

evolución en el consumo de psicofármacos en una unidad de atención residencial para personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental (SM-DI): 2004-2009

[Evolution in the Consumption of Psychotropic Drug in a Residential Care Unit for People with Intellectual Disability and Mental Illness (SM-DI): 2004-2009]

Josep Pascual i Bardají ■■■

Fundación Apip Acam. Residencia El Lluc, Barcelona. España

Dolors Calvo Torrecillas

Fundación Apip Acam. Servicio de Estudios y Proyectos. Barcelona. España

resumen

Fundamento: Estudios realizados en distintos periodos y países han puesto de manifiesto una mayor prevalencia de patología psiquiátrica y consumos de psicofármacos en las personas con discapacidad intelectual. El objetivo de este trabajo era conocer el patrón de evolución de tal consumo en la población atendida en una unidad residencial especializada en diagnóstico dual (discapacidad intelectual y enfermedad mental).

Métodos: Los datos de consumo de fármacos del grupo N se obtuvieron del registro informático de prescripciones de que dispone la unidad residencial. Los nombres comerciales se convirtieron en códigos ATC y las dosificaciones a DDD. No se incluyeron las prescripciones puntuales asociadas a determinados estados (agitación, insomnio, etc.)

Resultados: Los psicolépticos constituyen el grupo más prescrito y el que se prescribe a dosis más altas. Las dosificaciones tienden a aumentar en el tiempo. La explotación estadística insinúa la posible existencia de patrones distintos en la evolución del consumo.

Conclusiones: La existencia de servicios residenciales especializados en diagnóstico dual no parece garantizar, per se, una normalización en lo que respecta a las actuales recomendaciones sobre monoterapia / politerapia y dosificaciones que se manejan en el campo de la psiquiatría.

PALABRAS CLAVE: retraso mental, farmacoepidemiología, ATC, DDD, estudios de utilización de medicamentos, discapacidad intelectual, diagnóstico dual.



abstract

Background: Studies done in different periods and countries have shown a higher prevalence of psychiatric disorders and consumption of psychotropic drugs in people with intellectual disabilities. The aim of this study was to identify the pattern of changes in such consumption among people dealt with in a residential unit specialized in dual diagnosis (intellectual disability and mental illness).

Methods: The drug consumption data of the N group was obtained from computerized records of prescriptions which were available in the residential unit. The trade names became ATC codes and the dosages were called DDD. Specific requirements associated with certain mental states were not included (agitation, insomnia, etc.).

Results: psycholeptics are the most prescribed group, prescribed at higher doses. The dosages tend to increase within time. Statistics suggests the possible existence of different patterns in the evolution of consumption.

Conclusions: The existence of a residential service specialized in dual diagnoses cannot guarantee, per se, a normalization in reference to the current recommendations for monotherapy / polytherapy and dosages which are dealt with in the field of psychiatry.

KEY WORDS: mental retardation, pharmacoepidemiology, ATC, DDD, drug usage studies, intellectual disabilities, dual diagnosis.

introducción ■ ■ ■

La mayor prevalencia de problemas de salud mental en las personas con discapacidad intelectual se ha evidenciado como una constante temporal y geográfica. En relación a la gran prevalencia de patología mental se han argumentado criterios biológicos (genéticos, neurológicos), psicológicos (vulnerabilidad a estresores, limitaciones comunicativas) y ambientales (aislamiento social, hipoactividad) (Ángel, Rodríguez-Blázquez y Salvador, 1997; Merrick Kandel y Stawski, 2004).

