

Estudio comparativo del consumo de psicofármacos en residencias geriátricas

Sr. Director: El predominio de enfermedades crónicas y la presencia de pluripatologías, con importantes polifarmacia y fragilidad, son elementos que condicionan la práctica asistencial de las personas mayores, algunas de las cuales están ingresadas en instituciones como los centros residenciales geriátricos¹⁻³. Optimizar una atención farmacéutica eficaz y eficiente, así como promover acciones orientadas a difundir el uso racional de los medicamentos, son tareas cuya responsabilidad deben asumir todos los actores implicados en la prescripción de medicamentos.

Describimos la evolución del consumo de psicofármacos en la población institucionalizada de una región sanitaria en situación de práctica clínica habitual, entre los años 2001 y 2006.

Palabras clave: Farmacia. Consumo de medicamentos. Anciano. Geriatria.

Se compararon todas las prescripciones ambulatorias realizadas a cargo del Servicio Catalán de la Salud, durante los períodos de estudio.

El estudio se realizó en centros residenciales geriátricos de la Región Sanitaria Barcelona (Sede Badalona), de los sectores Barcelonés Norte y El Maresme; 107 centros en el período de referencia o de inicio y 152 centros en el período de comparación o final.

Se consideraron los principios activos pertenecientes a los subgrupos terapéuticos de antidepresivos, neurolépticos, sedantes-hipnóticos y tranquilizantes (ATC-Clasificación). La medición del consumo se realizó mediante el establecimiento de indicadores cuantitativos entre los residentes, el gasto y los envases, totales y en psicofármacos (tabla 1). La fuente de información son los diferentes ficheros facilitados por el aplicativo de seguimiento de la prescripción farmacéutica (SPF) del CatSalut. El nivel de significación se estableció para valores de $p < 0,05$ con el programa SPSS versión 12.

El número de pacientes estudiados fue de 4.795 y de 6.350 durante los años 2001 y 2006, respectivamente. El número total de envases

dispensados fue de 513.967 frente a 772.544 (incremento del 50,3%; $p < 0,001$) y el gasto total de 7.555.052,76 y 12.249.354,17 € (incremento del 62,1%; $p < 0,001$), respectivamente. El número de residentes se incrementó en un 32,4%, el promedio del gasto por residente/año fue de 1.575,61 frente a 1.929,03 €, respectivamente (incremento del 22,4%; $p < 0,001$). En psicofármacos, el porcentaje del gasto sobre el total fue del 11,8 frente al 12,8% (incremento del 7,8%; $p = 0,039$); el promedio del gasto por residente/año de 186,45 frente a 246,02 € (incremento del 31,9%; $p < 0,001$) y el promedio del gasto por envase/año de 11,60 frente a 13,50 € (incremento del 16,3%; $p = 0,028$). En la tabla 1 se detalla la distribución del consumo (envases) y del gasto de los principales principios activos de psicofármacos, durante el período de estudio. Los principios activos estudiados representan el 63,8-69,2% del consumo en envases y el 90,2-91,9% del gasto del grupo de psicofármacos (años 2001-2006). Olanzapina, risperidona, paroxetina y sertralina representaron el 60,0% del gasto en 2001, mientras que en 2006 el gasto fue del 52,3% ($p = 0,001$). Cabe destacar el aumento espectacular del consumo de quetiapina, ade-

TABLA 1. Distribución del consumo y del gasto de los principales principios activos de psicofármacos durante los años 2001 y 2006 en las residencias geriátricas de los sectores Barcelonés Norte y El Maresme (Región Sanitaria Barcelona, Sede Badalona)

GT	Principio activo	Año 2001 (período de referencia)				Año 2006 (período de comparación)				Incremento (%)	
		Envases	%	Gasto (€)	%	Envases	%	Gasto (€)	%	Envases	Gasto
N05A	Haloperidol	4.488	5,8	11.049,72	1,2	4.576	4,0	12.384,24	0,8	2,0	12,1
N05A	Olanzapina	1.258	1,6	120.213,03	13,4	2.831	2,4	277.844,10	17,8	125,0	131,1
N05A	Quetiapina	37	0,0	3.951,73	0,4	2.536	2,2	106.992,17	6,8	6.754,1	2.607,5
N05A	Risperidona	3.327	4,3	215.379,51	24,1	5.803	5,0	338.803,20	21,7	74,4	57,3
N05A	Ziprasidona	-	-	-	-	442	0,4	55.899,94	3,6	-	-
N05B	Alprazolam	5.444	7,1	18.823,94	2,1	9.184	7,9	24.933,78	1,6	68,7	32,5
N05B	Clorazepato dipotásico*	3.701	4,8	8.096,42	0,9	3.708	3,2	9.320,03	0,6	0,2	15,1
N05B	Diazepam*	2.264	2,9	4.814,16	0,5	2.960	2,6	6.485,83	0,4	30,7	34,7
N05B	Lorazepam	6.972	9,0%	17.018,81	1,9	11.334	9,8	22.086,42	1,4	62,6	29,8
N05C	Clometiazol	5.008	6,5	19.531,20	2,2	9.734	8,4	30.823,60	2,0	94,4	57,8
N05C	Lormetazepam	5.198	6,7	17.310,12	1,9	8.082	7,0	20.318,28	1,3	55,5	17,4
N06A	Citalopram	1.483	1,9	44.327,71	5,0	4.478	3,9	83.492,45	5,3	202,0	88,4
N06A	Escitalopram	-	-	-	-	1.844	1,6	57.028,88	3,7	-	-
N06A	Fluoxetina*	3.096	4,0	72.411,26	8,1	2.096	1,8	29.282,57	1,9	-32,3	-59,6
N06A	Mirtazapina	323	0,4	14.870,92	1,7	1.908	1,6	67.379,45	4,3	490,7	353,1
N06A	Paroxetina	3.526	4,6	116.652,13	13,0	2.747	2,4	97.965,35	6,3	-22,1	-16,0
N06A	Sertalina	2.353	3,1	84.604,50	9,5	3.856	3,3	102.144,60	6,5	63,9	20,7
N06A	Venlafaxina	685	0,9	37.694,98	4,2	1.923	1,7	92.871,09	5,9	180,7	146,4
	Porcentaje sobre el total		63,8		90,2		69,2		91,9		
	Total de psicofármacos	77.062	100,0	894.034,24	100,0	115.739	100,0	1.562.238,82	100,0		

