

# Estudio comparativo de patrones prescriptivos en internación psiquiátrica de largo plazo 1995-2009-2021

Gargoloff PD<sup>1,2</sup>, Melia H<sup>1,3</sup>, Albanesi J<sup>1,3</sup>, Perez de Vargas S<sup>1</sup>, Gulayin Maricel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Alejandro Korn, La Plata. Argentina <sup>2</sup> Asociación de Psiquiatras Argentinos APSA <sup>3</sup>Asociación Platense de Psiquiatría APP



## Introducción

La introducción de los Antipsicóticos de segunda generación (ASG) en la década del noventa ha modificado los tratamientos psicofarmacológicos de los trastornos psiquiátricos, tanto en pacientes hospitalizados como en seguimientos ambulatorios. No obstante, y a pesar de las ventajas potenciales de esta nueva clase de fármacos, muchos reportes han encontrado altas dosis diarias totales y elevadas tasas de polifarmacia antipsicótica en pacientes hospitalizados por salud mental<sup>1</sup>. Existe poca información en Argentina<sup>2,3,4</sup>, y hasta nuestro conocimiento, este es el segundo informe comparativo en pacientes institucionalizados de larga estancia en nuestro país<sup>4</sup>.

## Objetivos

El objetivo fue identificar cambios en los patrones de prescripción en pacientes con hospitalización prolongada entre tres periodos diferentes en término de disponibilidad de psicotrópicos. En 1995 cuando la clozapina era el unico ASG y el periodo 2009/2021 con una gama mas amplia de ASG.

## Métodos

Estudio transversal comparativo en tres días censales 15-06-1995, 14-12-2009, 24-02-2021 en el Hospital Neuropsiquiatrico Dr. Alejandro Korn de La Plata, Argentina. Se recopiló información de las historias clínicas de todos los pacientes hospitalizados en las salas de estancia prolongada mediante un formulario ad hoc. Las dosis de antipsicóticos se transformaron a equivalentes de Clorpromazina (eqCPZ)<sup>5</sup>. El estudio fue aprobado por un Comité de Ética independiente.

## Resultados

	1995	2009	2021
Pacientes hospitalizados	1048	698	233
Sala (n)	23	16	9
Masculino % (n)	44.2 (463)	57.2 (399)	50.2 (117)
<b>Diagnostico % (n)<sup>a</sup></b>			
Esquizofrenia	45 (474)	40 (307)	53 (124)
Discapacidad intelectual	28 (290)	31 (238)	38 (90)
Enfermedades mentales orgánicas	12 (128)	6 (46)	4 (9)
Otros	13.5 (140)	23 (177)	9 (22)
<b>Tiempo de la hospitalización</b>			
> 10 años and ≤ 20 años % (n)	36 (377)	25 (174)	28 (66)
> 20 años % (n)	29,5 (309)	41 (285)	65 (152)

<sup>a</sup>Los porcentajes están por debajo 100 % en 1995 ya que había 16 pacientes sin diagnostico, mientras que en 2009 y 2021 los porcentajes están por encima del 100% ya que había pacientes con más de un diagnóstico.

	1995		2009		2021	
	% (n)	Dosis Mediana <sup>a</sup>	% (n)	Dosis Mediana <sup>a</sup>	% (n)	Dosis Mediana <sup>a</sup>
Esquizofrenia	89 (423)	756	95.2 (292) <sup>c</sup>	768	94.3 (117)	675
Disc. intelectual	78.9 (228)	<sup>b</sup>	81.5 (194)	500	77.7 (70)	600