Mientras que en la población general europea se estima que hay una baja prescripción de tratamientos farmacológicos en personas que cumplen criterios DSM-IV especialmente en el ámbito de las depresiones (ESEMEd /MHEDEA, 2000) en la población de personas con discapacidad intelectual se ha establecido como una constante espacio-

temporal la alta prescripción, polipsicofarmacología y dosificaciones altas de forma crónica (De-Anta, Martí, Mata, Pol, Quesada, Van-Der-Hofstadt y Vegara, 1998; Novell, Rueda y Salvador-Carulla, 2004; Pol, 1999; Singh, Ellis y Wechsler, 1997; Spreat y Conroy, 1998; Spreat, Conroy y Fullerton, 2004; Stolker, Heerdink, Leufkens, Clerkx y Nolen, 2001; Stolker, Koedoot, Heerdink, Leufkens y Nolen, 2002). Desde hace un tiempo han aumentado las voces que alertan de la falta de indicios de efectividad, presencia de efectos adversos y repercusión negativa en la calidad de vida. Recientemente la Sección de Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual de la WPA ha elaborado una guía internacional para la prescripción de psicofármacos en la población objeto de estudio (Deb, Kwok, Bertelli, Salvador-Carulla, Bradley, Torr y Barnhill, 2009).

A nuestro entender, la revisión crítica de la psicofarmacología debe ir acompañada de una revisión, igualmente crítica, de las intervenciones no farmacológicas. En este



sentido, tan escasos son los estudios de eficacia de los recursos farmacológicos (Aman, Collier-Crespin y Lindsay, 2000; Antochi, Stavrakaki y Emery, 2003; Artigas-Pallarés, 2006) como de las alternativas (Franco, García, Goñi, Geijo, Orihuela, Gómez y, Conde, 1997). Difícilmente se encuentra en la literatura científica revisiones de intervenciones no farmacológicas que vayan más allá del caso único (Franco, García, Goñi, Geijo, Orihuela, Gómez y, Conde, 1997; Hassiotis y Sturme, 2010).

Es en este sentido en que debe contextualizarse el presente trabajo que debe ser entendido como una propuesta metodológica más que como presentación de resultados.

material y métodos ■■■

La muestra objeto de estudio fue la de 24 personas adultas con discapacidad intelectual, entre límite y moderada, y enfermedad mental grave atendidos en la Residencia El Lluc, servicio especializado dependiente de la Asociación Cívica de Ayuda Mutua (ACAM). Las edades, a 31-12-2004, estaban comprendidas entre 18 y 56 años ($m=34,28$, $SD=9,98$). La distribución por sexo era de 37,50% mujeres (m edad= 37,11, $SD=13,56$) y 62,50% hombres (m edad= 32,58, $SD=7,58$).

Para el presente estudio utilizamos el registro informático de prescripciones a la entrada (2004) y a 31 de diciembre desde 2005 hasta 2009 de los residentes que permanecieron de forma ininterrumpida durante este periodo. Se utilizó la metodología ATC-DDD recomendada por la OMS para los estudios de utilización de medicamentos (WHO, 2009)

Utilizamos la tabla nomenclator (DI0041) de la BBDD Digitalis 2009 12 st.mdb para la asignación de los códigos ATC y las DDD (Nomenclátor Digitalis, 2009). Las rutinas de manipulación y

conversión se realizaron por medio de algoritmos diseñados en Microsoft Excel 2007. La explotación estadística se realizó con el SPSS 17.0

resultados ■■■

Como puede observarse en las Tablas 1, 2 y 3, los psicodélicos constituyen el grupo más prescrito y el que se prescribe a dosis más altas. Los antiepilépticos, como eutimizantes y para el tratamiento de los problemas de conducta, constituyen el segundo grupo más prescrito. Su dosificación tiende a ser ligeramente inferior a la DDD. El tercer grupo, con dosis inferiores a 0,5 DDD, los constituyen los medicamentos contra el parkinson. Los psicoanalépticos constituirían el grupo de los psicofármacos menos prescritos pero con dosificaciones próximas a la DDD.

