

Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología

Caracterización de la prescripción de trihexifenidilo y metilfenidato

Liuba Alonso Carbonell,¹ Dulce Ma Calvo Barbado,² Isis Belkis Yera Alós,³ Odalis Rodríguez Gane,⁴ y Pedro López Puig⁵

Resumen

Se realizó un estudio de utilización de medicamentos de tipo prescripción-indicación, de carácter observacional, descriptivo y de corte transversal, con el objetivo de caracterizar el patrón de prescripción del trihexifenidilo y metilfenidato. Se incluyeron la totalidad de pacientes inscritos por metilfenidato y trihexifenidilo, con 348 y 420 respectivamente en el período enero-septiembre de 2004, en el municipio Playa de Ciudad de La Habana. Se comprobó que persisten dificultades en los diagnósticos para los que se prescribe trihexifenidilo y de lo cual difiere el metilfenidato, que los esquemas de tratamiento empleados fueron adecuados para ambos fármacos y que predominó el nivel de atención primaria en la prescripción del trihexifenidilo y terciaria para el metilfenidato.

Palabras clave: Trihexifenidilo, metilfenidato, prescripción, medicamento.

El trihexifenidilo es un medicamento indicado en el parkinsonismo (posencefálico, aterosclerótico e idiopático); como coadyuvante en la terapia de estas formas de parkinsonismo asociado con levodopa; tratamiento de parkinsonismo inducido por fármacos como: benzodiazepinas, fenotiazinas, tioxantenos y butirofenonas.¹⁻⁵ Puede ser prescrito por psiquiatras, neurólogos, clínicos y geriatras. El seguimiento del tratamiento en el área de salud también puede continuarlo el médico general integral.

El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central (SNC) indicado en los casos de: narcolepsia, trastorno de déficit de atención e hiperactividad.^{1,5-7} La prescripción se realiza por médicos especialistas en psiquiatría infantil y neuropediatría que laboren en cualquier nivel de atención médica (Circular E-01/2002. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Farmacia y Óptica. 21 de enero de 2002).

Son muchos los detalles técnicos y legales a tener en cuenta tanto para la prescripción como para la dispensación, por lo que suele ocurrir que muchas veces se incumpla con estas legislaciones en el uso profesional de estos medicamentos. Por ejemplo, cuando se indica para una afección en la que no está aprobado su uso, con recomendaciones de excesos de dosis o que la prescripción sea realizada por un especialista no autorizado.

Una investigación realizada en el 2002 para caracterizar la prescripción de trihexifenidilo en los 29 municipios de Cuba que tenían las mayores tasas de pacientes inscriptos por este fármaco, mostró dificultades en los diagnósticos que motivaban su prescripción, esquemas de dosis incorrectos y duración excesiva de los tratamientos. A partir de estos resultados se realizó un taller multidisciplinario con prescriptores del medicamento y se acordó la confección de una Guía para la Práctica Clínica sobre el manejo de la enfermedad de Parkinson y el síndrome extrapiramital (SEP) inducido por neurolépticos y se dieron orientaciones metodológicas para el uso del trihexifenidilo. Ambos documentos fueron distribuidos a todos los centros asistenciales del país (Calvo DM, Barrientos G, Cires M, Sotolongo Y, Yera I, Araujo D, et al. Guías prácticas para el uso de psicotrónicos y estupefacientes. La Habana: MINSAP; 2003. p . 8-14).

La Dirección Provincial de Salud de Ciudad de La Habana detectó en los balances trimestrales de psicotrónicos y estupefacientes que el trihexifenidilo y el metilfenidato constituyen los medicamentos sometidos a regímenes especiales con mayor consumo en la provincia y que el municipio Playa reporta un alto número de pacientes inscriptos (Informe Balance Trimestral de Consumo de Estupefacientes y Psicotrónicos. Dirección Provincial de Salud Ciudad de La Habana. Enero-Septiembre de 2004).

Esta situación motivó la realización de una investigación con el propósito de caracterizar el patrón de prescripción de trihexifenidilo y metilfenidato en el municipio Playa.