* Psicofármacos inapropiados según Criterios de Beers^{4,5}. Gasto farmacéutico (precio de venta al público) expresado en euros (€); GT: grupos terapéuticos de antidepresivos (N06A), neurolépticos (N05A), sedantes-hipnóticos (N05B) y tranquilizantes (N05C), según la Guidelines for ATC Classification.

más de olanzapina y risperidona (antipsicóticos atípicos). Se observa un sensible efecto de desplazamiento de determinados fármacos durante los 5 años de la comparación: la disminución de fluoxetina y paroxetina, a favor de citalopram, escitalopram, mirtazapina y venlafaxina.

El estudio pone de manifiesto la elevada medicación de los pacientes ancianos internados en residencias geriátricas⁴⁻⁶. Este aspecto puede verse influido por la elevada morbilidad, dependencia funcional y deterioro cognitivo de este colectivo de pacientes³; no obstante, algunos autores opinan que es necesaria una comparación especial de aquellos enfermos que están en tratamiento con digoxina, anticoagulantes orales, litio, anticonvulsivos, antipsicóticos, sedantes-hipnóticos, opioides y anticolinérgicos por ser fármacos de alto nivel de riesgo⁷⁻⁹. Por esta razón, a pesar de que en la práctica clínica resulta muy difícil evitar su uso o bien delimitar el tiempo de utilización siguiendo las recomendaciones de los expertos⁸⁻¹⁰, es necesario realizar un esfuerzo para seleccionar aquellos psicofármacos que presenten un perfil de seguridad mayor. Del estudio también se deduce que la utilización de psicofármacos inadecuados (tabla 1) es un problema de importante magnitud y que previsiblemente podría ir en aumento, puesto que la población anciana institucionalizada es en la actualidad la principal consumidora de este tipo de fármacos en España^{4,5,7,9,10}. Se observa una utilización de fármacos con propiedades anticolinérgicas y sedativas de vida media larga. Estos resultados generales y específicos son parecidos a los obtenidos por otros autores^{6,8,9}. Como posibles limitaciones del estudio, destacan los factores de diseño metodológico que pueden influir en la comparación de los grupos. Por tanto, son posibles los sesgos de selección o clasificación, la movilidad geográfica o temporal a la que pueden estar sujetos los residentes y las posibles variaciones en la gravedad o en el patrón de morbilidad atendida.

En conclusión, durante los 5 años de comparación, se incrementa el gasto farmacéutico y moderadamente su consumo, posiblemente atribuible a un efecto desplazamiento de determinados principios activos (antipsicóticos atípicos e inhibidores selectivos de la

recaptación de serotonina) hacia las novedades terapéuticas. Existe una excesiva utilización de fármacos con propiedades anticolinérgicas y sedativas de vida media larga. Se deberían realizar intervenciones específicas, con la finalidad de mejorar la indicación-prescripción y fomentar el uso racional del medicamento en este sensible ámbito de actuación.

Antoni Sicras-Mainar, Jordi Peláez de Loño, Amparo Castellá-Rosales y Mercè Rodríguez-Darriba

Unidad de Farmacia. Región Sanitaria Barcelona (Sede Badalona). CatSalut. Barcelona. España.

1. López Oblaré B. Investigación sobre envejecimiento en centros sociosanitarios. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36:35-6.
2. Fernández Lisón LC, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, Martínez García T, Urendes Haro JJ, Pujol de la Llave E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *Farm Hosp.* 2006;30:280-3.
3. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA.* 2005;294:716-24.
4. Jano E, Aparasu RR. Healthcare outcomes associated with Beers' criteria: a systematic review. *Ann Pharmacother.* 2007;41:438-47.
5. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arch Intern Med.* 1997;157:1531-6.
6. Garolera D, Bendahan G, Gras R, Benaque A, San José A, Vilardell M. Utilización de fármacos para el sistema nervioso central en residencias geriátricas. *Med Clin (Barc).* 2001;117:615-6.
7. Gavilán Moral E, Morales Suárez-Varela MT, Hoyos Esteban JA, Pérez Suanes AM. Inappropriate multiple medication and prescribing of drugs in immobile elderly patients living in the community. *Aten Primaria.* 2006;38:476-80.
8. Keith S. Advances in psychotropic formulations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006;30:996-1008.
9. Colman I, Wadsworth ME, Croudace TJ, Jones PB. Three decades of antidepressant, anxiolytic and hypnotic use in a national population birth cohort. *Br J Psychiatry.* 2006;189:156-60.
10. Chamorro García L. Psychodrugs in the elderly. *Rev Clin Esp.* 2005;205:513-7.