

Consumo de antipsicóticos en la Oficina de Farmacia

D. José Ángel López Roldán
Grado en Farmacia
Curso 2016/2017

Resumen.

Introducción y objetivos:

Las psicosis, como la esquizofrenia, son trastornos mentales graves que suelen ir acompañadas de alucinaciones y delirios. La esquizofrenia afecta a 21 millones de personas en el mundo y se inicia en la adolescencia, afectando de forma más frecuente a hombres que a mujeres. No se ha podido identificar una única causa para esta patología. La enfermedad posee dos tipos de sintomatología: síntomas positivos (agitación, alteraciones del pensamiento) y negativos (alogia, falta de emotividad). El tratamiento de dicha enfermedad se centra en emplear fármacos antipsicóticos (típicos o atípicos).

Dado el aumento del uso de antipsicóticos en los últimos años, este trabajo pretende analizar el consumo del grupo terapéutico "N05A" (antipsicóticos), durante el periodo de un año, desde una oficina de farmacia.

Materiales y métodos:

Los datos de los fármacos antipsicóticos dispensados fueron recogidos mes a mes, clasificados por principio activo (PA), dosis, género y edad, con el fin de calcular la dosis habitante día (DHD). Los datos fueron obtenidos empleando el software de gestión farmacéutica Farmatic® y analizados utilizando el programa Microsoft Office Excel 2016.

Resultados y discusión:

Se recogieron un total de 845 dispensaciones correspondientes a principios activos del grupo ATC "N05A. Antipsicóticos" habiendo un predominio de los antipsicóticos atípicos frente a los típicos, con un 58% y un 42% respectivamente. El principio activo con más dispensaciones ha sido la Risperidona (21,78%), no obstante, el principio activo más consumido ha sido la Olanzapina (3,66 DHD). Se obtuvo una ligera diferencia de dispensación entre hombres y mujeres, siendo mayor en el caso de las mujeres y observándose que el intervalo de edad más representado es [51-60].

Conclusiones:

En el estudio se observa que son las mujeres las que más consumen antipsicóticos. Existen varios principios activos de neurolépticos que no se han dispensado en el año estudiado, debido a sus efectos adversos graves. Prevalece el consumo de antipsicóticos atípicos frente a los típicos y el principio activo más consumido fue la Olanzapina.

Abstract.

Introduction and objectives:

Psychoses, including schizophrenia, are serious mental disorders that are often accompanied by hallucinations and delusions. Schizophrenia affects 21 million people worldwide, begins in adolescence and usually affects men more than women. It was no possible to identify a single cause for this pathology. The disease has two types of symptomatology: positive (e.g., agitation or alterations of thought) and negative symptoms (e.g., alogia or lack of emotion). The treatment of this disease focuses on the use of antipsychotic drugs (typical or atypical).

Since the use of antipsychotics have increased in recent years, this paper attempts to analyze the consumption of the therapeutic group "N05A" (antipsychotics) during the period of one year, from a pharmacy office.

Material and methods:

The data of the antipsychotic dispensed were collected month by month. They were classified by active ingredient (PA), dose, gender and age, in order to calculate the daily inhabitant dose (DHD). The data were obtained by Farmatic pharmaceutical management software and analyzed using Microsoft Office Excel 2016.

Results and discussion:

There was a total of 845 dispensations corresponding to active ingredients of the ATC group 'N05A. Antipsychotics'. There was a predominance of atypical antipsychotics versus typical antipsychotics, with 58% and 42% respectively. The most widely dispensed active ingredient was Risperidone (21.78%); however, the most consumed active ingredient was Olanzapine (3.66 DHD). There was a slight difference between consumption by men and by women, being higher in the case of women. The most representative age range was [51-60].

Conclusions:

The study shows that women consume more antipsychotics than men. There are several active neuroleptic drugs that have not been dispensed in the year studied, due to their serious adverse effects. The consumption of atypical antipsychotics versus the typical ones is higher and the most consumed active ingredient was Olanzapine.

Índice.