Tabla 1. Prescripciones en números absolutos y relativos por grupos terapéuticos principales

	Prescripciones						Prescripciones					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Grupo terapéutico principal												
N01 Anestésicos	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N02 Analgésicos	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
N03 Antiepilepticos	23	24	34	36	37	34	23,00%	24,24%	30,63%	31,30%	30,58%	30,09%
N04 Medicamentos contra el parkinson	9	11	12	14	16	14	9,00%	11,11%	10,81%	12,17%	13,22%	12,39%
N05 Psicolepticos	61	58	59	61	64	62	61,00%	58,59%	53,15%	53,04%	52,89%	54,87%
N06 Psicoanalgesicos	7	6	6	4	4	3	7,00%	6,06%	5,41%	3,48%	3,31%	2,65%
N07 Otros del SN	0	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	100	99	111	115	121	113	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 2. DDD prescritas en números absolutos y relativos por grupos terapéuticos principales

	DDD							%DDD						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
Grupo terapéutico principal														
N01 Anestésicos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
N02 Analgésicos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
N03 Antiepilépticos	18,40	22,62	29,59	32,92	33,80	33,03	23,00%	24,24%	30,63%	31,30%	30,58%	30,09%		
N04 Medicamentos contra el parkinson	3,46	3,96	4,83	5,63	6,73	6,08	9,00%	11,11%	10,81%	12,17%	13,22%	12,39%		
N05 Psicolépticos	85,64	87,21	82,91	95,71	97,45	90,96	61,00%	58,59%	53,15%	53,04%	52,89%	54,87%		
N06 Psicoanalépticos	10,25	5,08	6,92	3,29	3,92	2,67	7,00%	6,06 %	5,41%	3,48%	3,31%	2,65%		
N07 Otros del SN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
	117,75	118,87	124,25	141,55	142,90	132,74	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		

Tabla 3. DDD media por prescripción y grupo terapéutico principal

Grupo terapéutico principal		Media DDD					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
N01	Anestésicos						
N02	Analgésicos						
N03	Antiepilépticos	0,80	0,94	0,87	1,03	0,94	0,97
N04	Medicamentos contra el parkinson	0,38	0,36	0,40	0,40	0,42	0,43
N05	Psicolépticos	1,40	1,50	1,41	1,57	1,52	1,47
N06	Psicoanalgésicos	1,46	0,85	1,15	0,82	0,98	0,89
N07	Otros del SN						

En primer lugar hemos procedido a valorar posibles implicaciones de las variables sexo y edad. Al comparar las medias de DDD entre hombre y mujeres para todos los años y total de fármacos del Grupo N, hemos observado que se puede aceptar la igualdad de varianza (prueba de Levene) y de media (Prueba T). Al realizar la misma prueba para el subgrupo N05, hemos observado que se puede aceptar la igualdad de varianza excepto para el 2004 (prueba de Levene) y de media (Prueba T). Podemos concluir, por tanto, que no hay diferencias de consumo por sexo.

En relación a la edad se ha observado ausencia de correlación entre edad y DDD para el total de prescripciones N y las N05.

En segundo lugar, hemos comparado el número de prescripciones y DDD en los sucesivos años por medio del procedimiento MLG – Medidas repetidas. Las figuras 1 y 2 nos muestran la evolución de los diferentes grupos tanto por prescripciones (Figura 1) como por DDD (Figura 2).



evolución en el consumo de psicofármacos en una unidad de atención residencial

Figura 1. Evolución del número de prescripciones para los grupos terapéuticos principales

