

Estudio del consumo de fármacos en la Residencia del IMSERSO de Melilla

Herrador Martínez, P. y Castillo Polo, A.

Residencia Mixta de la Tercera Edad del IMSERSO de Melilla.

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de utilización de fármacos en pacientes institucionalizados para racionalizar su uso y comparar el consumo de fármacos en cuanto al sexo y grado de dependencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio comparativo de consumo de un total de 20 grupos terapéuticos de fármacos con respecto al sexo y grado de dependencia del total de los ancianos ingresados en la Residencia Mixta de la Tercera Edad dependiente del IMSERSO en Melilla.

RESULTADOS: Se estudiaron 89 ancianos, de los cuales el 62,92% residían en las Plantas Asistidas por un 37,08% de las Plantas de Válidos; 23 eran hombres y 66 mujeres. Un 2,24% no tomaba ninguna medicación. El consumo medio ascendió a $8,12 \pm 3,96$ fármacos/persona, sin obtener diferencias de utilización respecto al sexo, con una t de 0,07 ($p > 0,05$) ni al grado de dependencia, con una $t = 1,79$ ($p > 0,05$). Los grupos terapéuticos más utilizados fueron: aparato digestivo (64,04%), sistema nervioso (51,69%), cardiocirculatorio (49,44%), antihipertensivos (48,31%) y vitaminas/antianémicos (46,07%), siendo los menos utilizados los venotónicos (8,99%) y los tratamientos hormonales (5,62%). Únicamente se han detectado diferencias significativas en antidepresivos/ansiolíticos a favor de las mujeres ($p = 0,017$); y los fármacos para incontinencia ($p = 0,008$) y colirios ($p = 0,026$) en los hombres. Los pacientes válidos consumen más antihipertensivos ($p = 0,026$) e hipolipemiantes ($p = 0,03$) que los asistidos.

CONCLUSIONES: Hemos detectado un alto consumo de fármacos, algunos de ellos con escaso valor terapéutico: los vasodilatadores cerebrales y suplementos vitamínicos. En general, salvo en algunos grupos, el consumo de medicamentos fue independiente del sexo y del grado de dependencia.

Palabras clave

Ancianos. Polifarmacia. Grupos terapéuticos. Centro sociosanitario.

Study of drug usage in the IMSERSO nursing home in Melilla

Correspondencia: A. Castillo Polo. Residencia Tercera Edad IMSERSO. Polavieja, 37. 52006 Melilla.

Recibido el 3-9-01; aceptado el 15-3-02.

SUMMARY

OBJECTIVES: To determine the prevalence of drug use in institutionalized patients in order to rationalize its use and compare the drug consumption in regards to gender and degree of dependence.

MATERIAL AND METHODS: This is a comparative study on the use of a total of 20 therapeutic drug groups in regards to gender and degree of dependence of all the elderly patients in the IMSERSO mixed nursing-home for the Elderly in Melilla.

RESULTS: A total of 89 patients, 23 men and 66 women, were studied. Of these, 62.92% lived in assisted care area and 37.08 in the non-disabled area. Only 2.24% did not take any medication. The mean consumption was 8.12 ± 3.96 drugs/person, without obtaining any differences in use by gender with a t of 0.07 ($p < 0.05$) or to degree of dependence, with a t of 1.79; $P > 0.05$. The most frequently used therapeutic groups were: digestive (64.04%), nervous system (51.69%), cardiovascular (49.44%), antihypertensive (48.31%) and vitamin/anti-anemics (46.07%); the venotonic (8.99%) and hormonal treatments (5.62%) being the least used. Significant differences were only detected in the use of anti-depressive/anti-anxiety in favor of women ($p = 0.017$); and incontinence drugs ($p = 0.008$) and eye drops ($p = 0.026$) for men. Non-disabled patients consumed more antihypertensive ($p = 0.026$) and lipid lowering drugs ($p = 0.03$).

CONCLUSIONS: We have detected a high consumption of drugs, some of them with very little therapeutic value, such as cerebral vasodilators and vitamin supplements. The drug use was independent of gender and the degree of dependence, except in some specific therapeutic groups.

Key words

Aged. Polypharmacy. Therapeutic groups. Nursing home.

INTRODUCCIÓN

La población anciana es, sin duda, el colectivo que más medicamentos utiliza¹, en gran parte debido, como es lógico, a una mayor incidencia de patologías y procesos crónicos que presenta. La polifarmacia es un problema muy acuciante detectado en toda la población anciana, más aún si nos referimos a la población residente en centros geriátricos². El abuso de fármacos, además de provocar numerosas reacciones adversas, incide en un aumento considerable del gasto farmacéutico en nuestros centros. La utilización desmesurada de medicamentos, unas ve-

ces por el mal estado de salud autopercebido y la auto-prescripción, otras por la demanda de los propios residentes, y finalmente por el mal empleo y prescripción de ciertos grupos farmacológicos, hace que la polimedización de nuestros residentes sea una de las cuestiones más importantes a estudiar y debatir^{3,4}.