Introducción.....	1
Objetivos.....	3
Materiales y métodos.....	3
Resultados y discusión.....	4
Conclusiones.....	10
Bibliografía.....	11

Introducción.

Las psicosis, entre ellas la esquizofrenia, son trastornos mentales graves que están caracterizados por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como pérdida de contacto con la realidad. Además, las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad del paciente, de las cuales está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario)¹.

La esquizofrenia afecta a 21 millones de personas en todo el mundo. En España afecta a 400.000 personas, lo que supone un 2% de la población. Por lo general, la enfermedad se inicia durante la adolescencia -e incluso en la infancia- o al entrar en la edad adulta, afectando de forma más frecuente a hombres (12 millones) que a mujeres (9 millones). Sin embargo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana (15-24 años) mientras que las mujeres desarrollan la enfermedad más tarde (25-34 años)².

No se ha podido identificar una única causa para la esquizofrenia. Se considera que la esquizofrenia puede estar provocada por la interacción entre la genética y una serie de factores ambientales. También, los factores psicosociales pueden contribuir a la esquizofrenia².

Según los resultados del proyecto europeo EU-WMH (The EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative), promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos de salud mental representan una importante carga para la sociedad y están asociados a graves pérdidas, en términos de productividad laboral. Existe una clara asociación entre la presencia de problemas de salud mental y menores ingresos económicos, al igual que estar en situación de desempleo o de discapacidad supone un factor de riesgo clave para la presencia de trastornos mentales en el entorno de la Unión Europea, siendo las mujeres quienes tienden a hacer un mayor uso de los servicios de atención sanitaria, en comparación con los hombres³.

Respecto a las características clínicas principales de la enfermedad, la sintomatología se puede dividir en síntomas positivos (alucinaciones, delirios, agitación, alteraciones del pensamiento) y síntomas negativos (alogia, falta de emotividad y afectos)⁴. La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos (crisis) con fases estables de remisión total o parcial (estabilización), que se alternan sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas.

El tratamiento de la esquizofrenia se centra en tratar de suprimir los síntomas de la enfermedad. El tratamiento consiste en medicamentos antipsicóticos y varios tratamientos psicosociales⁵. El método con medicamentos antipsicóticos (también denominados neurolépticos, tranquilizantes mayores o antiesquizofrénicos) se dividen en dos clases:

- Típicos, clásicos o de 1ª generación; que son eficaces contra los síntomas positivos, pero generan sintomatologías extrapiramidales y empeoran los síntomas negativos. Actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos D₂.
- Atípicos o de 2ª generación; que poseen la misma eficacia frente a los síntomas positivos, pero tienen un perfil más favorable sobre los efectos extrapiramidales y, además, son eficaces contra los síntomas negativos⁴. Se caracterizan por bloquear simultáneamente los receptores dopaminérgicos D₂ y los receptores serotoninérgicos 5HT₂.

En cuanto a la otra forma de tratar la enfermedad, los tratamientos psicosociales, pueden ayudar a las personas con esquizofrenia que están estables, facilitándoles apoyo para enfrentar a los problemas de comunicación, en el trabajo y para establecer relaciones sociales⁵.

Objetivos.

El objetivo de este estudio es analizar el consumo de antipsicóticos (grupo terapéutico N05A), durante el periodo de un año, desde una oficina de farmacia situada en el municipio de El Sauzal, con el fin de constatar cuál es el principio activo más dispensado y estudiar algunas de las variables de la población investigada.

Materiales y métodos.

Los datos aquí publicados están recogidos con el consentimiento del farmacéutico titular de la oficina de farmacia "El Sauzal", D. Yone Quintana Mayor y haciendo uso del software de gestión farmacéutica Farmatic®.

El grupo de clasificación ATC recopilado fue el "N05A. Antipsicóticos". Se anotaron todas las dispensaciones realizadas desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2016 y obtenidas a partir de las prescripciones hechas, tanto a cargo del Servicio Canario de Salud (SCS), como a través de receta médica privada.

Los datos han sido recogidos, mes a mes, por principio activo (PA), dosis, género y edad, con el fin de calcular la dosis habitante día (DHD).