Métodos

Se realizó un estudio de utilización de medicamentos de tipo prescripción-indicación, de carácter observacional, descriptivo y de corte transversal. Se incluyeron la totalidad de pacientes inscriptos por metilfenidato y trihexifenidilo, con 348 y 420 respectivamente en el período enero-septiembre de 2004, en el municipio Playa de Ciudad de La Habana. Se revisaron los certificados médicos registrados en las unidades de farmacias de las diferentes áreas de salud del municipio para obtener datos relacionados con edad del paciente, diagnóstico, dosis diaria prescrita, especialidad y nivel de atención en que labora el médico que emite el certificado. La información fue resumida en números absolutos y porcentajes.

Resultados

La tabla 1 presenta los diagnósticos que motivaron la prescripción de trihexifenidilo. Predominó el SEP con 202 casos (48,1 %), seguido de esquizofrenia paranoide más SEP con 120 pacientes (28,6 %) y la enfermedad de Parkinson con 57 casos (13,6 %). La esquizofrenia paranoide con 6 casos y 5 con demencia más SEP. El resto de las indicaciones estaban representadas por un número menor de casos. En 16 de estos pacientes el trihexifenidilo estaba indicado para enfermedades en las cuales no está descrito el uso de este fármaco (esquizofrenia paranoide, psicosis, Alzheimer, parálisis cerebral, déficit mental ligero, trastorno bipolar, trastorno afectivo y trastorno obsesivo) .

TABLA 1. Distribución de pacientes inscriptos con trihexifenidilo Municipio Playa. Enero-septiembre, 2004

Diagnósticos	Total	
	No.	%
SEP	202	48,1
Esquizofrenia paranoide más SEP	120	28,6
Enfermedad de Parkinson	57	13,0
Esquizofrenia paranoide	6	1,4
Demencia más SEP	5	1,2
Trastorno bipolar más SEP	4	1,0
Trastorno afectivo más SEP	3	0,7
Retraso mental más SEP	3	0,7
Psicosis	3	0,7
Psicosis más SEP	3	0,7
Reacción psicótica aguda	2	0,5
Distonía cervical	2	0,5
Alzheimer	1	0,2
Demencia tardía	1	0,2
Deficit mental ligero	1	0,2
Deficit mental ligero	1	0,2
Enfermedad de Wilson	1	0,2
Epilepsia más retraso mental más SEP	1	0,2
Parálisis cerebral	1	0,2
Reacción paranoide más trastorno de personalidad	1	0,2
Trastorno bipolar	1	0,2
Trastorno afectivo	1	0,2
Trastorno obsesivo	1	0,2
Total	420	100

Según muestra la tabla 2, a 256 pacientes le prescribieron entre 5 y 15 mg de trihexifenidilo diariamente, a 161 pacientes dosis menores de 5 mg y solo 3 pacientes tenían dosis superiores a 15 mg diarios.

TABLA 2. Distribución de pacientes inscritos con trihexifenidilo según dosis. Municipio Playa. Enero-septiembre, 2004

Dosis (mg)	Total

	No.	%
5	161	38,3
5-15	256	60,9
15	3	0,7
Total	420	100

La procedencia del certificado médico mostró que 386 (92,0 %) pertenecía a la atención primaria de salud. Los niveles secundarios y terciarios generaron una pequeña cantidad de certificados, 21 (5,0 %) y 13 (3,0 %) respectivamente.