Los estudios realizados en centros geriátricos de los grupos farmacológicos que consumen los ancianos son numerosos⁵⁻⁷, aunque centrándose habitualmente en las diferencias en cuanto al sexo⁶, a determinados grupos terapéuticos⁸, al cumplimiento de los tratamientos o a las reacciones adversas, haciendo una escasa valoración de las diferencias detectadas en los tratamientos prescritos a ancianos con diferente grado de dependencia funcional. Este hecho es debido, fundamentalmente, a la difícil catalogación de los residentes según las escalas de valoración funcional o cognitiva comúnmente utilizadas (Barthel, Katz, MEC, Pfeifer, etc.)^{9,10}, a partir de qué puntuación de estas escalas se considera válido o asistido.

El presente estudio pretende alcanzar una serie de objetivos, entre los que se encuentran:

1. Determinar la prevalencia de la utilización de fármacos en nuestro centro, con el fin último de reducir y racionalizar su consumo, al menos en los grupos farmacológicos con menor valor terapéutico.

2. Analizar y comparar de la variabilidad de los grupos terapéuticos detectados en los distintos colectivos, en cuanto al sexo y al grado de dependencia funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal y descriptivo del consumo de fármacos en la Residencia Mixta de la Tercera Edad dependiente del IMSERSO, de Melilla, que cuenta con 92 plazas, distribuidas en cuatro plantas: la primera y la segunda acogen a personas válidas, con un total de 36 internos, y la tercera y cuarta plantas albergan a un total de 56, con distintos grados de dependencia.

El criterio de inclusión fue el estar ingresado en el centro en el momento del estudio (27 de abril de 2001), para lo cual se evaluaron 89 historias clínicas, que se corresponden con el total de residentes en dicha fecha, (56 asistidos y 33 válidos), de las que se obtuvieron los siguientes parámetros: sexo, estado civil, fecha de nacimiento (para el cálculo de la edad), fecha de ingreso en el centro (cálculo de la estancia) y tratamiento que seguían en el día de la fecha antes mencionada.

La clasificación en válidos y asistidos físicos o mentales se realizó con las correspondientes escalas de Cruz Roja¹¹, considerándose asistidos aquellos con una puntuación superior a 1 en la escala física o mental.

Se contabilizó inicialmente el número total de fármacos y se comparó el consumo medio, atendiendo al sexo y al grado de dependencia.

Posteriormente se agruparon los diferentes fármacos en las siguientes familias o grupos terapéuticos, siguiendo como criterio de agrupación únicamente la coincidencia con el sistema de asignación por familias utilizado en nuestro centro para catalogar los tipos de tratamientos dispensados y almacenar los medicamentos, basado en los grupos terapéuticos más utilizados.

- *Grupo 1:* Antihipertensivos (inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de receptores de angiotensina II, antagonistas del calcio, beta-bloqueantes).
- *Grupo 2:* Aparato digestivo (Anti-H2, inhibidores de la bomba de protones, antiácidos, protectores de barrera, espasmolíticos, proquinéticos).
- *Grupo 3:* Antiinflamatorios/Analgésicos.
- *Grupo 4:* Antidepresivos/ansiolíticos.
- *Grupo 5:* Neurolépticos.
- *Grupo 6:* Hipnóticos (diacepóxidos, sedantes).
- *Grupo 7:* Farmacología cardíaca (nitritos, diuréticos, cardiotónicos, antiarrítmicos).
- *Grupo 8:* Antidiabéticos (antidiabéticos orales, insulinas).
- *Grupo 9:* Vitaminas/antianémicos (suplementos de calcio, difosfonatos, hierro, polivitamínicos).
- *Grupo 10:* Laxantes.
- *Grupo 11:* Hipolipemiantes (estatinas).
- *Grupo 12:* Medicación del sistema nervioso (vasodilatadores cerebrales, antivertiginosos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes).
- *Grupo 13:* Venotónicos.
- *Grupo 14:* Aparato respiratorio (antitusígenos, mucolíticos, expectorantes, broncodilatadores sistémicos e inhalatorios).
- *Grupo 15:* Incontinencia (antiespasmódicos urinarios, antagonistas alfa-adrenérgicos).
- *Grupo 16:* Antiagregantes/anticoagulantes (cumarínicos, salicilatos a dosis bajas y otros antiagregantes).
- *Grupo 17:* Tratamiento hormonal (tiroideos, corticoides).
- *Grupo 18:* Tratamientos tópicos (corticoides tópicos, antiinflamatorios no esteroideos, heparinoides, anti-sépticos, antifúngicos).
- *Grupo 19:* Colirios (antiinflamatorios, corticoides, antibióticos, antiglaucomatosos).
- *Grupo 20:* Otros tratamientos (antineoplásicos, hipouricemiantes, antihistamínicos, colutorios bucales, otológicos).