El cálculo de la DHD se ha realizado utilizando las dosis diarias definidas (DDD) de los PA establecidas por la OMS y publicadas en la web de WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology⁶.

Los datos presentados se han calculado con la versión ATC/DDD del año 2017. La cifra poblacional se ha establecido en 2.800 habitantes, puesto que no se dispone de datos de todas las oficinas de farmacia del municipio sino únicamente de una y, según la Ley 4/2005, de 13 de julio, de ordenación farmacéutica de Canarias, el módulo de población, por oficina de farmacia, se establece en este número⁷.

Las tablas y gráficas se han realizado haciendo uso del programa informático Microsoft Office Excel 2016.

Resultados y discusión.

Se recogieron un total de 845 dispensaciones correspondientes a principios activos del grupo ATC "N05A. Antipsicóticos". Estos principios activos se pueden clasificar en dos clases: típicos, clásicos o 1ª generación (Clorpromazina, Levomepromazina, Flufenazina, Periciazina, Haloperidol, Sulpirida, Tiaprida y Zuclopentixol) y en atípicos o de 2ª generación (Quetiapina, Olanzapina, Risperidona y Aripiprazol) (**Fig. 1**). Además, existen otros principios activos, tanto típicos como atípicos, que no han sido incluidos por no existir dispensaciones durante el año estudiado, como es el caso de la Clozapina.

El hecho de que no se haya dispensado Clozapina durante el pasado año, se debe a que tiene un uso exclusivo para casos de resistencia al tratamiento convencional, además de generar agranulocitosis como su inconveniente más grave. No obstante, posee mayor acción antipsicótica que los antipsicóticos de 1ª generación y apenas produce efectos extrapiramidales⁸.

Clase Antipsicóticos	Principio activo	Nº dispensaciones
Típicos	Clorpromazina	16
	Levomepromazina	163
	Flufenazina	5
	Periciazina	3
	Haloperidol	58
	Sulpirida	32
	Tiaprida	21
	Zuclopentixol	54
Atípicos	Quetiapina	175
	Olanzapina	103
	Risperidona	184
	Aripiprazol	31

Figura 1. Antipsicóticos dispensados y agrupados según su clase del 1 de enero de 2016 a 31 de diciembre de 2016.

Porcentualmente, se observa que los neurolépticos más dispensados, durante el periodo de un año, han sido los de 2ª generación, con un 58% frente a un 42% de los de 1ª generación (**Fig. 2**). Esto no es de extrañar debido a que, con los años, se han empleado con mayor frecuencia los antipsicóticos atípicos al presentar una misma eficacia que los típicos, pero con menores efectos extrapiramidales⁴.

Esto también se ve reflejado en un estudio realizado en 2009, en el cual se aprecia que los antipsicóticos de 2ª generación fueron ganando terreno frente a los de 1ª generación (**Fig. 3**)⁹. Como se puede observar, los resultados de este estudio coinciden con los resultados obtenidos en el estudio presente.



Figura 2. Clasificación de los antipsicóticos según su clase en típicos y atípicos.

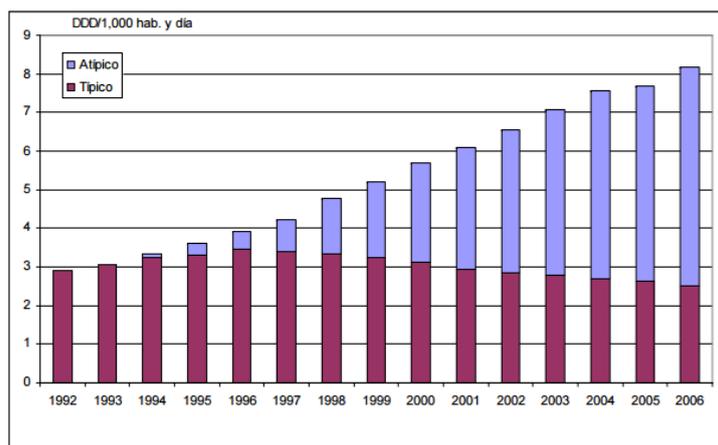


Figura 3. Utilización de antipsicóticos en España. Datos expresados en DDD/1.000 hab. y día. Sistema Nacional de Salud.⁹

Dentro de los antipsicóticos atípicos, el principio activo más dispensado es la Risperidona seguido de la Quetiapina y de la Olanzapina. En el caso de los neurolépticos típicos, el principio activo que más se ha dispensado es la Levomepromazina, esto se muestra en la **Figura 4**.