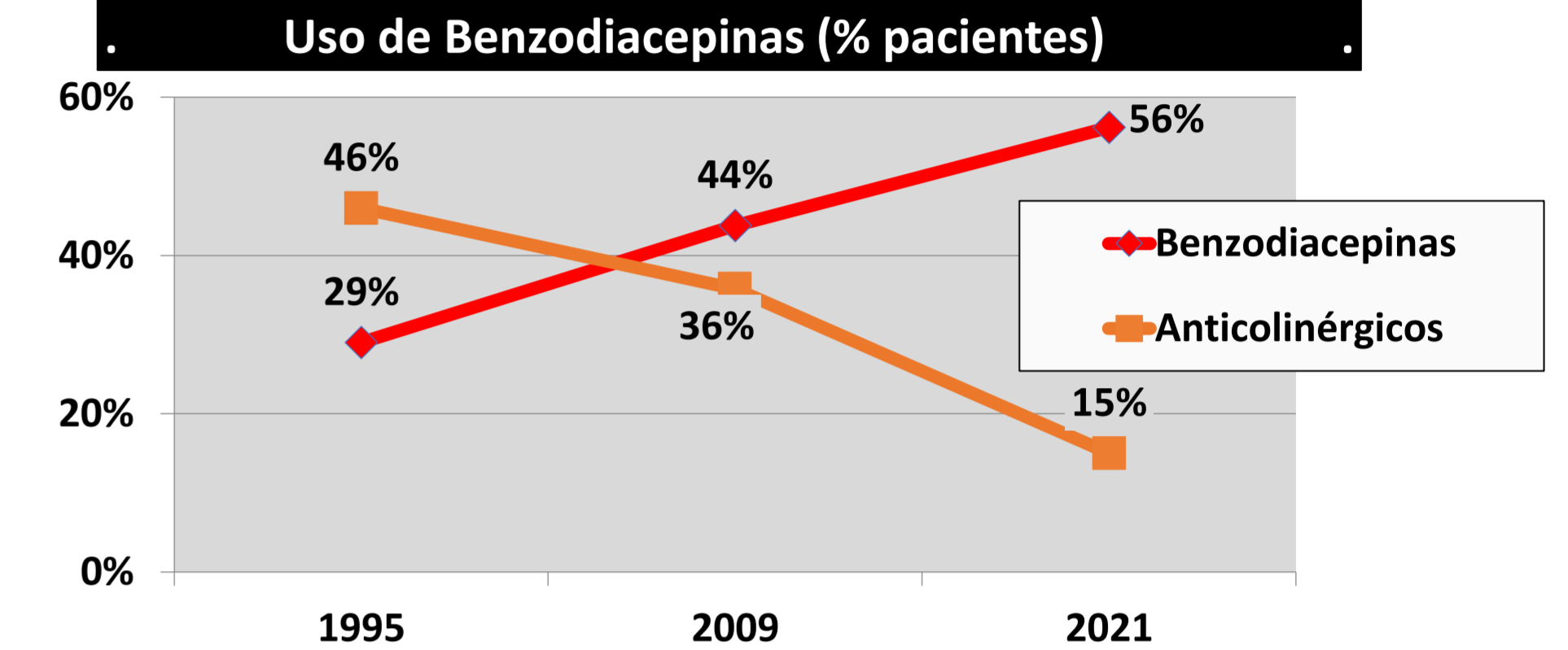
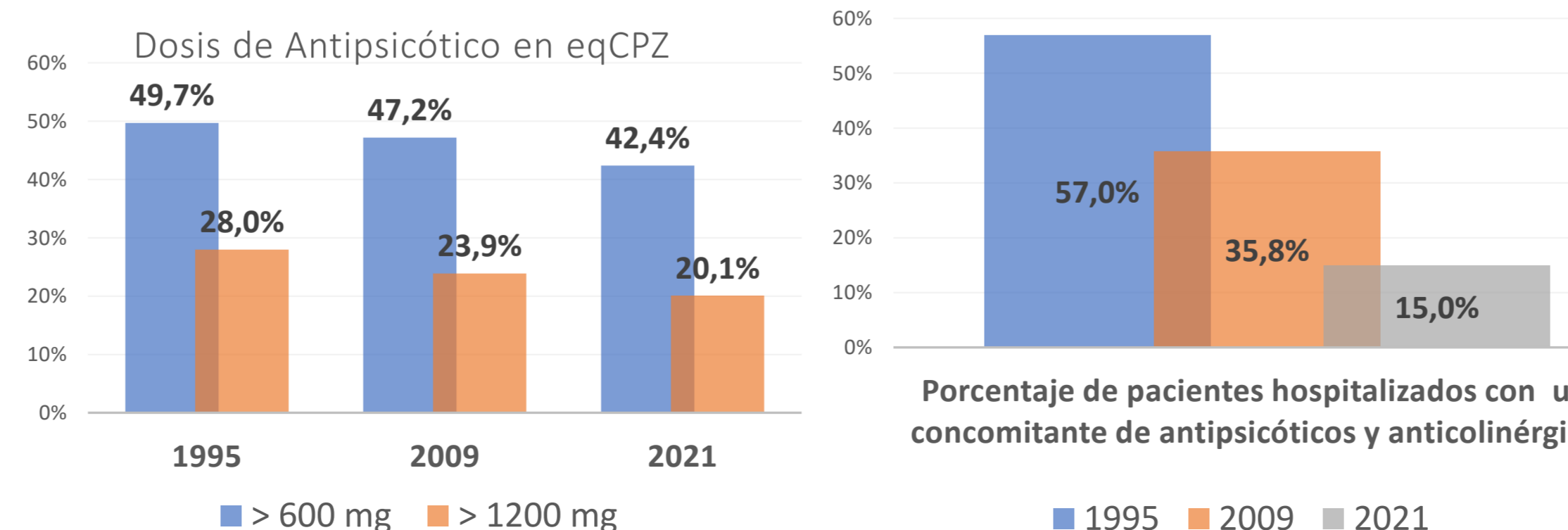
<sup>a</sup> Antipsicóticos expresados en eqCPZ<sup>3</sup> <sup>b</sup>Sin Datos

	1995	2009	2021
Esquizofrenia	55.2 (262)	64.4 (198)	86.2 (107)
Discapacidad intelectual	58.3 (169)	56 (133)	74.4 (67)
Total pacientes internados	56 (587)	56.9 (397)	81,5 (190)

Levomepromazina y Prometazina se consideraron AP independientemente de las dosis.

