elderly. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2825-31.
- Comisión de Farmacia y Terapéutica, Hospital Mútua de Terrassa. Guía Farmacoterapéutica 2001. 5ª Edición.
- Mintzer JE, Hoernig KS, Mirski DF. Treatment of agitation in patients with dementia. *Clin Geriatrics Med* 1998; 14: 147-75.