TABLA 1. Media de edad y desviación estándar según sexo y grado de dependencia

Años	Válidos	Asistidos	Total
Hombres	80,24 ± 10,3	82,77 ± 8,0	81,46 ± 9,1
Mujeres	83,80 ± 6,2	85,30 ± 6,3	84,83 ± 6,3
Total	82,51 ± 8,0	84,80 ± 6,7	83,95 ± 7,4

No se contabilizaron ni la utilización de pañales, sondas, material ortoprotésico ni la medicación empleada en la realización de curas de úlceras por presión, así como tampoco el grupo de antibióticos sistémicos, al no encontrarse en ese momento con dicho tratamiento ningún residente.

Una vez recogidos y agrupados los tratamientos del total de residentes en los diferentes grupos terapéuticos, se procedió al análisis estadístico de cada uno de ellos, atendiendo al grado de dependencia y al sexo, mediante los programas informáticos Epiinfo y SPSS 10.

En el análisis estadístico, se utilizaron por una parte: para el número medio de fármacos consumidos por los pacientes (variable cuantitativa) con respecto a sexo y grado de dependencia, la prueba de la *t* de Student con intervalo de confianza del 95%, mientras que para la comparación de los distintos grupos terapéuticos (variable cualitativa) respecto al sexo y grado de dependencia, la χ cuadrado, con una $p \leq 0,05$ (test exacto de Fisher para valores de $n < 5$).

RESULTADOS

El número total de residentes ascendió a 89, de los cuales 56 eran asistidos (62,92%) y 33 válidos (37,08%). El porcentaje de hombres fue del 25,84% (23 en total) y un 74,16% de mujeres (66 en total).

La media de edad de la residencia es en el momento del estudio de 83,96 años, con una desviación estándar de 7,3; el residente de menor edad tenía 61,85 y el mayor 95,28 años; las diferencias según los grupos de sexo y grado de dependencia se exponen en la tabla 1.

La estancia se calculó tomando como referencia la fecha de ingreso en el centro hasta la fecha de la toma de datos (27/04/01), siendo la estancia media del total de residentes de 5,34 años con una desviación estándar de 5,2; para los residentes válidos de 6,67 (desviación estándar 4,6) y 4,56 para los asistidos (desviación estándar 5,4). Por su parte, en cuanto al sexo, la estancia media de los hombres fue de 5,17 años (desviación estándar 5,2) y de 5,41 años para las mujeres (desviación estándar 5,2).

En cuanto al estado civil del conjunto de residentes, resultó un 27% solteros, un 6,7% casados, un 65,2% viudos y un 1,1% separados, siendo el mayor porcentaje proporcional el de mujeres viudas, con un 55,06% del total.

TABLA 2. Distribución del consumo de fármacos, según el sexo y grado de dependencia

	N	X ± SD	Rango
Hombres	23	8,17 ± 4,3	0 -19
Mujeres	66	8,11 ± 3,9	1 -16
Válidos	33	9,09 ± 4,5	0 -19
Asistidos	56	7,55 ± 3,5	0 -16
Hombres válidos	12	8,33 ± 5,0	0 -19
Hombres asistidos	11	8,00 ± 3,7	0 -11
Mujeres válidas	21	9,52 ± 4,3	1 -16
Mujeres asistidas	45	7,44 ± 3,5	2 -16
Total Centro	89	8,12 ± 4,0	0 -19

El número total de fármacos consumidos en el centro ascendió a 723, siendo la media de 8,12 fármacos/persona (desviación estándar 3,9), con un valor mínimo de 0 y un máximo de 19. La distribución por sexos y grado de dependencia se muestra en la tabla 2. Únicamente un 2,2% (dos personas) del total no tomaba ninguna medicación en el momento de la recogida de datos.

En el estudio comparativo del consumo de fármacos según el grado de dependencia, se obtuvo un valor de la *t* de Student de 1,79 ($p = 0,077$), lo que indica la no existencia de diferencias entre válidos y asistidos. De la misma forma, y por lo que respecta a la diferencia entre los sexos, el valor de la *t* de Student fue de $-0,70$ ($p = 0,994$), lo que indica que no existieron diferencias significativas en el número medio de fármacos consumidos entre hombres y mujeres.

En cuanto al porcentaje de grupos terapéuticos utilizados, los más representativos fueron la medicación para el aparato digestivo, con un 64,04% del total de residentes; 51,69%, medicación del sistema nervioso, con medicación cardiocirculatoria se encontraban un 49,44%, un 48,31% utilizaban algún tratamiento antihipertensivo y un 46,07% eran tratados con suplementos de hierro o vitaminas. Por su parte, el grupo terapéutico menos utilizado fue el de los venotónicos con un 8,99% y los suplementos hormonales con el 5,62% del total. La distribución por sexos y grado de dependencia se representa en la tabla 3.