	% (N)			Dosis Mediana		
	1995	2009	2021	1995	2009	2021
Haloperidol	49.6 (520)	38.5 (269)	27.9 (65)	20	20	20
Haloperidol decanoato	11.5 (121)	8.1 (57)	5.2 (12)	150 <sup>k</sup>	150 <sup>k</sup>	150
Tioridazina	18.3 (192)	8.4 (59)	3.9 (9)	300	250	200
Trifluoperazina	9.4 (100)	5.8 (41)	1.7 (4)	20	20	17.5
Clorpromazina	3.7 (39)	5.7 (40)	3.9 (9)	200	200	200
Clotiapina	3.9 (41)	6.9 (48)	11.6 (27)	120	120	40
Levomepromazina	34.4 (361)	35 (244)	35.2 (82)	50	50	37.5
Prometazina	7.1 (75)	18.8 (129)	15.5 (36)	50	50	37.5
Clozapina	3.9 (41)	13.2 (92)	16.7(39)	225	300	350
Olanzapina	N/A	1.8 (13)	13.7 (32)	N/A	10	20
Risperidona	N/A	17.3 (121)	23.2 (54)	N/A	3	3
Quetiapina	N/A	0 (0)	5.6 (13)	N/A	0	200

<sup>k</sup>Dosis mensuales <sup>N</sup> Indica el numero total de pacientes con datos disponibles  
<sup>o</sup>Otros Antipsicóticos de Primera Generación (APG) disponibles en 1995: Pimozida (N1, dosis mediana 100 eqCPZ), Bromperidol (N2, dosis mediana 330 eqCPZ), Pipotiazina palmitato (N2, dosis mediana 375 eqCPZ)



## Conclusiones

A pesar de las limitaciones, este estudio suma evidencia al problema de la polifarmacia antipsicótica, las altas dosis de antipsicóticos y el uso de las benzodiazepinas en las personas hospitalizadas en salas de larga estancia. La introducción de los fármacos ASG no fue seguida de una mejoría significativa en la prescripción racional acorde a las guías clínicas<sup>6</sup>. Dos tercios de las personas con polifarmacia antipsicótica en esquizofrenia pueden pasar a un solo antipsicótico con éxito, en términos de recaída y seguridad, por lo que se amerita un ensayo de monoterapia antipsicótica<sup>8</sup>.

El hallazgo de un aumento en las prescripciones de fármacos sedativos como prometazina y benzodiazepinas, así como la persistencia de alta frecuencia de uso de levomepromazina, podría explicarse por las modestas dosis más bajas de antipsicóticos en 2009 y 2021 o por una mejoría menor de los síntomas positivos e impulsividad con algunos ASG, si bien esto último no fue evaluado en estos censos.

La reducción observada del uso de anticolinérgicos esta en consonancia con las recomendaciones de prescripción de estos agentes y la menor incidencia de parkinsonismo con ASG.

Las políticas de salud mental deben tener en cuenta los datos epidemiológicos. Este es el segundo informe de este tipo y el primero en tener en cuenta datos de mas de 25 años en Argentina. Se necesitan estudios prospectivos mas detallados de los patrones de prescripción, así como programas educativos que refuercen el uso racional de psicotrópicos.

## Referencias

- 1) Paton, C., et al. (2003). Patterns of Antipsychotic and Anticholinergic Prescribing for Hospital Inpatients. *Journal of Psychopharmacology*, 17(2), 223-229.
- 2) Cermignani E., et al. (1996). Estudio descriptivo de uso de fármacos en un hospital neuropsiquiátrico. *Medicamentos y Salud*. 2,(3):111-120.
- 3) de Menil, V., et al. (2009). Rational use and rationale for use: psychiatric medication at an Argentine institution for intellectual disability. *Transcultural psychiatry*, 46(4), 651-71.
- 4) Gargoloff PR., et al. (2012). Prescription patterns in chronic psychiatric hospitalization: 1995-2009 comparison. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2012 Jun (15), Issue Supplement 1. Pages 49–50
- 5) Gardner, D. M., et al. (2010). International consensus study of antipsychotic dosing. *The American journal of psychiatry*, 167(6), 686-93.
- 6) Keepers, G. A., et al. (2020). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 177(9), 868–872.
- 7) Tiihonen, J., et al. (2016). Mortality and Cumulative Exposure to Antipsychotics, Antidepressants, and Benzodiazepines in Patients With Schizophrenia: An Observational Follow-Up Study. *The American journal of psychiatry*, 173(6), 600–606.
- 8) Essock, S., et al. (2011). Effectiveness of switching from antipsychotic polypharmacy to monotherapy. *The American Journal of psychiatry*. 168(7), 702-708.