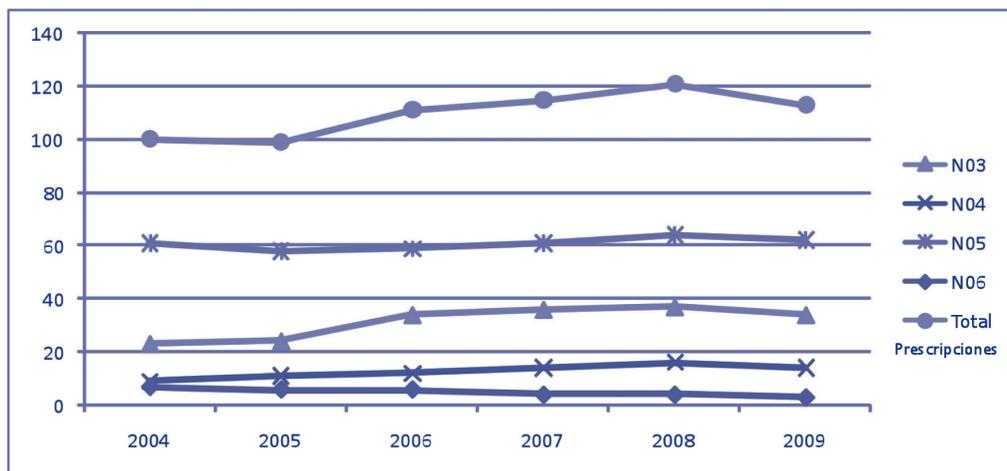
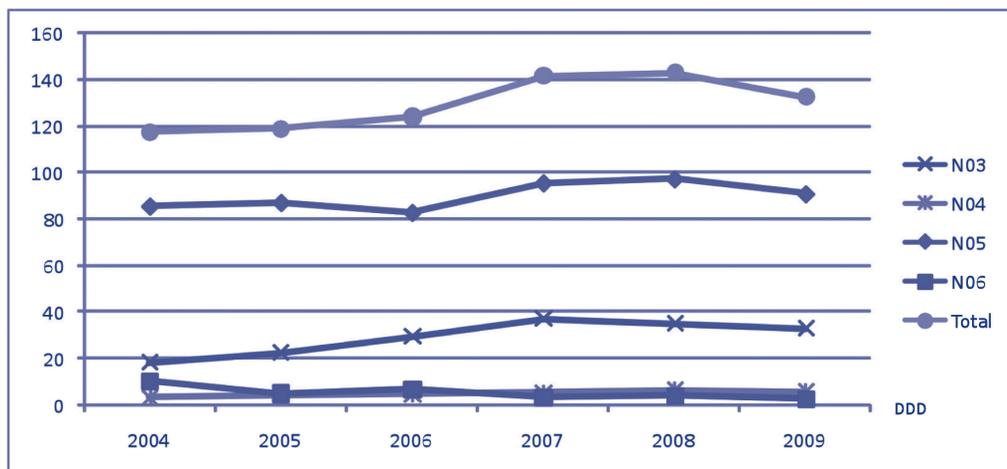


Figura 2. Evolución del número de DDD prescritas para los grupos terapéuticos principales





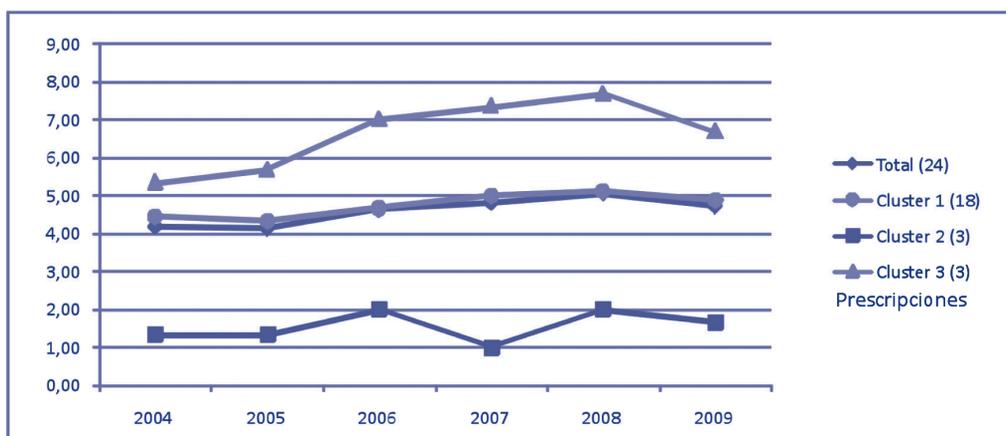
Para las prescripciones se rechazó la hipótesis nula de igualdad de medias (w de Mauchly sig. 0,219; efectos intra-sujetos sig. 0,001). Se observa que las prescripciones de Psicolépticos (N05) y Psicoanalépticos (N06) permanecen estables y que aumentan las de Antiepilépticos (N03) y Antiparkinsonianos (N04).