Al realizar el análisis estadístico comparativo de los diferentes grupos terapéuticos (tabla 4) según el grado de dependencia, se obtuvieron diferencias significativas, con valores de $p < 0,05$, en el colectivo de residentes asistidos respecto de los válidos, esto es, los asistidos consumían más antihipertensivos ($p = 0,026$) y más hipolipemiantes ($p = 0,0036$) que los válidos.

Por lo que se refiere al sexo, fue mayor el consumo de antidepressivos/ansiolíticos ($p = 0,017$), en las mujeres, mientras que los hombres consumían más fármacos para

TABLA 3. Porcentaje de consumo de los distintos grupos terapéuticos atendiendo al sexo y al grado de dependencia

Grupos terapéuticos	% hombres n=23	% mujeres n=66	% válidos n=33	% asistidos n=56	% Total n=89
Aparato digestivo	65,22	63,64	66,67	62,50	64,04
Sistema nervioso	43,48	54,55	42,42	57,14	51,69
Corazón	34,78	54,55	48,48	50,00	49,44
Antihipertensivos	52,17	46,97	63,64	39,29	48,31
Vitaminas/antianémicos	43,48	46,97	45,45	46,43	46,07
Antiinflamatorios/analgésicos	30,43	46,97	48,48	39,29	42,70
Hipnóticos	39,13	39,39	48,48	33,93	39,33
Antidepresivos/ansiolíticos	17,39	45,45	36,36	39,29	38,20
Laxantes	30,43	36,36	33,33	35,71	34,83
Antiagreg./anticoag.	30,43	30,30	39,39	25,00	30,34
Antidiabéticos orales/insulina	30,43	22,73	18,18	28,57	24,72
Colirios	39,13	16,67	33,33	16,07	22,47
Hipolipemiantes	17,39	21,21	36,36	10,71	20,22
Medicamentos tópicos	8,70	21,21	24,24	14,29	17,98
Neurolépticos	4,35	19,70	6,06	21,43	15,73
Aparato respiratorio	26,09	12,12	18,18	14,29	15,73
Fármacos para la incontinencia	26,09	6,06	9,09	12,50	11,24
Venotónicos	13,04	7,58	9,09	8,93	8,99
Tratamiento hormonal	4,35	6,06	6,06	5,36	5,62
Otros	21,74	7,58	12,12	10,71	11,24

TABLA 4. Comparación entre el consumo de fármacos de los distintos grupos terapéuticos según el grado de dependencia (válidos/asistidos) y el sexo (hombres/mujeres). Prueba de χ^2 ($p \leq 0,05$) (N = 89)

Grupos terapéuticos	Comparación válidos/asistidos				Comparación hombres/mujeres			
	Válidos n = 33	Asistidos n = 56	χ^2	p	Hombres n = 23	Mujeres N = 66	χ^2	p
Antihipertensivos	21	22	4,93	0,026	12	31	1,01	0,315
Aparato digestivo	22	35	0,16	0,692	15	42	0,02	0,891
Antiinflamatorios/analgésicos	16	22	0,72	0,396	7	31	1,91	0,167
Antidep./ansiolíticos	12	22	0,08	0,784	4	30	5,69	0,017
Neurolépticos	2	12	3,70	0,054	1	13	3,03	0,081
Hipnóticos	16	19	1,84	0,174	9	26	0,00	0,982
Corazón	16	28	0,02	0,890	8	36	2,66	0,102
Antidiabéticos orales/insulina	6	16	1,20	0,272	7	15	0,54	0,460
Vit./antianémicos	15	26	0,01	0,929	10	31	0,08	0,772
Laxantes	11	20	0,05	0,819	7	24	0,26	0,607
Hipolipemiantes	12	6	8,47	0,003	4	14	0,15	0,694
Sistema nervioso	14	32	1,80	0,179	10	36	0,84	0,360
Venotónicos	3	5	0,00	0,979	3	5	0,62	0,429
Ap.respiratorio	6	8	0,24	0,625	6	8	2,51	0,113
Fármacos para la incontinencia	3	7	0,24	0,622	6	4	6,86	0,008
Antiag./anticoag.	13	14	2,04	0,153	7	20	0,00	0,990
Tratamiento hormonal	2	3	0,02	0,889	1	4	0,09	0,758
Medicamentos tópicos	8	8	1,40	0,237	2	14	1,81	0,178
Colirios	11	9	3,55	0,059	9	11	4,94	0,026
Otros	4	6	0,04	0,839	5	5	3,43	0,063

En negrita, los grupos terapéuticos en los se obtiene una chi cuadrado con significación estadística.

la incontinencia ($p=0,0088$) y utilizaban más colirios como tratamiento oftalmológico ($p=0,026$) que las mujeres. En el resto de grupos terapéuticos estudiados los resultados obtenidos indican que no había diferencias de consumo entre hombres y mujeres, ni entre válidos y asistidos.

