

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**UNAN-LEON**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS**



**CARRERA DE FARMACIA**

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADO**

**QUIMICO FARMACEUTICO**

**TEMA:**

**UTILIZACION DE ANTIPSICOTICOS EN PACIENTES QUE ASISTEN AL  
CENTRO DE ATENCION PSICOSOCIAL (CAPS) DE LA CIUDAD DE LEON,  
SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE 2016**

**AUTORES:**

**BR: GABRIELA AZUCENA BARRERA RIVAS**

**BR: SANTIAGO FRANCISCO VARGAS JIMENEZ**

**TUTORA:**

**LIC. FRANIELA GUIMAR VANEGAS UREY**

**A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD**

## **Agradecimientos**

Br. Gabriela Azucena Barrera Rivas

Primeramente le agradezco a Dios ya que sin él no estuviera aquí en este momento, él es quien me da la sabiduría y la fortaleza para continuar adelante con mis metas. Seguidamente a mis padres por apoyarme y motivarme en cada uno de mis sueños. A mis docentes que con sus conocimientos ayudaron a mi formación académica a lo largo de mi carrera. A mi tutora por haberme brindado la oportunidad de recurrir a sus capacidades, y guiarme con paciencia durante todo el desarrollo de mi tesis.

Agradezco al personal del CAPS por abrirnos las puertas y mostrar disponibilidad en todo momento para brindarme la información necesaria para desarrollar mi trabajo investigativo. Para finalizar agradezco a todas las personas que de distintas maneras fueron partícipes de esta tesis y que contribuyeron de uno u otra manera para culminar con éxito esta investigación.

Br. Santiago Francisco Vargas Jiménez

A DIOS por la vida que me regala cada día, porque en mis caídas siempre está a mi lado tendiéndome sus manos, enseñándome que lo más importante es levantarme y seguir adelante y sobre todo porque siempre está dándome todo su amor.

A mi tutora Lic. Franiela Vanegas, por compartir sus conocimientos con cada uno de nosotros y brindarnos todo su apoyo para culminar esta tesis y que DIOS derrame muchas bendiciones en su vida y hogar.

## **Dedicatoria**

Br. Gabriela Azucena Barrera Rivas

A mis padres

Esta tesis se la dedico a mis padres, ya que siempre han estado conmigo, desde pequeña me han animado a seguir adelante en mis estudios y me han inculcado los valores necesarios para ser una mujer de bien. Su esfuerzo y dedicación me han motivado para ser una gran profesional que da lo mejor de sí para cumplir sus sueños.

Br. Santiago Francisco Vargas Jiménez

A mis padres y hermano

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me han infundado siempre, por la motivación constante, que me ha permitido ser una persona de bien

## INDICE

Introducción.....	1
Objetivos.....	4
Marco Teórico.....	5
Diseño Metodológico.....	31
Resultados y Análisis.....	35
Conclusión.....	45
Recomendaciones.....	46
Recomendaciones Bibliográficas.....	47
Anexos.....	49

# Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

## INTRODUCCIÓN

El campo de la psiquiatría permite valorar el uso de psicofármacos tanto en la atención primaria como hospitalaria y valorar la utilización excesiva o insuficiente de un determinado fármaco. Mediante estudios específicos se aporta mucha información y múltiples respuestas útiles para la mejora de la gestión de los medicamentos en el hospital, o centros de atención especializada para lograr un uso más racional, para reducir el costo de los tratamientos o para mejorar la manera como se tratan los problemas de salud.

Los estudios de utilización descriptivos pretenden determinar cuáles son los patrones, perfiles y otras características de la oferta, la prescripción, la dispensación, el consumo, el cumplimiento terapéutico y cualquier otra faceta relacionada con los medicamentos en una población determinada, teniendo como objetivo conseguir valorar la prescripción-indicación, la administración y uso de los medicamentos, así como la evolución misma del paciente en dependencia de lo antes mencionado.<sup>(4)</sup>

Los antipsicóticos pueden disminuir los síntomas de psicosis en una amplia variedad de trastornos que incluyen la esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión psicótica, psicosis senil, diversas psicosis orgánicas y psicosis inducidas por fármacos. El término antipsicótico proviene del complejo síndrome farmacológico que se produce en la especie humana y en los animales.

Aunque los antipsicóticos no actúan de modo exclusivo sobre las enfermedades del SNC, la asociación entre fármacos y enfermedad está establecida tan firmemente que el avance en el estudio de los mecanismos patogénicos del SNC se ha visto condicionado fuertemente por el curso de la investigación sobre las acciones de los neurolépticos. Si a ello se suma el hecho de que determinados agentes psicomiméticos provocan síndromes mentales afines a ciertos estados esquizofrénicos, se comprende que la psiquiatría biológica se esfuerce por hallar la alteración neuroquímica o neuropatológica responsable de la iniciación o del mantenimiento de las psicosis esquizofrénicas.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

Las psicosis constituyen los cuadros psiquiátricos más graves, porque no se advierte mejoría neta en el comportamiento y también surge la incapacidad profunda de pensar de manera coherente, captar la realidad o tener autoconciencia de tales anormalidades. Los trastornos mencionados que son frecuentes y que afectan quizás a uno por ciento de la población en algún momento incluyen de manera típica síntomas de ideas falsas y sensaciones anormales. No se ha identificado su origen aunque se han planteado algunos factores causales de índole genético por el desarrollo neurológico y ambiental.

Los antipsicóticos han revolucionado la práctica médica y psiquiátrica aportando beneficios, pero hay que destacar sus aspectos negativos, en particular los efectos adversos de los antiguos agentes típicos o neurolépticos. <sup>(5)</sup>

De acuerdo a un estudio realizado por estudiantes de química Farmacia de la UNAN- León en el año 2005, evaluaron el tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acudían al Centro de Atención Psicosocial (CAPS), obtuvieron como resultados que los trastornos psicóticos de mayor prevalencia son la esquizofrenia (38.9%), psicosis por abusos de drogas (33.5%) seguida por psicosis efectiva (20.5%) y en menos casos psicosis orgánicas(7.1%). <sup>(2)</sup>

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Perú, se realizó una investigación, acerca de la utilización de medicamentos antipsicóticos en combinación, para manejo de la esquizofrenia tipo paranoide en pacientes hombres del servicio de hospitalización de Psiquiatría General del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2016, se encontró que la población estudiada en respuesta al esquema de tratamiento fue buena en el 68% de los casos.

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

El 5% de pacientes presentaron efectos adversos y el 72% del resto de prescripción tienen potencial a desarrollar interacciones farmacológicas, el 12% de los pacientes tuvieron un cambio de terapia siendo la principal causa la falta de eficacia del tratamiento. Se halló una buena respuesta y buena adherencia (65% y 68% de los casos), indicando un adecuado esquema de prescripción. <sup>(3)</sup>

Nuestro estudio al ser de consecuencias prácticas va a proporcionar información acerca del uso de medicamentos y el progreso de los pacientes de acuerdo al esquema de tratamiento prescrito, tomando en cuenta distintos factores, los cuales serán de gran ayuda para identificar las debilidades que tanto el medico como el paciente estén presentando y que perjudiquen la evolución del tratamiento.

Este documento refleja el uso de Fármacos antipsicóticos actualizado en este centro, ya que no hay muchos estudios realizados en esta institución previamente.

# **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

## **Objetivo General**

Analizar prescripción y uso de antipsicóticos en pacientes que asisten al (CAPS) utilizando un estudio epidemiológico de consecuencia práctica en la ciudad de León en periodo de 1 de septiembre al 30 de Noviembre del 2016.

## **Objetivos específicos**

- Identificar los fármacos antipsicóticos utilizados en el centro de atención psicosocial (CAPS) Alfonso Cortez.
- Caracterizar eficacia de antipsicóticos en pacientes que asisten al centro de atención psicosocial (CAPS) Alfonso Cortez.
- Describir el progreso que presentan los pacientes al utilizar su terapia farmacológica con antipsicóticos.