Al evaluar la calidad de la prescripción de los certificados de trihexifenidilo revisados, se comprobó que existieron dificultades en 19 (4,5 %), de ellos 16 tuvieron errores en el diagnóstico y en 3 aparecía una dosis superior a la recomendada. De los 16 con errores en el diagnóstico, 10 de ellos (62,5 %), se emitieron en atención primaria; los policlínicos "Jorge Ruiz Ramírez" y "Ana Betancourt" fueron los más representados con 3 casos cada uno. Procedían de la atención secundaria 5 certificados médicos y uno de la terciaria. Los 3 certificados médicos en los que se detectó errores en la dosis indicada procedían de atención primaria, específicamente dos del Policlínico "Docente Playa" y uno del Policlínico "Primero de Enero"

En la tabla 3 se presentan los diagnósticos que motivaron la prescripción de metilfenidato. El mayor número, 335 pacientes (96,0 %), presentó trastorno de déficit de atención (TDAH), 7 pacientes (1,7 %) síndrome hiperquinético, 6 retardo del desarrollo psíquico y con narcolepsia uno. El mayor número de pacientes que consumían metilfenidato estaban comprendidos entre 5 y 11 años de edad (64,7 %). El 3,7 % de los casos tenía menos de 5 años (tabla 4). Hubo un predominio de certificados de metilfenidato procedentes del nivel de atención terciaria .

TABLA 3. Distribución de pacientes inscritos con metilfenidato según diagnóstico. Municipio Playa . Enero-septiembre, 2004.

Diagnóstico	Total	
	No.	%
Narcolepsia	1	0,3
Retardo del desarrollo psíquico	6	1,7
Síndrome hiperquinético	7	2,0
TDAH*	334	96,0
Total	348	100

*Trastorno de déficit de atención

TABLA 4. Distribución de pacientes inscriptos con metilfenidato según edad. Municipio Playa . Enero-septiembre, 2004.

Edad (años)	Total	
	No.	%
< 5 años	13	3,7
5-11	226	64,7
> 11	109	31,2
Total	109	100

La dosis más prescrita fue de 10 mg diarios empleada en 293 pacientes (83,9 %), siguiéndole la dosis de 20 mg diarios indicada a 46 pacientes (13,2 %) (tabla 5).

TABLA 5. Distribución de pacientes inscriptos con metilfenidato según dosis. Municipio Playa . Enero-septiembre de 2004

Dosis diaria (mg)	Total	
	No.	%
5	1	0,3
10	293	83,9
15	5	1,4
20	46	13,2
30	3	0,8
Total	348	100

Discusión

En cuanto a las indicaciones de trihexifenidilo en enfermedades para las cuales no está descrito el uso de este fármaco, la bibliografía consultada plantea que solo está indicado en el alivio sintomático de las diversas formas de parkinsonismo y en el control y tratamiento de los síntomas extrapiramidales inducidos por el uso de neurolépticos.^{1-5,7,8} En comparación con los resultados obtenidos en la investigación del año 2002, se percibe un menor número de diagnósticos erróneos. Sin embargo, los médicos continúan enunciando la enfermedad que motiva el uso de medicamentos que producen SEP pero no refieren si el fármaco se prescribe para prevenir su aparición o para el tratamiento de un SEP ya instalado.

La dosis empleada de trihexifenidilo se corresponde con lo recomendado en la Guía para la Práctica Clínica emitida por el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología en el manejo de estas

enfermedades y otras bibliografías consultadas.^{1,2,5,7,8} Se supone que las dosis menores de 5 mg correspondan a pacientes en fase inicial de tratamiento o que se hayan controlado con dosis bajas. Las dosis superiores a 15 mg diarios constituye una pauta no adecuada de tratamiento.^{1,2,5,7,8}

El comportamiento de la procedencia de los certificados médicos en el trihexifenidilo podría estar determinado porque los médicos de atención primaria son los responsables del seguimiento del tratamiento en el área de salud, de lo cual puede inferirse que la mayor parte de estos certificados son de renovación.⁶

El diagnóstico que más frecuentemente motivó la prescripción del metilfenidato fue el TDAH, que es la afección para la cual está destinada y concuerda con lo encontrado en la literatura médica, que plantea que los estimulantes del SNC siguen siendo la primera línea farmacológica para esta afección. Según la bibliografía médica consultada, el retardo del desarrollo psíquico no justifica esta indicación.^{1,5,7,8,9}

El mayor número de pacientes que consumían metilfenidato estaban comprendidos en el grupo de edad que se corresponde con el momento del diagnóstico de estas entidades. Según plantea la literatura médica, en la edad escolar es cuando aparecen los signos de peligro que indican los problemas de aprendizaje o conductuales.^{1,5,7,8}

El predominio de nivel de atención terciario se justifica porque este tipo de trastorno habitualmente se atiende en este nivel.