DISCUSIÓN

Al estudiar las características de los ancianos que viven institucionalizados en nuestro centro, vemos que la media de edad es de 83,96 años, con una desviación típica de 7,4, lo que indica una cierta dispersión, ya que el más joven tiene 61,85, por los 95,28 años del más anciano. Estas cifras son bastante similares a la mayoría de las encontradas en los demás centros residenciales, algo por encima de ciertos estudios en los que se encuentra entre 72 y 78,5 años¹² y por debajo de otros que muestran una edad media de 84,80 años¹³.

Como ya ha sido comentado, la utilización de medicamentos en la población anciana es más elevada que en la población general, pero varía según los distintos estudios realizados; así pues, entre el 58 y el 91%¹⁴ toman medicamentos; el 58% en la Encuesta Edis (1986)¹⁵, el 69% y el 73% en la «Encuesta Nacional de la Salud» de 1987 y de 1993¹⁶ respectivamente, y se elevan hasta el 91% en el Estudio «Nuestros Mayores»¹⁶ realizado en la Comunidad de Madrid. En nuestro caso, el 97,76% de los residentes seguían algún tipo de tratamiento farmacológico, cifra similar a la obtenida en el Estudio realizado en las Residencias del Vallés¹⁸. Esta disparidad en los datos obtenidos refleja, de igual forma, la variabilidad del colectivo estudiado, ya que los ancianos evaluados en las anteriores series residían en sus domicilios, otros estaban institucionalizados y, por último, algunos se encontraban ingresados en centros hospitalarios.

Por regla general, el consumo de fármacos en el medio ambulatorio es de 2 a 4 fármacos/persona, cifra que aumenta para los ancianos institucionalizados hasta 6 a 8, y aun más en los servicios de geriatría hospitalarios. La media de utilización de medicamentos ascendió a 8,12 por persona, llegando en algunos casos a 19 en los más polimedificados; datos similares se encuentran en los estudios realizados en Estados Unidos¹⁹. Nuestros datos se encuentran por encima de la media encontrada en las series de nuestro país a nivel residencial, que varían entre los $3,68 \pm 2,1$ en Centros de la Comunidad de Madrid¹⁷, los $4,65 \pm 2,3$ de las Residencias del Vallés¹⁸ y los $5,5 \pm 3$ de Granada²⁰.

Aunque habitualmente es el sexo femenino el que más medicamentos consume^{21,22}, en nuestro caso, porcentualmente se aprecian diferencias mínimas entre mujeres y hombres, que no alcanzan significación estadística. Este hecho parece lógico, teniendo en cuenta que la media de edad se aproxima a los 84 años, y según las publicaciones, las diferencias en el consumo de medicamentos en los dos sexos se reducen a partir de los 85 años,

no alcanzando diferencias significativas a partir de dicha edad²³.

A priori y debido, en gran parte, a la facilidad de acceso a los profesionales de la medicina y a los medicamentos y al nivel de salud autopercebido, las personas válidas consumen mayor número de fármacos, muchos de ellos autoprescritos¹⁰; en nuestro caso, el consumo es superior en los válidos que en los asistidos, pero con diferencias no estadísticamente significativas. Este hecho pudiera ser debido a la gran heterogeneidad del grupo de ancianos que viven en plantas de asistidos, desde personas con movilidad reducida, con defectos visuales severos, cuadros neurológicos y, finalmente, demencias en sus distintos estadios, por lo que algunos de ellos únicamente tienen cierto grado de dependencia, mientras que otros son pacientes encamados en fase terminal. No se han encontrado datos publicados en este sentido, quizás debido al aspecto aludido en la introducción acerca de la difícil catalogación de los ancianos en válidos y asistidos.

En nuestro país, al igual que en el resto de países, la patología cardiovascular es la primera causa de muerte²⁴, siendo además la enfermedad más declarada por los ancianos²⁵. Como es lógico suponer, en la mayoría de los estudios realizados, es sin duda la medicación destinada a tratar dicha patología la más utilizada, con porcentajes que oscilan según las series encontradas, entre un 30 y un 70%^{2,6,23}. En nuestro estudio las cifras encontradas ascienden al 49,44%, aunque la medicación antihipertensiva (48,31%), fue considerada como un grupo diferente. Si se contabilizan ambos grupos en conjunto para tratar afecciones cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial, las cifras se elevan hasta 59,55% del total de residentes, lo que se asemeja a los porcentajes habituales.