## MARCO TEÓRICO

### Reseña histórica

El centro de atención Pacientes Psicocial Alfonso Cortes de Salud Mental en el departamento León- Nicaragua ubicado del teatro Jesús de la Cruz Mena 15vrs arriba, ha sido fundado en el año 1982 después del triunfo de la revolución, con el objetivo de disminuir el ingreso de los pacientes al hospital psiquiátrico Managua, y de atender a todas las personas que quedaron con consecuencia de desorden mental debido a los tiempos difíciles que atravesaba el país.

La idea central del nacimiento de este centro fue para poder enfrentar grupalmente el entorno problemático que los afectaba, así como promover los derechos, habilidades y capacidades de las personas con discapacidad psicosocial.

Este centro inicio con ayuda de la universidad UNAN-León el cual dicha institución brindaba atención a los pobladores en el área Psicológica, por ende se recibía donaciones de medicamentos provenientes del extranjero y con una donación del edificio el cual la señora Marie Langer al ver la demanda de pacientes con enfermedad mental decide dar las instalaciones en el que el centro inicia sus labores en la atención a la comunidad con problemas psicosocial.

Los pacientes que sufren trastorno mental y que deambulan por las calles y avenidas de la localidad, también son atendidos integralmente a través del esfuerzo de especialistas médicos y voluntarios del Hospital Escuela “Óscar Danilo Rosales Argüello” (HEODRA), de la Asociación de Pacientes de Salud Mental, del Hospital Psiquiátrico de Managua, y del CAPS.

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

Especialista en la materia añaden que el programa de salud mental tiene un presupuesto limitado para hacerle frente a las necesidades que se presentan. Se necesita del respaldo de instituciones locales y externas, que contribuyan con la salud mental de decenas de pacientes que carecen de atención médica y del respaldo de sus propios familiares, quien además aseguró que actualmente trabajan en la captación de pacientes.

El principal reto que asume el Centro de Atención Psicosocial en Salud Mental, es captar y albergar en el Hospital Psiquiátrico de Managua a dos o tres pacientes con trastorno mental, que deambulan por las calles y avenidas de León, desaseados completamente desnudos: en la plaza y parque central “Metropolitano”, en los alrededores de la Basílica Catedral, de la Alcaldía, y de los colegios La Asunción y San Ramón.

### **Estudio de utilización de medicamentos**

La investigación sobre la eficacia de los medicamentos, mediante los ensayos clínicos, ha crecido mucho en los últimos años. Sin embargo, las condiciones de los ensayos clínicos no corresponden exactamente a las de la práctica habitual, porque las poblaciones incluidas en los primeros no son necesariamente representativas de la población que recibe el fármaco una vez comercializado, y porque las condiciones en las que se realizan estos estudios no son las mismas que las habituales.

Los estudios de utilización de medicamentos (EUM) tienen por objeto examinar en qué grado se pueden transferir a la práctica habitual los conocimientos adquiridos en los ensayos clínicos. También son una forma de auditoria terapéutica, cuyo fin es identificar áreas de intervención informativa, educativa o de otro tipo, para mejorar la calidad de la terapéutica en la práctica clínica. Podemos definir los EUM como aquellos estudios descriptivos con los que se pretende determinar cuáles son los patrones, perfiles y otras características de la oferta, la prescripción, la dispensación, el consumo, el cumplimiento terapéutico y cualquier otra

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

Faceta relacionada con los medicamentos en una población determinada, con el objetivo de conseguir, mediante el análisis de los mismos, su uso racional.

La OMS los definió como el estudio de la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con acento especial en las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes.

Típicamente, los EUM pueden abarcar todas o algunas de las siguientes etapas:

- Descripción de la utilización de medicamentos: proporciona una fotografía de cuál es la situación respecto a la prescripción, consumo, etc.
- Análisis cualitativo de los datos obtenidos, para identificar posibles problemas de inadecuación en términos de utilización insuficiente o excesiva en una determinada indicación o en una población de características dadas, en comparación con sus alternativas en función de la relación beneficio/riesgo y costo/efectividad, en relación al esquema terapéutico considerado ideal o de referencia, etc.
- Identificación de áreas de intervención en función del análisis anterior.
- Evaluación del impacto de las intervenciones sobre los problemas identificados.

### **Tipos de Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM):**

#### a. Estudios de la oferta de medicamentos

Proporcionan una descripción de cuál es el arsenal farmacoterapéutico disponible en un determinado ámbito. Su interés radica en que:

- Ofrecen un marco de referencia para los estudios de consumo y pueden ayudar a entender los resultados de aquéllos, ya que la oferta puede ser un condicionante importante de los mismos.
- Permiten identificar problemas cualitativos derivados de la propia oferta.

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

Un caso especial de estudios de oferta es, en los hospitales, el estudio de la prescripción o solicitud de medicamentos no incluidos en la guía farmacológica; su registro y análisis de rutina permite disponer de un indicador del grado de conocimiento y cumplimiento de la guía, así como de un indicador de posibles, necesidades terapéuticas no cubiertas en la misma. Ello permite una adecuación del proceso de selección de medicamentos y de las intervenciones educativas según las necesidades del hospital.

### b. Estudios de consumo

Suponen un método relativamente sencillo de seguimiento para detectar problemas potencialmente importantes, cuantitativamente, de inadecuación en la utilización de medicamentos en un primer nivel de análisis, si bien su grado de fiabilidad no siempre es grande, porque no se tiene en cuenta la patología o la indicación en la que los medicamentos son utilizados. Por ello, para que los estudios de consumo cumplan su objetivo, es imprescindible que se realicen de forma sistemática y continuada a lo largo del tiempo, lo que permitirá determinar tendencias de consumo en una población o ámbito dados.

Los estudios de consumo también pueden ser útiles para estimar la prevalencia de ciertas enfermedades. Por ejemplo, ya en 1988 se publicó en el BMJ (18) la validación de los datos de consumo de los nitritos como estimador de la prevalencia de ángor en una región del Reino Unido. También pueden servir para tener una estimación aproximada de la incidencia de las reacciones adversas a un determinado fármaco, al proporcionar el denominador del cociente que cuantifica dicha magnitud.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

### c. Estudios cualitativos y Auditorías terapéuticas

Este tipo de estudios tiene como objetivo, no sólo describir el uso de los medicamentos en un ámbito determinado, sino identificar los factores relacionados con dicho uso, de manera que es un paso más respecto a los estudios de consumo, a efecto de contrastar las hipótesis que de ellos se han derivado.

### d. Estudios de Prescripción-Indicación y de Indicación-Prescripción

Estos estudios permiten profundizar en un potencial problema detectado y conocer algunas de las razones de la prescripción de fármacos. En ellos se parte de una patología o indicación (indicación- prescripción) y se identifican las prescripciones asociadas a la misma, o bien se parte de un fármaco o grupo de fármacos (prescripción-indicación) y se analizan las indicaciones para las que son utilizados. Los diseños pueden ser: Retrospectivo, prospectivo y transversal.

Los objetivos de estos estudios pueden estar dirigidos a aspectos concretos, como la evaluación del cumplimiento de la prescripción por parte de los pacientes, a la detección de errores de medicación, en todas sus vertientes, o a la detección de problemas relacionados con la medicación en un contexto de atención farmacéutica.

### Auditorías terapéuticas

Se trata de un instrumento de gran utilidad para la mejora del uso de los fármacos en cualquier ámbito asistencial, cuyos elementos esenciales son:

- Definición precisa del problema potencial, detectado a partir de estudios descriptivos o analíticos previos.

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

- Establecimiento previo de los criterios de uso correcto de los fármacos a analizar (indicación, posología, duración del tratamiento) o de la patología a estudiar.

- Determinación del grado de coincidencia de uso real de los fármacos objeto del estudio y las definidas previamente como correctas, o del grado de adecuación del perfil farmacoterapéutico de los pacientes que presentan determinada patología a las recomendaciones de tratamiento de la misma.

e. Estudio de los efectos -positivos y negativos- de los fármacos tras su comercialización

La investigación clínica humana en la fase de pre comercialización se basa en la realización del ensayo clínico controlado. Los resultados de los ensayos clínicos bien diseñados permiten la evaluación básica de la eficacia y seguridad de un fármaco, garantizando la ausencia de sesgos.