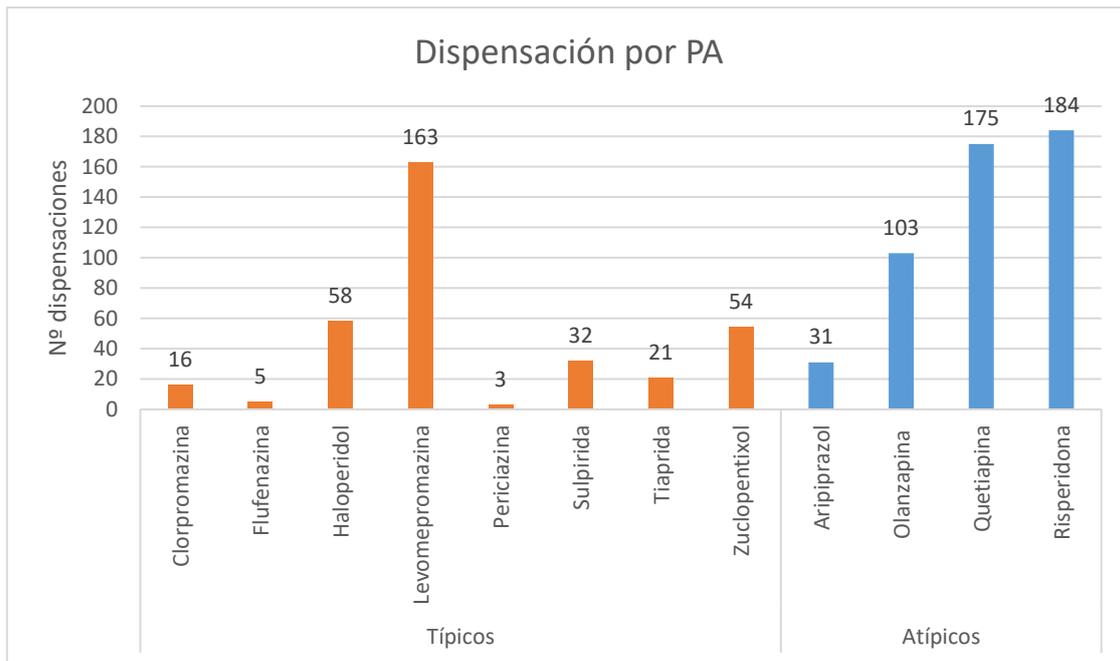


Figura 4. Clasificación de la dispensación por clase y principio activo.

Durante el periodo del estudio, la Risperidona fue el principio activo más dispensado (21,78%), puesto que tiene una actividad similar a los antipsicóticos típicos incluso a dosis bajas (<6 mg / día), lo que conlleva a que los efectos motores sean mínimos, siendo ampliamente prescrita y bien recibida⁸. No obstante, presenta efectos adversos como los trastornos metabólicos y el aumento de peso, con el consiguiente riesgo metabólico y cardiovascular. Además, no se recomienda emplear Risperidona en pacientes de edad avanzada o con demencia, por riesgo de accidente cerebrovascular¹⁰.

Se ha de destacar que la forma farmacéutica más dispensada ha sido el Risperdal® solución oral 1 mg/ml 100 ml, suponiendo ésta un 27,13% del total de las dispensaciones registradas de este principio activo.

En el estudio realizado en la Oficina de Farmacia, se observa que el antipsicótico más consumido es la Olanzapina (**Fig. 5**), a pesar de que la Risperidona haya sido la más dispensada. Esto es así, porque la Olanzapina precisa dosis más elevadas.