En general, y teniendo en cuenta la variabilidad de los estudios realizados, según sean ancianos de la comunidad o residentes en centros geriátricos, los fármacos más consumidos, se corresponden igualmente con las enfermedades de mayor prevalencia, como es el caso de los psicofármacos, entre el 12 y el 78%; antiinflamatorios no esteroideos (AINES) entre el 15-57% y aparato digestivo, entre el 8 y el 51%^{6-8,26-29}. En nuestro caso, la medicación más utilizada es la correspondiente al aparato digestivo con un 64,04%, motivado fundamentalmente por la presencia de un alto consumo de AINE (42,70% del total de residentes), ya que venimos realizando tratamiento concomitante de forma preventiva con protectores gástricos de manera sistemática, con lo que hemos reducido prácticamente a la inexistencia la aparición de cuadros de hemorragias digestivas yatrogénicas, tan frecuentes en el anciano polimedificado. El segundo lugar de consumo lo ocupa el grupo de fármacos destinados al sistema nervioso con un 51,69%, cifra que se ve aumentada por la alta prescripción de vasodilatadores cerebrales, y que en muchas ocasiones son tratamientos crónicos que los ancianos ya tomaban previamente al ingreso en nuestro centro, a pesar del escaso valor terapéutico de dichos fármacos, salvo en algunas patologías cognitivas^{30,31}.

Al contabilizar los grupos de antidepresivos, neurolépticos e hipnóticos por separado se obtuvieron unos porcentajes de consumo inferiores a los anteriormente expuestos, pero si estos tres grupos se contabilizan como uno solo, los psicotropos se constituirían como el grupo terapéutico más consumido con un 67,42% (40,96% antidepresivos; 16,87% neurolépticos y 42,17% antidepresivos). Estas cifras concuerdan con las encontradas en la literatura médica, que según las series oscilan entre un 48,5% y un 75%^{26,27}; si bien son superiores a otros estudios realizados en centros de salud donde figuran cifras de un 12,1%⁶ y al 41% obtenido en medio hospitalario⁷, e incluso a las que aparecen en los trabajos realizados a raíz de la entrada en vigor de la legislación sobre el uso de psicotropos en «nursing homes» (estudio OBRA 1987), donde se refleja un consumo de un 25,5% sin incluir los antidepresivos³².

Un grupo de alto consumo lo constituyen los antianémicos y vitaminas, con un 46,07% de los residentes, que se correlaciona con la prevalencia de anemia en nuestra ciudad, así como en nuestro centro, con unas cifras que alcanzan un 28,09%. Este dato es similar a los obtenidos en un estudio realizado en Estados Unidos en el que se revelan cifras de consumo en torno al 25% de los hombres y al 33% de las mujeres³³, pero muy superior al encontrado en el estudio «envejecer en Leganés»²³. Mención especial merecen los grupos terapéuticos de los antidiabéticos orales e insulina y de los tratamientos tópicos. Esto es, el 24,72% de nuestros residentes presentan diabetes, en sus distintos tipos, hecho que contrasta con el aportado por otros autores, que cifran la prevalencia de diabetes en el anciano en torno al 18%³⁴. Por lo que respecta a la farmacología tópica, a priori una cifra demasiado elevada (17,98%), no lo parece tanto si tenemos en cuenta que una gran parte de estos tratamientos lo constituyen las cremas de barrera e hidratantes, empleadas junto a otras medidas incluidas en el protocolo de prevención de úlceras por presión, cuya prevalencia se ha reducido a un escaso 2,7%.

Porcentualmente la prevalencia de consumo en el sexo femenino, como antes se comentó, es superior al masculino, pero únicamente han aparecido diferencias estadísticamente significativas en los grupos siguientes:

Por lo que se refiere al grupo antidepresivos/ansiolíticos se aprecia un elevado consumo en mujeres, de las cuales casi la mitad tomaban algún fármaco, frente a poco más de la sexta parte de los hombres que lo precisaban. Cifras que concuerdan con la mayor incidencia de cuadros depresivos en la mujer^{23,35}. En total el 38,20% de residentes seguían tratamiento antidepresivo/ansiolítico, cifras superiores a las encontradas en la bibliografía³⁶⁻³⁹.

En cuanto a la incontinencia urinaria, por regla general, es un problema que afecta con demasiada frecuencia (25-60%) a la población anciana⁴⁰, pero poco diagnosticado y tratado, que afecta con mayor prevalencia (2:1) al sexo femenino⁴¹, con los consiguientes problemas derivados de ello: psicológicos, sociales y de aislamiento. En nuestra

serie hemos detectado una diferencia significativa en favor de los hombres. Múltiples factores hacen, en nuestro caso, que la incontinencia masculina sea habitualmente más diagnosticada y tratada que la femenina. De una parte, al ser provocada en la mayoría de los casos por patología prostática, se vienen realizando campañas preventivas de detección de cáncer; de otra, por la falta de demanda de atención por parte de las mujeres, ya sea por una cuestión educacional y cultural o simplemente por considerar a la incontinencia como un problema inherente al propio envejecimiento⁴².