La Guía de Evaluación del Uso de los Medicamentos, formulada a partir de las directrices del rol 4 de la Norma Técnica y Manual de Procedimientos para el Uso Racional de Insumos Médicos: “Planificación, disseminación e implementación de políticas, normativas, disposiciones de uso y manejo de insumos médicos”, es una herramienta técnica que instruye a los miembros de los Comités de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM) el abordaje para la identificación, análisis y solución de problemas en el proceso de prescripción y dispensación de los medicamentos en los establecimientos del sector salud.

La guía de evaluación del uso de los insumos médicos, permite identificar las causas que originan resultados negativos en la calidad de la atención y desarrollar estrategias para evitar que se repitan los problemas relacionados con los medicamentos. Por consiguiente, es preciso fomentar una cultura de control en la gestión del uso de los insumos médicos en los equipos de salud.

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

“Evaluación del Uso de los Medicamentos”, que permite identificar, revisar y analizar problemas con el propósito de diseñar intervenciones que modifiquen esos factores que interfieren en la prescripción, preparación, dispensación, manejo y uso de los insumos médicos.

Los resultados de la evaluación del uso de los medicamentos fortalecerán la gestión logística del suministro, principalmente en la adecuación de la selección y programación de los insumos médicos, así como la adecuación de los esquemas de manejo en las normas y protocolos de atención médica y por consiguiente en los listados oficiales

La Evaluación del Uso de los Medicamentos, se desarrolla en 3 momentos:

- En un primer momento: El responsable de insumos médicos identifica problemas de consumo y prescripción de los medicamentos.
- En el segundo momento: El tomador de decisiones determina los problemas relacionados con medicamentos susceptibles de mejora
- En un tercer momento: Producto de la revisión y análisis del medicamento problema, los gerentes, clínicos y personal de apoyo se comprometen a trabajar para evitar nuevos errores en la prescripción.

Cada momento metodológico, cuenta con una serie de pasos secuenciales, los cuales deben cumplirse para el éxito de la Evaluación del Uso de los Medicamentos por el equipo.

### f) Estudio de consecuencias practicas

Analizan los resultados clínicos observados en la práctica relacionados con el uso de los medicamentos. En general este tipo de estudio desarrolla la finalidad de obtener información sobre la práctica terapéutica.

No obstante los estudios de utilización de medicamentos no solo consisten en una descripción del uso real de los medicamentos y de sus consecuencias prácticas si no que

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

tiene como objetivo final conseguir una práctica terapéutica óptima, a partir de estos resultados el estudio de utilización de consecuencia práctica se puede:

- ✓ Obtener una descripción de la utilización de los medicamentos y de sus consecuencias.
- ✓ Hacer una valoración cualitativa de los datos obtenidos para identificar posibles problemas.
- ✓ Desarrollar una intervención sobre los problemas identificados.<sup>(6)</sup>

### **Patologías en las que se prescriben antipsicóticos**

Los antipsicóticos como hemos mencionado anteriormente se utilizan para el tratamiento de varias enfermedades, las cuales mencionaremos a continuación:

#### a) Esquizofrenia

La esquizofrenia es considerada como un trastorno de tipo mental, de carácter crónico, en el que la persona que la padece, sufre de graves desórdenes psicológicos que producen en el paciente síntomas, tales como: delirios, alucinaciones, desorganización de pensamiento además de falta de percepción de la realidad, afectando la cognición, las emociones y la relación con su entorno.

#### Síntomas de la Esquizofrenia

Los síntomas esquizofrénicos de acuerdo a sus características se clasifican en tres categorías principales:

1. Síntomas positivos: presentes en la fase crónica de la enfermedad, siendo una característica esencial, la pérdida del contacto con la realidad, que puede presentarse de manera intermitente, e intensa o en ocasiones es casi imperceptible, dependiendo de que el



## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

Individuos estén recibiendo o no un tratamiento adecuado. Dentro de este grupo sintomatológico se pueden mencionar la presencia de:

- a) Alucinaciones: donde la persona, escucha ve y siente cosas que nadie más puede ver, escuchar o sentir.
- b) Delirios: que consiste en que los pacientes tienen creencias falsas, que se mantienen firmes en su pensamiento y que forman parte de su vida cotidiana. Este síntoma, puede mantenerse a pesar de que otras personas le demuestren que estos no son reales, pudiendo de igual forma desarrollar un delirio paranoico, porque cree que los demás intentan hacerle daño o engañarlo, denominándose "delirio de persecución".
- c) Trastorno del pensamiento: presente cuando la persona adquiere una manera inusual o disfuncional de pensar, pudiendo inventar palabras sin ningún sentido (neologismos); además desorganización en el pensamiento, convirtiendo muchas veces su lenguaje, en oraciones difíciles de entender. Otra forma de expresión del cuadro clínico es el "bloqueo de pensamiento" (ausencia repentina de conversación), donde el paciente en forma súbita deja de comunicarse verbal o físicamente con las personas.
- d) Trastorno del movimiento: caracterizado por movimientos agitados del cuerpo, de manera repetitiva, pudiendo llegar a la catatonía, momento en que la persona no se mueve ni habla con los demás.

2. Síntomas negativos: los síntomas negativos se producen cuando se interrumpen las emociones, así como los comportamientos normales del paciente. En ocasiones, estos síntomas son más difíciles de identificar, debido a que se confunden con los de la depresión u otras condiciones psiquiátricas. Las personas que los sufren necesitan ayuda en la realización de sus tareas diarias y en ocasiones descuidan su higiene personal, haciéndolos parecer como perezosas o pesimistas. Este tipo de síntomas pueden ser:

- a) Afecto plano: en la cual la persona no mueve el rostro, que se muestra inexpresivo, además de un habla con voz desanimada y monótona.

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

- b) Falta de satisfacción en la vida: el paciente no se encuentra cómodo con su vida cotidiana, produciéndole un desagrado que lo manifiesta de manera reiterada.
- c) Falta de habilidad en sus actividades: el paciente no puede iniciar ni mantener sus actividades diarias, mostrando un desempeño poco pulcro y organizado.
- d) Falta de comunicación: la persona no puede interactuar con su entorno, a pesar de verse forzada a hacerlo.

3. Síntomas cognitivos: que se caracterizan por ser más sutiles, convirtiéndose en datos difíciles de reconocer produciendo en ocasiones angustia emocional, por su incapacidad de relacionarse con la vida. Los síntomas cognitivos incluyen:

- a) Problemas en el aprendizaje: el paciente, no puede concentrarse ni prestar atención, con severos problemas en la memoria, por lo que no cuenta con la habilidad de utilizar la información inmediatamente después de haberla aprendido.
- b) Déficit del funcionamiento razonable: la persona esquizofrénica no puede comprender la información y utilizarla para la toma de decisiones.

### Tipos de Esquizofrenia

Los tipos tradicionales de esquizofrenia son cinco, dentro de los cuales están:

1. Esquizofrenia paranoide: donde el paciente presenta delirios, siendo los más comunes los delirios de persecución; además de alucinaciones auditivas, ansiedad, ira y violencia. Sin embargo, la persona no sufre un comportamiento desorganizado, ni cambios afectivos, es decir, que en la mayor parte de los casos solo se presentan síntomas positivos, mientras que los síntomas negativos y cognoscitivos no se desarrollan.

2. Esquizofrenia desorganizada: caracterizada porque el paciente presenta lenguaje y comportamiento desorganizado, con ideas delirantes que giran en torno a temas incoherentes, la persona presenta una afectividad aplanada, en la cual el paciente parece sentirse decaído, pudiendo abarcar diferentes grupos etéreos, inclusive infantes.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

3. Esquizofrenia catatónica: el paciente sufre alteraciones psicomotoras, como la presencia de un trastorno del movimiento, llegando incluso a producirse inmovilidad del sujeto, la persona además es muy negativa y no acostumbra interactuar con los demás, realiza movimientos poco normales, tales como muecas, posturas extrañas o movimientos estereotipados y en algunas ocasiones puede que el paciente en el momento de un intercambio verbal y copie lo que dice o hace la otra persona.
4. Esquizofrenia simple: este tipo de esquizofrenia tiene la particularidad de no presentar, dentro de sus síntomas, ningún tipo de delirio, ni tampoco alucinaciones, pero en su defecto pierde algunas de sus capacidades normales, como la comunicación o el aprendizaje.
5. Esquizofrenia hebefrenia: la característica más significativa de este tipo de esquizofrenia es que se presenta a una edad temprana (12 y 13 años), lo cual se confunde muchas veces con algún tipo de retraso mental; los síntomas encuentran en relación a una enfermedad psiquiátrica ya que el individuo sufre de delirios, mantiene una afectividad plana y tiene una grave alteración de su conducta.