Se encontró que todas las dosis prescritas estaban dentro de los rangos recomendados por la literatura médica. Dosis superiores a estas se asocian con signos de estimulación generalizada del SNC central que pueden culminar en convulsiones.^{1,5,7,8,10}

Se concluye que persisten dificultades en los diagnósticos para los que se prescribe trihexifenidilo, a diferencia del metilfenidato en el que solamente hubo una minoría de prescripciones inadecuadas como el retardo del desarrollo psíquico. Los esquemas de tratamiento fueron adecuados para ambos fármacos. Se observó un predominio del nivel de atención primaria en la prescripción del trihexifenidilo y terciaria para el metilfenidato. Hay mejoría en la prescripción pero debe continuarse en la divulgación del tema.

Summary

Characterization of the prescription of trihexyphenidyl and methylphenidate

An observational, descriptive and cross-sectional study on the utilization of the prescription-indication drugs was conducted aimed at characterizing the prescription pattern of trihexyphenidyl and methylphenidate. All the patients registered for methylphenidate and trihexyphenidyl, 348 and 420, respectively, between January and September, 2004, in Playa municipality, Havana City, were included. It was proved that there are difficulties in the diagnoses for which trihexyphenidyl is prescribed and that it differs from methylphenidate, that the treatment schemes used were adequate for both drugs and that

the primary health care level predominated in the prescription of trihexyphenidyl, whereas the tertiary level prevailed for methylphenidate.

Key words: Trihexyphenidyl, methylphenidate, prescription, drug.

Referencias Bibliográficas

1. Young AB, Standaert DG. Tratamiento de los trastornos degenerativos del sistema nervioso central. En: Goodman Gilman A. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9 ed. Mexico, DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 1996. p. 539-57.
2. Clarke CE, Moore P. Parkinson's disease. En: BMJ publishing group. Clin Evidence. 2001;6:1019-23.
3. Drug Evaluation Anual. 7 ed. American Medical Association. Rocville: Unitet States of America; 1994. p. 383-409.
4. Lima AR, Soares Weiser K, Bakalchuk J, Bbarnes TRE. Benzodiazepine for neuronelptic-induced acute akathisia (Cochrane Review). En: The Cochrane library, Oxford: Update Software; 2003.
5. Formulario Nacional de Medicamentos. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 527, 265.
6. Reynolds JEF. Martindale. The complete drug reference. 32 ed. London: Pharmaceutical Press; 1999. p. 1483.
7. British National Formulary. 47 ed. British Medical Association. Royal Medical Pharmaceutical Society of Great Britain; 2004. p. 197-8.
8. Calvo DM, Cires M, Delgado I, Yera I, Michel E, Barrientos G. Guía para la Práctica Clínica: enfermedad de Parkinson y síndrome extrapiramidal inducido por neurolépticos. Boletín de Información Terapéutica para las APS. 2003;17.
9. Schweitzer J, Cummins T y Kant C. Trastornos de déficit de atención/hiperactividad. En: Clínicas Médicas de Norteamérica. México, DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 2001. p. 703-21.
10. Lader M. Psiquiatric disorders. En: Avery's Drug Trataement. A Guide to the properties, choice, therapeutic use and economic value of drugs in disease management. 4 ed. 1997. p. 1395-453.

Recibido: 3 de enero de 2005. Aprobado: 31 de enero de 2005.

Dra. *Liuba Alonso Carbonell*. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Calle 44 No. 502 esq 5ta Avenida, Miramar, Playa, Ciudad de La Habana. Cuba.

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I en Farmacología. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

²Especialista de I Grado en Farmacología. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

³Especialista de II Grado en Bioestadística. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

⁴Master en Farmacia Clínica. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

⁵Master en Atención Primaria de Salud. Dirección Municipal de Salud. Playa.