Se han detectado diferencias significativas con un alto consumo de colirios en los varones, fundamentalmente a expensas de los beta-bloqueantes para tratar el aumento de la presión intraocular.

En cuanto a la comparación respecto a los distintos grados de dependencia; únicamente aparecieron datos estadísticamente significativos en los grupos de antihipertensivos y en los hipolipemiantes. En el primer grupo, casi las dos terceras partes de los residentes válidos los consumían, frente a poco más de un tercio de los asistidos. Con respecto al segundo, los hipolipemiantes, existe nivel de significación estadística; las personas válidas y con mayor grado de autonomía, consumían más fármacos hipolipemiantes que las asistidas, fundamentalmente estatinas. Este hecho se sostiene en la campaña preventiva de tratamiento hipolipemiente que se está realizando en nuestro centro, a raíz de la detección masiva de hipercolesterolemia. Igualmente se ha procedido a una reestructuración completa de las dietas, haciendo especial énfasis en la elaboración de alimentos con bajo contenido de grasas. Por lo que respecta a los residentes asistidos y con cierto grado de dependencia, muchos de ellos afectos de cuadros de demencia, presentaban cifras de colesterol muy bajas en la mayoría de los casos, dato indicativo de cierta desnutrición⁴³, por lo que lógicamente el consumo de hipolipemiantes es prácticamente nulo, precisando incluso suplementos de nutrientes en la mayoría de los casos.

Mencionar la limitación de nuestro estudio en cuanto a la comparación de colectivos según el grado de dependencia, por la variabilidad en el tipo de pacientes que supone dicha catalogación según las escalas de valoración utilizadas, ya que únicamente se consideró como criterio de inclusión el obtener una puntuación superior a 1 en alguna de las escalas de Cruz Roja.

En general, el consumo de fármacos en nuestro centro, salvo en determinados grupos terapéuticos antes mencionados, es independiente del sexo y del grado de dependencia funcional o psíquica.

Para concluir, plantear como tarea futura el reducir, en la medida de lo posible, el consumo de fármacos, con una prescripción de medicamentos más razonable y adecuada, basándonos en los hallazgos encontrados, fundamentalmente en aquellos grupos de escaso valor terapéutico, como sería el caso de los vasodilatadores cerebrales y su-

plementos vitamínicos, quedando pendiente la realización de un estudio posterior, una vez racionalizado el consumo.