### Tratamiento y pronóstico

Por lo general la esquizofrenia se trata con fármacos antipsicóticos, pero en ocasiones es necesaria la hospitalización del paciente. El objetivo del tratamiento, es lograr reducir los síntomas y prevenir recaída, tomando en cuenta que la cura de este trastorno no es definitivo. En algunas ocasiones las personas abandonan el tratamiento por causa de los efectos secundarios o porque creen que los medicamentos no funcionan, siendo éste un factor para el aumento del riesgo de recaer en otro episodio psicótico.

El uso de medicamentos antipsicóticos resulta muy efectivo, pero debido a la complejidad y variedad de procesos esquizofrénicos, no existe una medicación que produzca los mismos resultados en todas las personas, además de que, muchas personas no toman los medicamentos que necesitan o no asisten a programas de rehabilitación, que son necesarios para prevenirla recaída.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

Existe una gran posibilidad que el paciente logre recuperarse, sin embargo no lo hace totalmente, existiendo la probabilidad de que la persona se mantenga deprimida, a pesar del tratamiento, la medicación y los métodos de ayuda son permanentes, y durarán toda la vida del paciente <sup>(7)</sup>

### (b) Trastorno de ansiedad

La ansiedad es patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, o cuando éstos existen o son adecuados, pero la intensidad y/o la duración de la respuesta supera los límites adaptativos. Aunque en principio pueda parecer un sinsentido aquellos que sufren de un trastorno de ansiedad, es muy importante tener en cuenta que la ansiedad es una respuesta del organismo esperable, normal y deseable. <sup>(8)</sup>

El hecho de que la ansiedad sea una emoción que cualquier persona ha experimentado, y que incluso en determinadas circunstancias puede contribuir a mejorar el rendimiento, hace que los trastornos de ansiedad se consideren (cuadros menores). En la actualidad se dispone de una cierta aunque limitada evidencia que indica que la edad de presentación de los trastornos, y de manera más específica del trastorno de pánico, muestra una distribución bimodal, con unas formas de inicio temprano y otras de iniciotardío. <sup>(9)</sup>

Cabe aclarar que la ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad, ya que partiendo de su función, ésta se encuentra contemplada en la amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin.

El síntoma principal es la presencia frecuente de preocupación o tensión durante al menos 6 meses, incluso cuando hay poca o ninguna causa clara. Las preocupaciones parecen flotar de un problema a otro. Los problemas pueden involucrar la familia, las relaciones interpersonales, el trabajo, el dinero y la salud.

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

La importancia y trascendencia de todas las formas de presentación de los trastornos de ansiedad viene dada fundamentalmente por el impacto que tienen o tendrán en la morbilidad del paciente: en su calidad de vida, en el deterioro funcional (laboral, familiar y social) y en el uso de los servicios sanitarios, consecuencias fundamentalmente del sufrimiento psicológico y las conductas de evitación.

La medicación no curará los trastornos de ansiedad, pero puede mantenerlos bajo control mientras la persona recibe psicoterapia, debe ser prescrita por médicos, usualmente psiquiatras, quienes pueden ofrecer ellos mismos psicoterapia o trabajar en equipo con psicólogos, trabajadores sociales, o consejeros que ofrezcan psicoterapia.

Las principales medicaciones usadas para los trastornos de ansiedad son antidepresivos, medicamentos ansiolíticos (Tabletas para la ansiedad/nervios), y bloqueadores beta para controlar algunos de los síntomas físicos.

Con un tratamiento apropiado, muchas personas con trastornos de ansiedad pueden vivir vidas normales y plenas.

Los antidepresivos se desarrollaron para tratar la depresión, pero también son efectivos para los trastornos de ansiedad. Aunque estos medicamentos comienzan a alterar la química del cerebro desde la primera dosis, su efecto total requiere que ocurran una serie de cambios; usualmente toma entre 4 y 6 semanas para que los síntomas comiencen a desaparecer.

Es importante continuar tomando estos medicamentos durante suficiente tiempo para permitirles que funcionen.<sup>(10)</sup>

### (c) Depresión bipolar

Consiste en una pérdida de interés por el entorno y las actividades cotidianas, así como una falta de ilusión por todo, sumada a una tremenda dificultad para realizar cualquier cosa

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

rutinaria que en circunstancias normales no revestiría ningún problema, ya que les asisten ideas negativas sobre su inutilidad y frustración. El paciente tiende a recluírse en casa, sumido en una profunda tristeza. No desea salir de la cama, abandona su higiene personal y se descuida físicamente.

El trastorno afectivo bipolar a menudo requiere tratamiento con antipsicóticos, si bien el litio o el ácido valproico complementados con benzodiazepinas de alta potencia (p. ej. Lorazepam

ó diazepam) pueden ser suficientes en los casos más leves. Estudios controlados recientes respaldan la eficacia de la monoterapia con antipsicóticos atípicos en la fase aguda (hasta de cuatro semanas) de la manía, la olanzapina y quetiapina se han aprobado para esa indicación.

El tratamiento de los trastornos bipolares debe tener en cuenta tres estadios: el tratamiento del episodio agudo, la fase de continuación y la profilaxis para prevenir episodios posteriores.

El litio es eficaz en la manía aguda, pero suele ser necesario el alivio sintomático de los síntomas floridos con un antipsicótico o una benzodiazepina mientras se espera que el fármaco anti maníaco ejerza su efecto. Las benzodiazepinas se pueden administrar en las fases iniciales hasta que el litio sea eficaz, pero no se deben administrar por períodos prolongados por el riesgo de dependencia. El litio se puede administrar junto con un antipsicótico; este último se puede reducir cuando el litio es eficaz.

De modo alternativo, el tratamiento con litio se puede retrasar hasta que el humor del paciente se haya estabilizado con el antipsicótico. No obstante, el uso concomitante de litio y un antipsicótico se asocia a un riesgo de neurotoxicidad y aumento de trastornos extra piramidales. El litio es la piedra angular del tratamiento, pero su margen terapéutico estrecho es un inconveniente. El valproato sódico es eficaz y también se puede administrar carbamazepina.

El tratamiento de los episodios depresivos en los trastornos bipolares incluye en su mayoría la combinación de tratamiento con litio o bien valproato sódico junto con un antidepresivo tricíclico. El aumento de efectos adversos es un problema que puede comprometer el tratamiento.

Tratamiento de la manía por vía oral, adultos inicialmente 0,6-1,8 g al día (edad avanzada 300-900 mg al día)

Profilaxis de la manía, trastorno bipolar y depresión recurrente, por vía oral, adultos inicialmente 0,6-1,2 g al día (edad avanzada 300-900 mg al día)<sup>(11)</sup>

### (d) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Se trata de un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit, y que en muchas ocasiones está asociado con otros trastornos conurbados.

Es un problema causado por la presencia de uno o más de estas condiciones: no ser capaz de concentrarse, ser hiperactivo o no ser capaz de controlar el comportamiento.

El trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) a menudo comienza en la niñez. Sin embargo, puede continuar en la adultez. El THDA se diagnostica más a menudo en niños que en niñas. No hay claridad sobre la causa del THDA. Puede estar vinculado a los genes y a factores en el hogar o sociales. Los expertos han encontrado que los niños con THDA son diferentes que aquellos niños sin este trastorno. La química cerebral también es diferente<sup>(12)</sup>

Desde el punto de vista farmacológico hay que saber que las sustancias estimulantes suelen calmar a estos sujetos y los tranquilizantes lo ponen más nervioso. No hay inconveniente, por

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

tanto en recomendar bebidas con cafeína o bien café además de los fármacos estimulantes principalmente metilfenidato de liberación rápida y de liberación lenta.