Para las comparaciones por dosificaciones también puede rechazarse la igualdad de medias (w de Mauchly sig. 0,011; Greenhouse-Geisser sig. 0,011). Se observa que las dosificaciones de antiepilépticos (N03) y en segundo lugar de psicolépticos (N05)

aumentan en el tiempo permaneciendo el resto estable.

En tercer lugar y con el objetivo de detectar grupos de usuarios con perfiles evolutivos de consumo, realizamos un análisis de clústeres por el método de conglomerados jerárquicos, vinculación inter-grupos, distancia euclídea al cuadrado, rango de conglomerados = 3 para el total de fármacos del grupo N, diferenciando entre número de fármacos (Figura 3) y el número de DDD (Figura4). Realizamos el mismo procedimiento pero restringido a los fármacos N05 (psicolépticos) (Figuras 5 y 6).

Figura 3. Clústeres originados por la evolución del número de prescripciones de los grupos terapéuticos principales





evolución en el consumo de psicofármacos en una unidad de atención residencial

Figura 4. Clústeres originados por la evolución de las DDD prescritas de los grupos terapéuticos principales

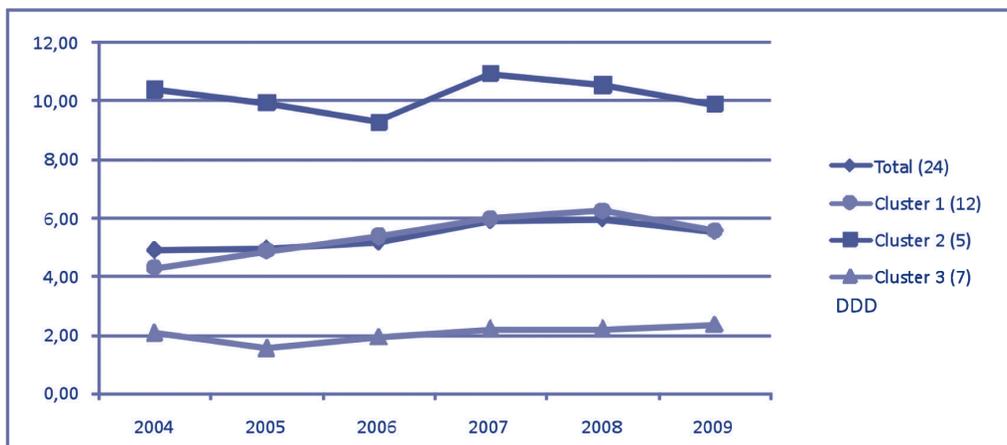


Figura 5. Clústeres originados por la evolución del número de prescripciones del grupo terapéutico N05