BIBLIOGRAFÍA

- López-Torres Hidalgo J, Cerdá Díaz R, Fernando Olano C, Requena Gallego M, Fernández Casalderrey C, Otero Pulme A. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. *Med Clin (Barc)* 1997;108:572-76.
- González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Arnalich Fernández F. Tratamiento farmacológico en el anciano. En: González Barón M, González Montalvo JI, Feliu Batlle, editores. *Cáncer en el anciano*. Barcelona: Masson, 2001: p. 115-35.
- Lucena González MI, García Domínguez MD, Andrade Bellido RJ, Hidalgo Sánchez R, Ramírez Torres JM, Sánchez de la Cuesta F. Análisis de las pautas de dosificación de medicamentos en pacientes geriátricos. *Med Clin (Barc)* 1992;98:329-32.
- Gosney M, Tallis R. Prescription of contraindicated and interacting drugs in elderly patients admitted to hospital. *Lancet* 1984;2:564-7.
- Avorn J, Gurwitz JH. Drug use in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995;123:195-204.
- Vérez Vivero L, Fernández Merino MC, Gude Sampedro F, Tato Campos A, Rey García J, Beceiro Díaz F. Consumo de fármacos en ancianos y su relación con variables socioeconómicas y autopercepción de salud. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:151-5.
- Vaqueiro M, Mendarte L, Rodríguez G, Ruiz A. Uso de fármacos del sistema nervioso central en un centro sociosanitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:28-31.
- Martín Carrasco M, Madoz Jáuregui V, Salvadó Gallén I, López Aisa B, Ajuria Sotillo MJ. Utilización de psicofármacos entre la población anciana de Burlada (Navarra). *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1995;30:237-45.
- Guillén F, López P. Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica. Anamnesis y exploración física. Indicaciones de pruebas complementarias. *Medicine* 1995;6:3845-53.
- Cruz Jentoft AJ. Evaluación funcional del anciano. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ, editores. *Geriatría en Atención Primaria*. Barcelona: Uriach; 1997. p. 17-25.
- Guillén Llera F. Unidades geriátricas de hospitalización. En: Salgado Alba A, Guillén Lera F, Díaz de la Peña F, eds. *Tratado de Geriatría y asistencia geriátrica*. Barcelona: Salvat; 1986. p. 59-67.
- Cantero Gálvez P. Aspectos clínicos y sociales de los ancianos ingresados en una residencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:35-6.
- Ruiz Grima S. Farmacoterapia en residencias de ancianos. *Residencial* 1999;4:9-18.
- Lázaro del Nogal M. Envejecimiento, salud y fármacos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(NM1):59-65.
- Uso de medicamentos en la tercera edad. Situación en España. Informe EDIS. Monografía de divulgación nº 4. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989.
- Subdirección General de Información y Estadística Sanitaria. Encuesta Nacional de la Salud. 1993. *Revista Sanitaria de Higiene Pública* 1994;68:121-78.
- Gómez de la Cámara A. Epidemiología del Envejecimiento. Uso de medicamentos en ancianos. El grupo de trabajo sobre envejecimiento, ed. *Epidemiología del envejecimiento en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990. p. 109-17.
- Batlle P, Esquirol J, Mas J, Magas J, Pinos J. Estudio descriptivo de las Residencias Geriátricas del Vallés y de sus residentes. Descripción de los tipos de tratamientos prescritos. *Residencial* 1999;4:21-37.
- Darnell JC, Murray MD, Martz BL, Weimberger M. Medication used by ambulatory elderly. *J Med Geriatr Soc* 1986;374:1-4.
- Cobos F, García Morillas M, Martínez B, Saucedo R, Puche E. Estudio de la autoprescripción en las residencias geriátricas de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29:225-8.
- García Arenillas M, Vargas Castrillón E. Principios Generales de utilización de medicamentos. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ, eds. *Geriatría 1*. Madrid: IDEPSA; 1991. p. 35-43.
- Herstman DL, Simonoff PA, Frishman WH, Paston F, Aronson MK. Drug utilization in the old and how it relates to self-perceived health and all cause mortality: results from the Bronx Aging Study. *J Med Geriatr Soc* 1995;43:356-60.
- Zunzunegui MV, Bèland F, Recalde JM. La utilización de medicamentos en las personas mayores que residen en su comunidad. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1997;32:109-15.
- SEGG. Libro blanco: el médico y la tercera edad. Madrid: Lab. Beecham; 1986. p. 152.
- Ribera Casado JM, Lázaro del Nogal M. El anciano cardiopata. Madrid: Ed CEA; 1993.
- Snowdon J. A follow-up survey of psychotropic drug use in Sydney nursing-homes. *Med J Aust* 1999;170:299-301.
- De Anta A, Martí B, Mata G, Pol E, Quesada JA, Vergara ML. Uso de psicofármacos en sujetos adultos con retraso mental ingresados en dos centros distintos. *Farm Hosp* 1998;22:23-34.
- Reynolds MD. Institutional prescribing for the elderly: Patterns of prescribing in a municipal hospital and a municipal nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1984;32:640-5.
- SEGG. Geriatría XXI: análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: EDIMSA; 2000.
- Nyenhuis DL, Gorelick PB. Vascular dementia: a contemporary review of epidemiology, diagnosis, prevention and treatment. *J Am Ger Soc* 1998;46:1437-48.
- Sze KH, Sim TC, Wong E, Cheng S, Wo J. Effect of nimodipine on memory after cerebral infarction. *Acta Neurol Scand* 1998;97:386-92.
- Hughes CM, Lapane KL, Mor V, et al. The impact of legislation on psychotropic drug use in nursing homes: a cross-national perspective. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:931-7.
- Chrischilles EA, Foley DJ, Wallace RB, Lemke JH, Semla TP, Hanlon JT, et al. Use of medications by persons 65 and over: data from the Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *J Gerontol* 1992;47:137-44.
- Sabartés O, Pujol J. Anciano diabético y nutrición. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:47-54.
- De la Serna de Pedro I. Manual de psicogeriatría clínica. Barcelona: Masson; 2000.
- Newhouse PA. Use of serotonin selective reuptake inhibitors in geriatric depression. *J Clin Psychiatry* 1996;57(Suppl. 2):12-22.
- Waintraub L. Depression in the aged: diagnosis and treatment. *Presse Med* 1998;19:2129-44.
- Evans M, Hammond M, Wilson K, et al. Treatment of depression in the elderly: effect of physical illness on response. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:1189-94.
- Samll GW. Treatment of geriatric depression. *Depress Anxiety* 1998;8(Suppl 1):32-42.
- Pérez del Molino J, Valencia MT. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J. *Síndromes y Cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Ed. Masson; 1994. p. 191-209.
- Cardozo L, Staskin D, Kirby M. La incontinencia urinaria en Asistencia Primaria. Oxford; Isis Medical Media Ltd; 2000.
- Ouslander JG, Incontinence. En: Hazzard WR, et al, eds. *Principles of geriatric medicine and gerontology* (3ª ed). New York: McGraw-Hill; 1994. p. 1229-50.
- Martín Grazyck A. Nutrición en residencias. Estudios nutricionales en población anciana institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35(S4):20-5.