Este elevado consumo se debe a que la Olanzapina tiene efectos más amplios que los compuestos tradicionales sobre la esquizofrenia, presentando actividad antidepresiva y ansiolítica, pese a que se ha restringido su uso a pacientes con demencia por aumentar el riesgo de episodios isquémicos cerebrales¹¹. También hay que decir, que los efectos secundarios de la Olanzapina son, en su mayoría, benignos, sin parkinsonismo, acatisia leve ni discrasias sanguíneas⁸. Sin embargo, junto con la Clozapina y la Quetiapina son de los fármacos con más capacidad para inducir trastornos metabólicos y aumento de peso. Además, pueden producirse, aunque es infrecuente, efectos anticolinérgicos (sequedad de boca y estreñimiento)¹⁰.

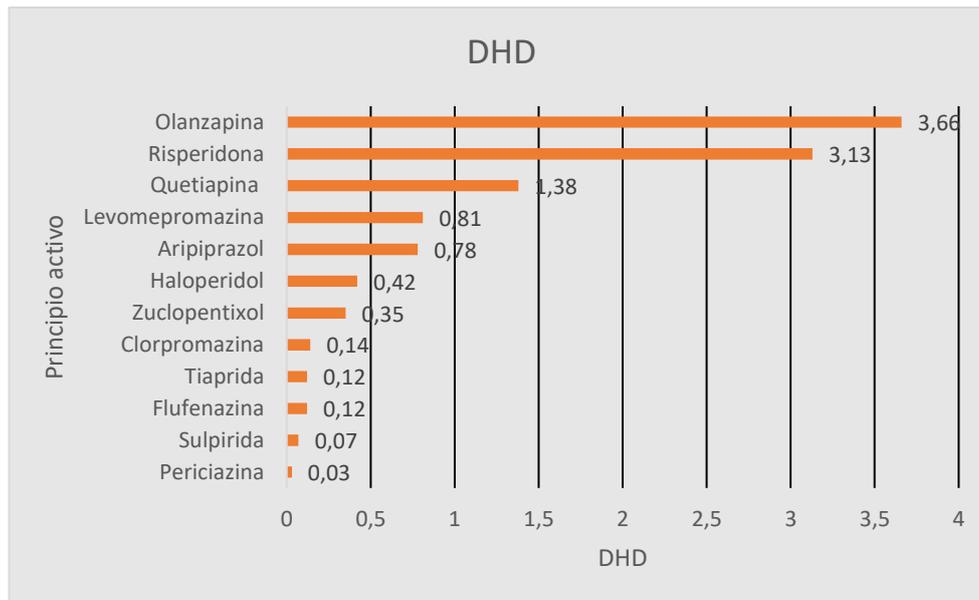


Figura 5. Consumo de neurolépticos de enero de 2016 a diciembre de 2016

Sin embargo, hay otros principios activos que no han sido tan consumidos, como es el caso de la Clorpromazina y el Haloperidol. Aunque la Clorpromazina es un potente antipsicótico, el fármaco tiene efectos secundarios motores significativos, sedantes, y efectos cardiovasculares; en consecuencia, su uso en la esquizofrenia ha disminuido gradualmente a lo largo de los años. El Haloperidol tiene la misma potencia antipsicótica como la Clorpromazina, pero no presenta varios de sus efectos adversos más importantes, como los cardiovasculares o efectos sedantes. Sin embargo, posee efectos motores importantes, incluso con la dosis más baja⁸.

En un estudio reciente, que recoge datos de la Unión Europea entre el 2005-2010, se aprecia que el consumo de neurolépticos continúa aumentando en España, pasando de 8 DHD en 2006 a más de 10 DHD en el 2010. Además, se puede observar que la Risperidona y la Olanzapina siguen encabezando la lista de los antipsicóticos más empleados. También, en el resto de países de la Unión Europea se puede ver que el consumo de antipsicóticos se ha incrementado¹².