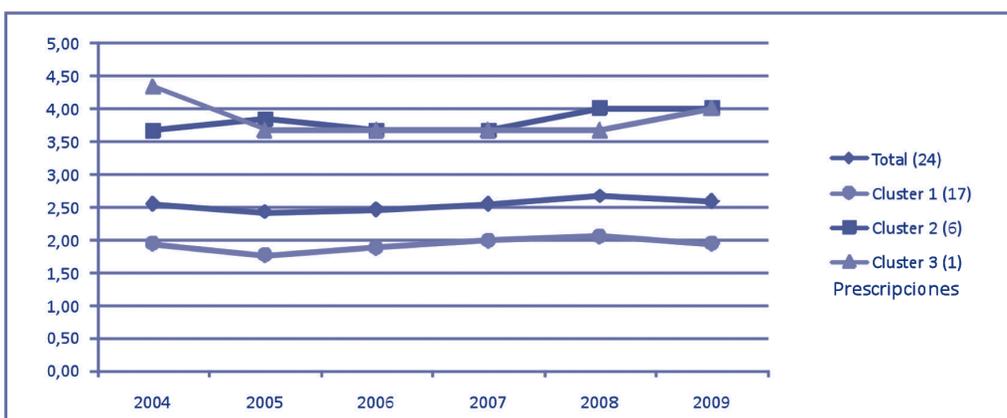
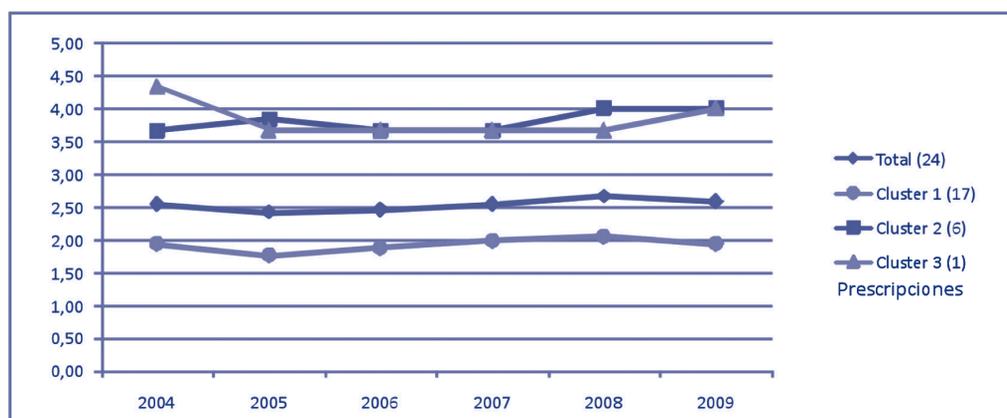


Figura 5. Clústeres originados por la evolución del número de prescripciones del grupo terapéutico N05



Observación 1: En la Figura 3 podemos observar un clúster con 3 casos que se mueve en parámetros de monoterapia (clúster 2). Para los usuarios con mayor número de prescripciones se observa un subdivisión entre un grupo mayoritario que se ha movido siguiendo la tendencia central (clúster 1) y un grupo que, utilizando la terminología del control estadístico de procesos (Kahng, Iwata, Fischer, Page, Treadwell, Williams y Smith, 1998; Pfadt y Wheeler, 1995), se podría definir que se encuentra fuera de control (clúster 3). Al restringir el análisis al N05 (Figura 5) observamos un grupo mayoritario (clúster 1) que parece estabilizarse, en promedio, en 2 fármacos N05. Un segundo grupo se mueve cerca de las 4 prescripciones N05, diferenciándose únicamente en 2 formas de moverse alrededor de tal punto (clúster 2 y 3).

Observación 2: En la Figura 4 podemos observar que hay un grupo minoritario fuertemente estabilizado en las 2 DDD (clúster 3), otro grupo, igualmente minoritario, que oscila próximo a las 10 DDD (clúster 2) y un grupo (clúster 1) que evoluciona con la media. Si volvemos a restringir el análisis al grupo N05 (Figura 6) observamos un grupo mayoritario (clúster 1), comparativamente, de baja dosificación y dos minoritarios de mayor dosificación que se diferencian en su evolución. Un perfil (clúster 3) parece mostrar

una buena adaptación inicial al servicio que se traduce en reducción de las dosificaciones prescritas pero que, con el tiempo precisa de aumento de estas. Por el contrario, el clúster 3, otro grupo presenta dificultades de adaptación que precisa de aumento en las dosis N05 prescritas pero que acaba manifestando una evolución positiva.

discusión ■ ■ ■

En primer lugar vamos a contextualizar los consumos observados. En el estudio SENECA (Novell, Nadal, Smilges, Pascual y Pujol, 2008) que se realizó en Cataluña, con una muestra de 263 personas con discapacidad intelectual leve y moderada, atendidas en servicios comunitarios y mayores de 40 años, se observa, para el año 2003, que el 2,28% de los participantes tenían prescritas DDD iguales o superiores al promedio encontrado en nuestra población en el 2004. Por otro lado, en el ya reseñado trabajo del Dr. Emilio Pol (1999), con una muestra de 862 personas de la provincia de Alicante, que incluía todos los niveles de afectación intelectual, con edades entre 4 y 81 años y atendidos tanto en servicios comunitarios como residenciales se observó, en el periodo 1997-1998, que el porcentaje de participantes con prescripciones iguales o mayores al citado promedio ascendía al



3,13%. Podemos constatar, por tanto, que las dosis observadas en nuestro trabajo, si bien minoritarias, no pueden considerarse anecdóticas.