También resultan muy eficaces las sustancias anti obsesivas, tipo risperidona. Todas estas sustancias pueden tener su utilidad y todas pueden presentar algún efecto colateral y desencadenar exacerbación en patología casi ya existente (hepatopatía y glaucoma por parte de la atomoxetina, crisis epiléptica, tics y glaucoma en el caso del metilfenidato, etc.) por ellos conviene comenzar siempre por dosis pequeñas para comprobar tolerancia, incrementándola poco a poco hasta la que se da como optima terapéuticamente.

No se recomienda, en cambio la administración de barbitúricos, clordiazepóxido, valproato sódico y similares por que aumentan la inquietud.

El fármaco de elección es el Metilfenidato en cualquiera de sus presentaciones, aunque la de liberación lenta se ha impuesto definitivamente entre los niños que ya pueden tragar la pequeña capsula, los adolescentes y los adultos debido a la comodidad de una toma al día. Mientras que la presentación en liberación rápida tiene una vida corta en sangre, se requieren en 2-3 tomas al día y presenta fase en que, debido a su bajo nivel en sangre su eficacia disminuye.

La dosis entre una y otra presentación esta entre 0.3 y 1 mg/kg/día se puede administrar todos los días o bien descansar la fecha en las que no hay actividad escolar. Otra sustancia eficaz puede ser la dextro-anfetamina en dosis de 0.15 a 0.40 mg/kg/día, repartida también en dos formas análoga a la aplicación del metilfenidato.

La atomoxetina es aparente la única sustancia que puede competir con el metilfenidato de liberación lenta. La dosis de atomoxetina están alrededor de 1,2 mg/kg/día en una sola toma por la mañana los resultados parecen buenos. La risperidona es un antipsicótico que funciona muy bien como tratamiento coadyuvante sobre el TDAH, especialmente asociado con el



## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

metilfenidato. Se utiliza en dosis de 1 a 2 mg/día repartido en dos tomas (mañana/tarde.)<sup>(13)</sup>

### (e) La depresión

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. La depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no rara vez resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo, escasa concentración. En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana.

El principal fármaco para la depresión severa es la fluoxetina donde la dosis usual inicial es de 20 mg/día, administrada a la mañana. Sólo considerar su incremento si después de varias semanas de tratamiento no se observa mejoría clínica. Las dosis superiores a 20 mg/día pueden ser administradas en una o dos tomas, por la mañana y durante el almuerzo. La dosis máxima es de 60 mg/día.

El efecto antidepresivo pleno, al igual que con otros medicamentos, puede demorarse hasta 4 semanas o más aún. Luego de la remisión del cuadro clínico, utilizar la menor dosis efectiva y evaluar periódicamente a los pacientes en tratamiento crónico. En los pacientes con

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

compromiso renal y hepático, se deben usar dosis menores o menos frecuentes. Utilizar dosis menores o menos frecuentes en los ancianos o pacientes con enfermedades/medicaciones concomitantes.

### (f) Síndrome orgánico cerebral

Un trastorno neurocognitivo es un término general que describe la disminución de la función mental debido a una enfermedad, distinta a una enfermedad psiquiátrica. A menudo se utiliza (aunque incorrectamente) como sinónimo de demencia. Las personas con síndrome orgánico cerebral, generalmente, son incapaces de sociabilizar y ser auto validado.

La característica principal del síndrome orgánico cerebral es la notable diferencia en las características del comportamiento y personalidad del paciente.

### Categorías

En el DSM-III las categorías del síndrome cerebral orgánico se basan en los síntomas más que en los tipos de etiología. Así el delirio representa una clase de síndrome cerebral orgánico aunque puede provenir de varias causas orgánicas.

### Delirio y demencia

El deterioro psíquico en ambos trastornos es bastante global. Los estados de delirio admiten diversa intensidad. En los casos agudos el sujeto muestra confusión, desorientación, incoherencia, le es difícil conservar la atención en los acontecimientos ambientales o concentrarse en el pensamiento o actividades motivadas; disminuye la vigilancia, estado que recibe a veces el nombre de (obnubilación de la conciencia); manifiesta inquietud, exagerada, alerta y no logra dormir. Son frecuentes las distorsiones, predominan las de tipo visual, y pueden degenerar en alucinaciones, en las que la demencia: es un deterioro de la capacidad intelectual anterior. <sup>(15)</sup>

### (g) Autismo

El autismo es un trastorno neurológico complejo que generalmente dura toda la vida, es parte de un grupo de trastornos conocidos como trastornos del espectro autista (ASD por sus siglas en inglés). El autismo se caracteriza por un amplio espectro de limitaciones graves en diversos aspectos fundamentales del desarrollo (la capacidad imaginativa, el comportamiento, la comunicación y la interacción social recíproca). Para diagnosticar el autismo es preciso que se presenten trastornos sintomáticos del comportamiento en todos los ámbitos mencionados antes de la edad de tres años.

Aunque los padres a menudo perciben durante la lactancia que su hijo no es completamente normal, resulta muy difícil diagnosticar el autismo antes de los dieciocho meses de vida. Esto se debe a que los trastornos del comportamiento que se utilizan desde la perspectiva del desarrollo para establecer el diagnóstico no se presentan de forma clara antes de alcanzada dicha edad.

### Causas del autismo

El autismo constituye un trastorno que se define conductualmente, pero obedece a una variedad de trastornos, conocidos y desconocidos, de las funciones cerebrales biológicamente condicionados. Dichos trastornos afectan a la manera en que el cerebro en desarrollo gestiona la información. Es cierto que las causas del autismo no se conocen con certeza; sin embargo, los hallazgos más recientes apuntan a que se trata de un trastorno multifactorial en el que inciden diversos condicionantes de origen genético, medioambiental, psicológico neurológico y agentes neurolépticos.

### Factores genéticos

Un gran número de expertos están convencidos de que los genes son la principal causa del autismo. De hecho, se estima que alrededor del 90% de los casos de autismo se deben a una alteración en la estructura genética; es decir, a una mutación en algún gen. Hasta el momento

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

se han identificado varios genes candidatos pero todavía no se ha podido individuar la mutación específica que los afecta y cómo aumentaría el riesgo de padecer autismo.

### Factores medioambientales

Diversas investigaciones realizadas han desvelado que los factores medioambientales desempeñan un papel importante como detonante del trastorno. Tanto es así que algunos expertos están convencidos de que cuando no hay una mutación genética, los factores medioambientales son la principal causa del autismo.

### Afectaciones neurológicas

Los pacientes que presentan problemas nerviosos o cerebrales tienen mayor probabilidad de desarrollar el trastorno del autismo. Sin embargo, el riesgo no aumenta con cualquier afectación neurológica sino que se ha relacionado con daños específicos en determinadas áreas cerebrales como la amígdala, la corteza cerebral y el sistema límbico. De hecho, una disfunción en estas zonas explicaría por qué los pacientes con autismo son extremadamente sensibles ante los cambios o por qué tienen problemas para expresar las emociones y relacionarse con los demás.

### Factores psicológicos

Los aspectos psicológicos no suelen ser una causa directa del autismo pero son factores que pueden desencadenar o agudizar el trastorno, dentro de estos tenemos los siguientes:

- Agentes neurológicos como causa del autismo: se han constatado alteraciones neurológicas, principalmente en las áreas que coordinan el aprendizaje y la conducta, en aquellos pacientes diagnosticados de trastornos del espectro autista. Particularmente, la epilepsia está relacionada con el autismo, pues un tipo concreto, el síndrome de West, desarrolla autismo hasta en una quinta parte de los casos y viceversa.

- Agentes bioquímicos como causa del autismo: se han podido determinar alteraciones en los niveles de ciertos neurotransmisores, principalmente serotonina y triptófano.
- Agentes infecciosos y ambientales como causa del autismo: determinadas infecciones o exposición a ciertas sustancias durante el embarazo pueden provocar malformaciones y alteraciones del desarrollo neuronal del feto que, en el momento del nacimiento, pueden manifestarse con diversas alteraciones como, por ejemplo, trastornos del espectro autista.
- Otras posibles causas del autismo: se han estipulado otras razones, como las complicaciones obstétricas durante el parto, el abuso de drogas como la cocaína por parte de la mujer embarazada, o el uso de medicamentos antiepilépticos, aunque su base científica no está absolutamente demostrada.<sup>(16)</sup>

### **Mecanismo de acción de los antipsicóticos**

A partir del descubrimiento de la clorpromazina como fenotiazina con actividad antipsicótica, la mayoría de los neurolépticos clínicamente válidos mostraron un perfil farmacológico, terapéutico y iatrogénico muy similar, por lo que su clasificación se basó en características estructurales. El punto clave de su acción se centró en la acción bloqueante de receptores dopaminérgicos D2.