Otro estudio, realizado en 2009, también puso de manifiesto que se ha producido un aumento notable del uso de antipsicóticos en España. Estando los datos expresados en dosis diarias definidas por mil habitantes y día o DHD, podemos observar que se ha pasado de un consumo próximo a las 3 DHD a más de 8 DHD⁹ (**Fig. 6**), destacando dentro de los nuevos medicamentos la Risperidona y la Olanzapina.

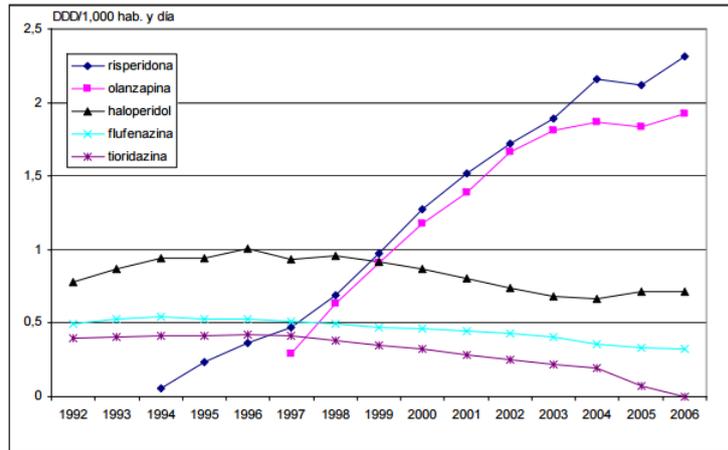


Figura 6. Utilización de antipsicóticos en España. Datos expresados en DDD/1.000 hab. y día. Sistema Nacional de Salud.⁹

Se obtuvo una ligera diferencia entre el consumo por parte de hombres y por parte de mujeres, siendo mayor en el caso de las mujeres (**Fig. 7**), en consonancia a los datos obtenidos en otros estudios, en los que se ha visto un consumo mayor por parte de las mujeres³. Dato relevante, ya que, estadísticamente, los hombres son los que más padecen la esquizofrenia (12 millones frente a los 9 millones de mujeres), pero son las mujeres las que más acuden a los servicios sanitarios.



Figura 7. Representación gráfica de dispensación por sexos

Con respecto al rango de edades de los individuos, podemos observar que el intervalo de edad más representado es [51-60] seguido de [81-90] (**Fig. 8**). Se aprecia que la mayor parte del consumo (96,7%) está recogida a partir del intervalo [41-50], lo cual es coherente teniendo en cuenta que las enfermedades para las que se emplean estos fármacos son menos frecuentes a edades más tempranas. Además, vemos que el consumo por parte de los hombres es significativamente mayor en los primeros intervalos de edad, como era de esperar teniendo en cuenta que las mujeres debutan más tarde².