El reconocimiento efectivo, en los últimos años, de que las personas con discapacidad intelectual pueden presentar patología mental y de que no todo síntoma o conducta puede explicarse por la afectación intelectual ha dado lugar, en Cataluña, a la creación de un dispositivo público específico para dar respuesta a los problemas de salud mental de esta población (2003). Ello constituye una estructura sobre la que se puede crear una red que permita investigar en el tema de la salud mental de las personas con discapacidad intelectual.

El párrafo anterior nos va a permitir definir mejor la población estudiada. Se trata de personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental o trastornos de conducta que no han podido continuar siendo atendidas en servicios generales para personas con afectación intelectual al no haber respondido a tratamiento psiquiátrico ambulatorio. Se trata por tanto de una población con mala respuesta psicofarmacológica.

Los resultados, de carácter exploratorio, de aplicar la metodología de análisis de clústeres al estudio de la evolución del consumo de psicofármacos permitirían la creación de grupos "homógenos" y facilitar la detección de características comunes. Así hipotetizamos que los metabolizadores ultrarrápidos con patologías de control de impulsos y el subgrupo de sujetos con patologías psiquiátricas mayores y mala respuesta a los

tratamientos actuales podrían estar incluidos en los clústeres de mayor consumo.

El estudio que hemos realizado parece apuntar a que constituye un grupo refractario a los psicoanalépticos (N06). Sin embargo la existencia de un grupo minoritario con tratamiento de este grupo podría ayudar a identificar variables predictivas de éxito en su uso.

En relación a los antiepilépticos (N03) identificar aquellos que han resultado más efectivos y las características diferenciales de los residentes que han manifestado buena respuesta puede ayudar a profundizar en el conocimiento empírico de los principios activos más efectivos y los perfiles diana.

Identificar los perfiles de los usuarios que quedan incluidos en los clústeres que manifiestan mejor evolución debería ayudar a establecer los criterios de derivación a servicios residenciales como el que ha sido objeto de este trabajo.

La monitorización rutinaria de las prescripciones y dosificaciones de cada servicio podría permitir una evaluación más objetiva de variables ambientales (horarios, introducción de nuevas actividades, estrategias de intervención no farmacológica, etc.).

Finalmente el análisis de los datos provenientes de un número importante de servicios de la misma tipología permitiría a cada servicio tener un punto de referencia sobre el que comparar sus datos e identificar experiencias exitosas cuyo análisis podría generar prácticas generalizables.

Recibido el 28 de febrero de 2012 y aceptado el 26 de febrero de 2013

Josep Font Roura

*Cl Major, 3. 08105 Sant Fost de Campsentelles. Barcelona
E-mail: lluc@acamcat.org*



bibliografía

Aman, M.G., Collier-Crespin, A. y Lindsay R.L. 82000). Pharmacotherapy of disorders in mental retardation. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, Supl 1, 198-1107.

Ángel, A., Rodríguez-Blázquez, M.C. y Salvador, L. (1997). Nuevos aspectos en la epidemiología psiquiátrica del retraso mental. *II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* [Citado 10 de enero de 2011].

<http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/simpos/s4.html>.

Antochi, R., Stavrakaki, C., y Emery, P.C. (2003). Psychopharmacological treatments in persons with dual diagnosis of psychiatric disorders and developmental disabilities. *Postgrad Med J*, 79, 139-146.

Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento farmacológico del retraso mental. *Rev Neurol*, 42, Supl 1, S109-S115.