Ciertas desviaciones de nuevos antipsicóticos frente al patrón más común, tanto de carácter experimental como clínico, y su positiva repercusión en la eficacia y en la tolerabilidad, modificaron la dirección en la búsqueda de actividad de los neurolépticos y amplió el espectro de sus posibles acciones beneficiosas. Estos hechos dieron origen a una división ampliamente aceptada: los neurolépticos típicos siguen el patrón inicial, siendo la clorpromazina entre las fenotiazinas y el haloperidol entre las butirofenonas sus representantes más característicos;

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

los atípicos se desvían de dicho patrón, siendo la clozapina la que inició la serie cuyos miembros, a su vez, pueden diferir en varios conceptos.

De acuerdo a la clasificación antes mencionada, los antipsicóticos típicos se dividen a su vez en:

- Fenotiazinas: dentro de la cual encontramos diferentes grupos como lo son: Derivados alifáticos, derivados piperidínicos, preparados depot, derivados piperazínicos, tioxantenos.
- Butirofenonas
- Difenilbutilpiperidinas
- Análogos de fenotiazinas

Dentro de los antipsicóticos atípicos encontramos: benzonidas, dibenzodiacepinas, dibenzotiazepinas, benzisoxazol.

### **Mecanismo de acción de los antipsicóticos típicos**

Bloqueo dopaminérgico: Se considera fundamental que un antipsicótico, además de ser eficaz sobre los síntomas positivos, no vaya a producir o agravar el déficit cognitivo y los síntomas afectivos de la propia enfermedad; así como también este pueda ser eficaz frente a la agresividad, la hostilidad y la ansiedad. De igual manera, se procura que esta sea activos en otras enfermedades que presenten alteraciones cognitivas, como la demencia y el trastorno bipolar. Debido a la magnitud de espectro de acciones que se ven involucradas en estos fármacos es de entenderse que no exista un único mecanismo de acción.

Según la clasificación de los antipsicóticos en atípicos y típicos estos tiene su mecanismo de acción propia.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

Antipsicóticos típicos: los neurolépticos tienen gran afinidad por todos los subtipos de receptores dopaminérgicos comportándose como antagonistas, pero su máxima afinidad se expresa, en general, por el grupo formado por los subtipos D2/D3/D4 y especialmente por el D2.

Existe una óptima correlación entre la afinidad de los neurolépticos por este subtipo y las concentraciones clínicamente eficaces en el esquizofrénico; la única excepción es la clozapina, que se desvía de la línea de la correlación, pero se retorna a ella si se considera que su afinidad por el subtipo D4.

El bloqueo de receptores D2 aparece unas pocas horas después de la administración del fármaco así como la aparición de algunos de sus efectos farmacológicos, mientras que los efectos auténticamente antipsicóticos necesitan procesos que tardan días y semanas en conseguirse. El bloqueo de los autorreceptores dopaminérgicos, tanto a la altura del soma como a la de las terminaciones nerviosas, provoca la hiperactividad neuronal y la liberación de dopamina.

Cuando el bloqueo con neuroléptico se prolonga, la hiperactividad dopaminérgica y el aumento del recambio de dopamina declinan de forma gradual hasta desaparecer, al menos en los sistemas nigroestriado y mesolímbico. Este desnivel se debe a la instauración de un bloqueo por despolarización tanto en las neuronas de la sustancia negra (A9), como en la de las áreas tegmental ventral (A10). Este silencio neuronal es consecuencia de un bloqueo producido por la despolarización excesiva originada en la neurona proveniente de los sistemas de retroalimentación, la cual se encuentra en las áreas de proyección de los sistemas dopaminérgicos.

Las neuronas que proyectan a la corteza frontal no presentan el bloqueo por despolarización, en este sistema el bloqueo pos-sináptico, supera el mecanismo de compensación, se mantiene y no presenta signos de tolerancia. Este resultado nos indica que la actividad antipsicótica se

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

instaura cuando la actividad dopaminérgica disminuye definitivamente, tanto por bloqueo postsináptico de los receptores en las áreas de proyección dopaminérgica como por el silencio de las neuronas debido al bloqueo por la despolarización, tanto cortical como en el sistema límbico.

En la actualidad la hipótesis dopaminérgica ha sido modificada para explicar mejor la realidad. Se ha propuesto que existe un desequilibrio dopaminérgico: por una parte existe hipofunción del sistema dopaminérgico mesocortical (actividad D1), como consecuencia de la disminución de la actividad glutamatérgico de la corteza; ello acarrea una hiperactividad del sistema dopaminérgico mesolímbico y mesoestriado (actividad D2).

La primera sería responsable de los sistemas negativos de la esquizofrenia, mientras que la segunda sería de los positivos. Por ende el bloqueo preferente de los receptores D2 inducido clásicamente por los neurolepticos afectara más a los síntomas positivos que a los negativos. En conclusión el bloqueo preferente de los receptores D2, inducido clásicamente por los neurolepticos afectara más a los síntomas positivos que a los negativos.

### **Mecanismo de acción de los antipsicóticos atípicos**

Selectividad en las acciones sobre otros receptores: Para explicar las acciones propias de los antipsicóticos atípicos es preciso considerar su actividad sobre otros tipos y subtipos de receptores. Los estudios realizados con Tomografía Emisión de Positrones (PET) demuestran que la clozapina, a dosis terapéuticas antipsicóticas, presenta una ocupación elevada de receptores 5-HT<sub>2A</sub> (más del 80%), mientras que la de los receptores D<sub>2</sub> es del 30-50% frente al 80-100% de los neurolepticos típicos, y de la risperidona y la olanzapina. Pero estos dos últimos, junto con el sertindol y la quetiapina y a diferencia de los típicos, también presentan alta afinidad por los receptores 5-HT<sub>2A</sub> (más del 80% de ocupación). En los receptores 5-HT<sub>2A</sub> se comportan como antagonistas.



Aunque el antagonismo 5-HT<sub>2A</sub> por sí solo no es suficiente para explicar la acción, parece que favorece o complementa la acción anti-D<sub>2</sub>, de modo que la existencia de un antagonismo 5-HT<sub>2A</sub> reduce la necesidad de producir un intenso bloqueo D<sub>2</sub> y, de esta manera, se consigue igual o mayor actividad antipsicótica sin tanto riesgo de provocar efectos extrapiramidales.

Se ha comprobado que la actividad de los receptores 5-HT<sub>2A</sub> modulan la función DA mesolímbica, no la basal pero sí la estimulada por diversas causas, por lo que el bloqueo de esos receptores ha de reducir el exceso de actividad DA y contribuir así a la acción terapéutica. De forma adicional, el bloqueo de 5-HT<sub>2A</sub> puede disminuir la acción facilitadora de estos receptores sobre la liberación de glutamato intracortical y córtico-subcortical.

El papel del receptor 5-HT<sub>2A</sub> en la esquizofrenia queda resaltado por el reciente y original hallazgo de que forma un heterómero e interactúa con otro receptor asociado a proteínas G, el glutamatérgico metabotrópico mGluR<sub>2</sub>, cuya activación reduce o suprime los efectos alucinógenos de ciertos fármacos psicotomiméticos. La corteza cerebral de pacientes esquizofrénicos no tratados muestra una regulación al alta del receptor 5-HT<sub>2A</sub> y a la baja del mGluR<sub>2</sub>; esta asimetría podría contribuir al desequilibrio en la actividad propia de este complejo combinado birreceptorial, y favorecería la distorsión en las funciones de control sensorial, que es propia de la psicosis.