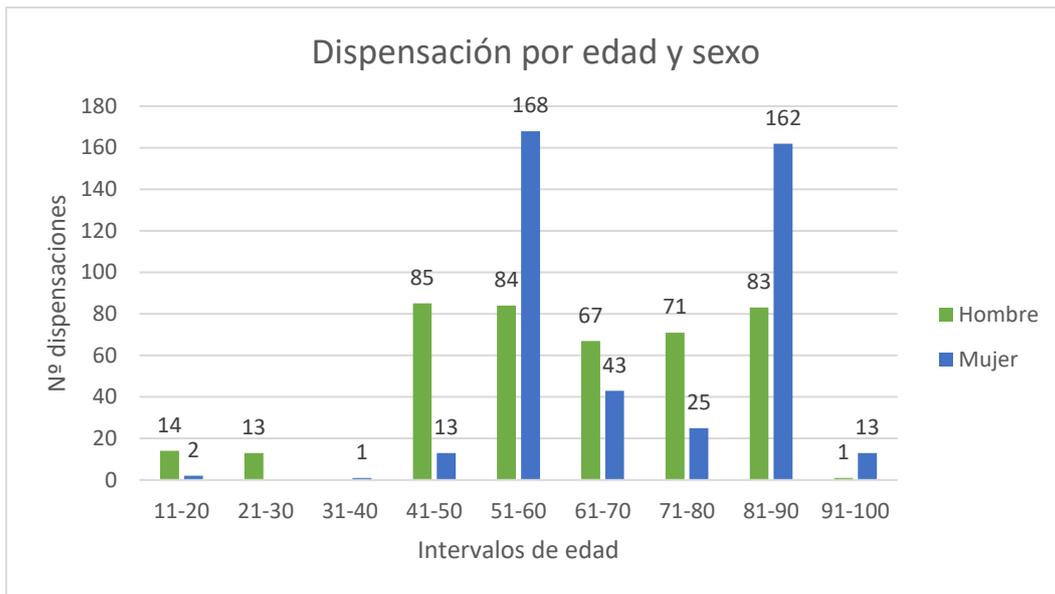


Figura 8. Representación de dispensación por sexos y edades

Conclusiones.

Las conclusiones obtenidas se enumeran a continuación:

1. Los antipsicóticos con mayor dispensación en la zona estudiada son los atípicos, siendo la Risperidona el principio activo más dispensado.
2. Se dispensan más antipsicóticos a mujeres que a hombres, siendo el intervalo de edad más representativo [51-60]. Dato relevante, ya que, estadísticamente, los hombres son los que más padecen la esquizofrenia (12 millones frente a los 9 millones de mujeres).
3. A pesar de que Risperidona ha sido el principio activo más dispensado, el más consumido ha sido la Olanzapina.
4. La Clozapina no fue dispensada durante el periodo estudiado, debido a sus efectos adversos graves.

Bibliografía.

¹OMS. Organización Mundial de la Salud [Sede Web], Centro de prensa, Trastornos mentales, Nota descriptiva N°396, abril 2017. [Consultado 15 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

²OMS. Organización Mundial de la Salud [Sede Web], Centro de prensa, Esquizofrenia, Nota descriptiva N°397, abril 2016. [Consultado el 15 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

³EU-WMH. The EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative [Sede Web], 2011. [Consultado el 16 de abril de 2017] Disponible en: <http://www.eu-wmh.org>

⁴H. P. Rang, M. M. Dale, J. M. Ritter, R. J. Flower. Rang y Dale Farmacología. 6ª edición. Barcelona, España: Elsevier; 2008. p. 545-556.

⁵NIMH. National Institute of Mental Health. Schizophrenia Treatments [Sede Web]. 2015. [Consultado el 15 de abril de 2017] Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml#part_145431

⁶WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology [Sede Web]. [Consultado el 25 de mayo de 2017]. Disponible en: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/

⁷BOE. Boletín Oficial del Estado [Sede Web], Ley 4/2005, de 13 de julio, de ordenación farmacéutica de Canarias, Título II, Capítulo I, Sección 3, Artículo 21, Página 5. [Consultado el 8 de junio de 2017] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/08/19/pdfs/A28898-28914.pdf>

⁸Tamminga CA. Mecanismos de Tratamiento: Fármacos antipsicóticos Tradicionales y Nuevos [Sede Web]. *Diálogos en Neurociencia Clínica*. 2000. p. 281-286. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181604/#>

⁹Carvajal A, García del Pozo J, de Abajo FJ. Utilización de antipsicóticos en España, 1992-2006 [Sede Web]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) 2009. [Consultado el 15 de abril de 2017] Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antipsicoticos.pdf>

¹⁰Enrique Álvarez, Consuelo Almenar. Antipsicóticos en neurología: farmacología, indicaciones y utilización clínica. En: J. Zarranz, J. Meana, J. González-Menacho. Neurofarmacología contemporánea. Barcelona, España: Elsevier; 2011. p. 43-70.

¹¹Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Medicamentos. Madrid, España, 2015. p. 2287-2291.

¹²Raschi E, Poluzzi E, Godman B, Koci A, Moretti U, Kalaba M, et al. Torsadogenic Risk of Antipsychotics: Combining Adverse Event Reports with Drug Utilization [Sede Web]. 2013.

[Consultado el 17 de mayo de 2017]

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3835678/#!po=67.2414>