De-Anta, A., Martí, B., Mata, G., Pol, E., Quesada, J.A., Van-Der-Hofstadt, M.D., Vegara, M.L. (1998). Uso de psicofármacos en sujetos adultos con retraso mental ingresados en dos centros distintos. *Farm Hosp*, 22 (1), 23-34.

Deb, Sh., Kwok, H., Bertelli, M., Salvador-Carulla, L., Bradley, E., Torr, J. y Barnhill J. (2009). Guía internacional para la prescripción de psicofármacos en el tratamiento de problemas de conducta de adultos con discapacidad intelectual. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 7 (3), 181-186.

Franco, M.A., García, S., Goñi, A., Geijo, S., Orihuela, T., Gómez, J., y Conde, V. (1997). Papel de los psicofármacos en el abordaje de los trastornos psiquiátricos en el retraso mental. *II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad*. [citado 26 de febrero 2009]. <http://www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/simpos/s3.html>

Hassiotis, A., y Sturmey, P. (2010). Randomised Controlled Trials in Intellectual Disabilities and Challenging Behaviours – Current Practice and Future Challenges. *European Psychiatric Review*, 3(2), 39–42.

Kahng, S., Iwata, B.A., Fischer, S.M., Page, T.J., Treadwell, K.R., Williams, D.E. y Smith, R.G. (1998). Temporal distributions of problem behavior based on scatter plot analysis. *J Appl Behav Anal*, 31(4), 593-604.

Merrick, J., Kandel, I. y Stawski, M. (2004). Trends in Mental Health Services for People with Intellectual Disability in Residential Care in Israel 1998–2004. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 4, 281-284.

Necessitats de salut mental en persones amb discapacitat intel·lectual (2003). Barcelona: *Departament de Sanitat i Seguretat Social. Quaderns de salut mental*, 5.

Nomenclátor Digitalis (Base de datos). Versión 2009.12. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. [citado 8 de enero 2010] <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/nomenclatorDI.htm>.

Novell, R., Nadal, M., Smilges, A., Pascual, J. y Pujol, J. (2008). SENECA Envejecimiento y discapacidad intelectual en Cataluña INFORME EJECUTIVO. Apps, Federación Catalana Pro-personas con Discapacidad Intelectual. Diciembre 2008.

Novell, R., Rueda, R. y Salvador-Carulla, L. (Coord.) (2004). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores*. 3ª ed. Madrid: FEAPS.

Pfadt, A. y Wheeler, D.J. (1995). Using statistical process control to make data-based clinical decisions. *J. Appl Behav Anal*, 28, 349-370.

Pol, E. (1999). *Utilización de psicofármacos por sujetos con retraso mental* [Tesis doctoral]. Universidad Miguel Hernández. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología.

Singh, N.N., Ellis, C.R. y wechsler H. (1997). Psychopharmacoepidemiology of Mental Retardation: 1966 to 1995. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7(4), 255-266.

Spreat, S, Conroy, J.W. y Fullerton A. (2004). Statewide longitudinal survey of psychotropic medication use for persons with mental retardation: 1994 to 2000. *Am J Ment Retard*, 109(4), 322-331.

Spreat, S. y Conroy, J. (1998). Use of Psychotropic medications for persons with mental retardation who live in Oklahoma Nursing Homes. *Psychiatr Serv*, 49, 510-512.

Stolker, J.J., Heerdink, E.R., Leufkens, H.G., Clerkx, M.G. y Nolen, W.A. (2001). Determinants of multiple psychotropic drug use in patients with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning and psychiatric or behavioural disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 23, 345-349.

Stolker, J.J., Koedoot, P.J., Heerdink, E.R., Leufkens, H.G. y Nolen W.A. (2002). Psychotropic drug use in intellectually disabled group home residents with behavioural problems. *Pharmacopsychiatry*, 35, 19-23

The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project (2004). *Acta Psychiatr Scand*, 109 Supl 420, 55-64.

WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2010. (2009). Oslo: The WHO.