También la acción de estos neurolépticos en el receptor 5-HT<sub>1A</sub> puede contribuir a la acción antipsicótica, aunque de un modo muy diferente. La afinidad de la clozapina, risperidona, quetiapina y ziprasidona por este receptor es muy superior a la del haloperidol, aunque a veces es algo inferior a la que muestran por el receptor D<sub>2</sub>.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

Los receptores 5-HT<sub>1A</sub> están ubicados presinápticamente en el soma de las neuronas 5-HT del rafe como autorreceptores cuya estimulación provoca la inactividad de estas neuronas; a nivel postsináptico también provocan hiperpolarización y reducción de la actividad neuronal. Varios antipsicóticos atípicos se comportan como agonistas parciales del receptor 5-HT<sub>1A</sub>, por el que muestran una afinidad comparable a la del receptor D<sub>2</sub>. Esto significa que, dependiendo de la dosis de fármaco y del nivel de actividad serotoninérgico endógena, pueden activar el receptor 5-HT<sub>1A</sub>. El resultado varía según la región cerebral que se analice: la estimulación de receptores 5-HT<sub>1A</sub> parece inhibir la liberación de dopamina en neuronas subcorticales (estriado, límbico), mientras que la clozapina facilita la liberación de dopamina en la corteza prefrontal.

Esta última acción de la clozapina sobre la liberación de dopamina en la corteza prefrontal tiene extraordinaria importancia para explicar la singularidad de su efecto antipsicótico, todavía no superado por otros antipsicóticos atípicos: su capacidad para mejorar a pacientes resistentes a otros fármacos y, sobre todo, de mejorar los síntomas más negativos y los cognitivos de la esquizofrenia. Además, varios antipsicóticos típicos, especialmente algunas fenotiazinas, se comportan como antagonistas de los adrenoceptores  $\alpha_1$ , y los atípicos como antagonistas de los  $\alpha_1$  y  $\alpha_2$ .<sup>(17)</sup>

# Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

## Diseño metodológico

**Tipo de estudio:** Estudio epidemiológico, descriptivo de corte transversal

**Muestra:** 40 pacientes que asisten al CAPS

### Variables:

- Sexo
- Edad
- Ocupaciones
- Dosis
- Frecuencia con que asisten al CAPS
- Reacción adversa
- Estado del paciente antes del tratamiento
- Estado del paciente después del tratamiento
- Tratamiento farmacológico
- Tipo de patología

### Criterios de inclusión

1. Expediente del paciente con datos completos
2. Pacientes que cumplan sus citas en el CAPS
3. Edades de los pacientes deben oscilar entre los 20 y 50 años

### Criterios de exclusión

1. Expedientes del paciente con datos no completos
2. Pacientes que no cumplan sus citas en el CAPS
3. Edades de los pacientes no deben oscilar entre los 20 y 50 años

## **Método de Recolección de datos**

El instrumento utilizado fue una ficha, para recolectar la información necesaria de los expedientes en esta caso fueron (40), esta ficha está conformada por preguntas abiertas y cerradas, con el objeto de obtener información general de los pacientes, aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y progreso de los mismo.

## **Procesamiento de los datos**

Se utilizó el programa estadístico Excel 2013 para procesar los datos recolectados y elaborar los diferentes gráficos y tablas que presentamos en nuestro informe.

## **Consideraciones éticas**

Se visitó el centro de atención psicosocial (CAPS) Alfonso Cortez con una carta firmada por el tutor y los autores para solicitar la correspondiente autorización de la directora del centro, con el compromiso de que la información obtenida sería del conocimiento único de los autores y utilizada solamente para fines de estudios, manejando dicha información con la discreción necesaria.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

### Operacionalización de variable

Variable	Definición	Indicador	Escala
<b>Sexo</b>	Sexo al que pertenece el paciente	Masculino o Femenino	Frecuencia y porcentaje
<b>Edad</b>	Número de años que posee el paciente en el momento del estudio	Menor de 40 años Entre 40-60 años Mayores de 60 años	Frecuencia y Porcentaje
<b>Ocupación</b>	Labor que desempeña el paciente en su vida cotidiana	-Ama de casa -Domestica -Estudiante -Obrero -Ing. en Sistema -Ninguna	Frecuencia y Porcentaje.
<b>Dosis</b>	Cantidad de medicamento que se le prescribe al paciente	-mg -ml	-mg -ml
<b>Frecuencia con que asisten al CAPS</b>	Cantidad de veces seguidas que asisten a sus citas de control los pacientes	-Una vez al mes -Dos veces al mes -Semanal	-Poco -Frecuente -Muy frecuente
<b>Reacciones adversas</b>	Cualquier respuesta que sea nociva y no intencionada de un medicamento a dosis normales	-Boca seca -Dificultad miccional -Síndrome de Parkinson -Hipotensión -Aumento de peso	Frecuencia y porcentaje
<b>Estado del paciente antes del tratamiento</b>	Que síntomas presenta el paciente antes de empezar su esquema de tratamiento	-Aspecto físico -Orientación -Conciencia -Lenguaje	-Ausente -Mínimo -Moderada -Buena

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

			-Muy buena
<b>Estado del paciente después del tratamiento</b>	Respuesta positiva o negativa que el paciente presenta después de la utilización del medicamento	-Aspecto físico -Orientación -Conciencia -Lenguaje	-Ausente -Mínimo -Moderada -Buena -Muy buena
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Los antipsicóticos son medicamentos que controlan trastornos psicóticos	-Ansiolíticos -Hipnóticos sedantes -Anticonvulsivantes -Neurolépticos	Porcentaje
<b>Tipos de patología</b>	Enfermedades asociadas a trastornos psicóticos	-Trastorno de ansiedad -Trastorno de pánico -Depresión bipolar -Trastorno por déficit de atención con hiperactividad -Depresión severa -Trastorno de estrés postraumático -Esquizofrenia	Frecuencia y porcentaje

### **Cruce de Variables**

- Edad vs Sexo
- Edad vs tipo de medicamento
- Ocupación vs tipo de patología
- Patología vs Medicamento
- Tratamiento farmacológico vs tipo de patología vs dosis
- Reacciones adversas vs tipo de medicamento
- Estado del paciente después del tratamiento vs frecuencia con que asisten al CAPS

# **RESULTADOS**

**Y**

# **ANALISIS**

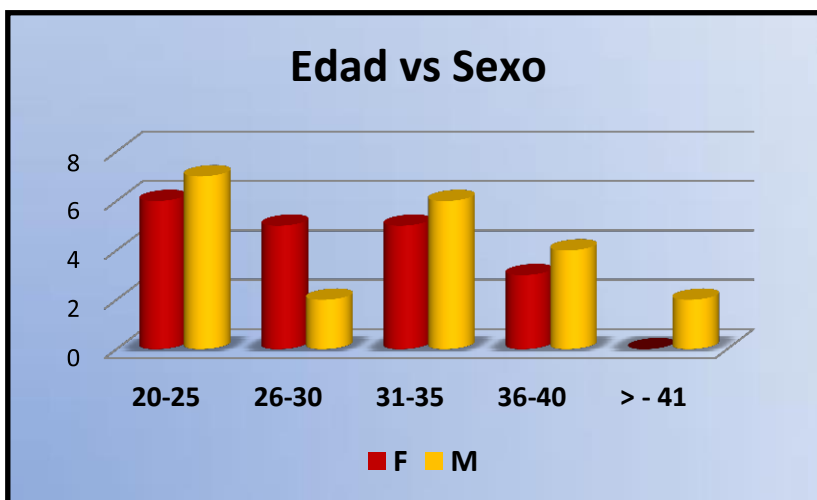
# Estudio de Utilización de Antipsicóticos

## Resultados

Se realizó la reciente investigación en el Centro de Atención Psicocial (CAPS) en la ciudad de León, en donde aplicamos un Estudio de utilización de medicamentos antipsicóticos a pacientes diagnosticados con trastornos Psicótico en el periodo comprendido de Septiembre a Noviembre del año 20016.

Se revisaron 40 expedientes clínicos de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

### Grafico N<sup>o</sup>1



Fuente primaria

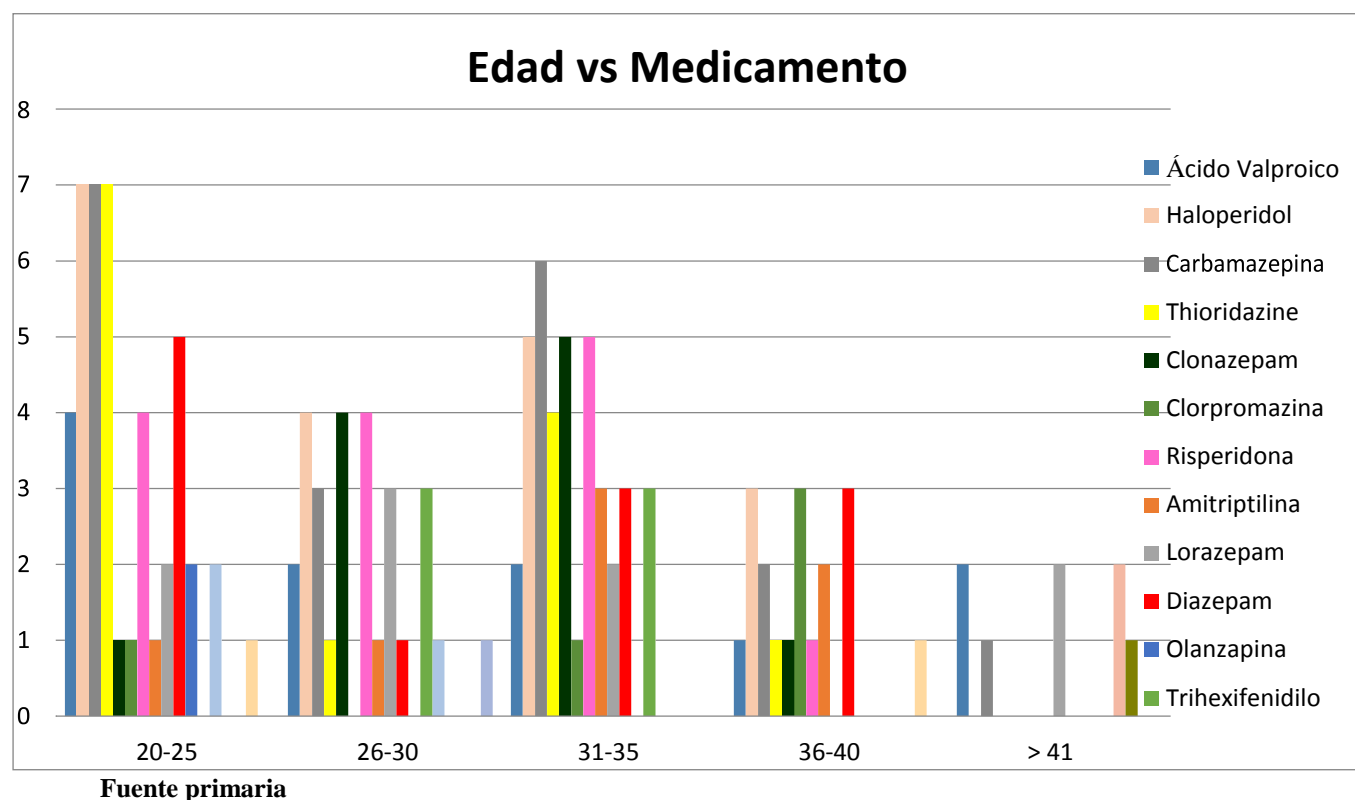
### Análisis de resultado

En las edades de 20 a 25 años confirmamos que 6 (15%) mujeres y 7 (17.5%) varones padecen trastornos mentales. De 26 a 30 encontramos 5 (12.5%) mujeres y 2 (5%) varones, de 31 a 35 años 5 (12.5) mujeres y 6 (15%) varones, de 36 a 40 3 mujeres (7.5%) y 4 (10%) varones y de 41 a más 2 (5%) varones.

En un rango de 20 a 40 años las enfermedades psicóticas prevalecen más en varones que en mujeres.



Gráfico N°2



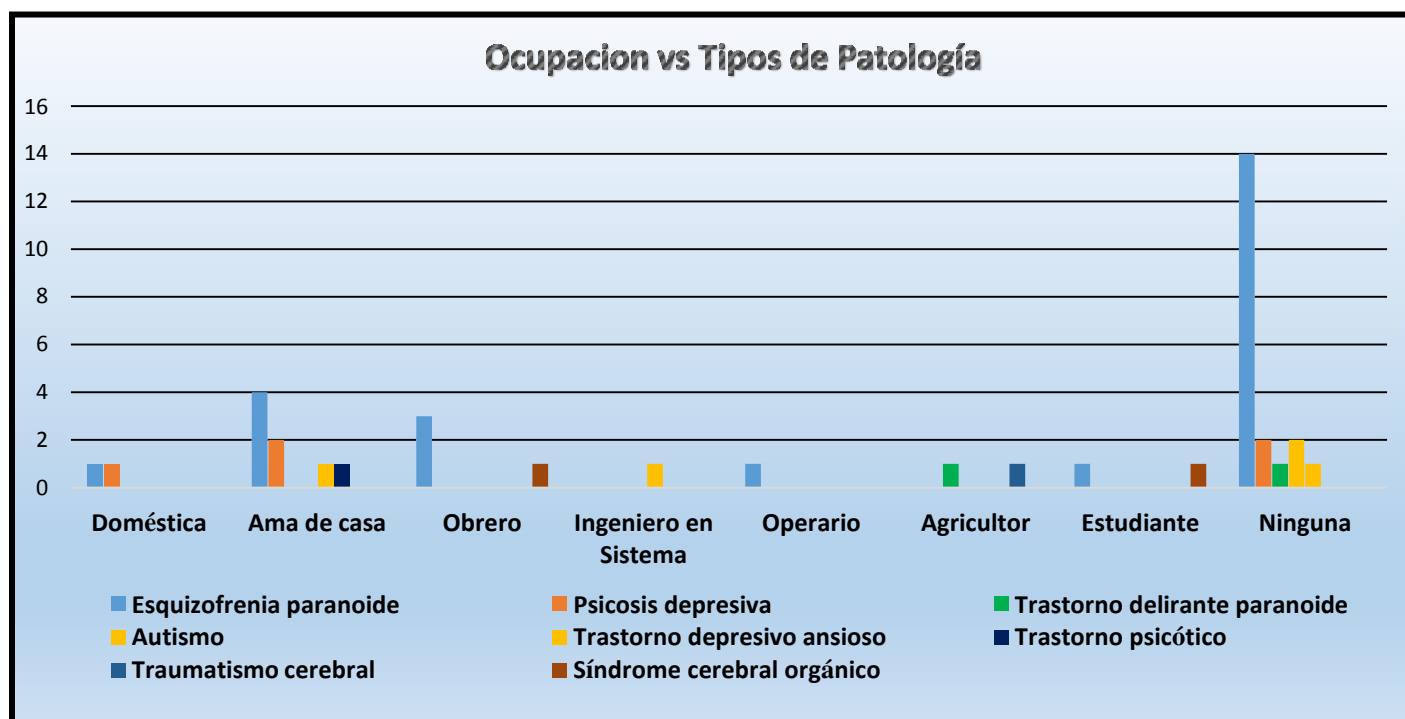
### Resultados y Análisis

De acuerdo a la gráfica anterior vemos que los pacientes de 20 a 25 años se les prescriben con mayor frecuencia el Haloperidol, Carbamazepina y la Tioridazina. De 26 a 30 años se les receta mayormente el Haloperidol, Risperidona y Clonazepam. De 31 a 35 años se les establece principalmente la Carbamazepina. De 36 a 40 años principalmente le recetan Haloperidol, Trihexifenidilo y Diazepam. De 41 años en adelante se les prescribe más que cualquier otro fármaco ácido Valproico, Lorazepam y Haloperidol.

Con los resultados anteriores se establece que el haloperidol es el fármaco que se utiliza principalmente en todos los pacientes con enfermedades psicóticas desde los más jóvenes hasta los de una edad avanzada, gracias a la eficacia que esta presenta en los pacientes independientemente de la edad y sexo, recalando que hay variación de dosis según la edad y la gravedad de cada paciente.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

Grafico N°3



Fuente primaria

### Resultados y Análisis

Conforme a los resultados obtenidos comprobamos que los pacientes que padecen esquizofrenias 14 (35%) de ellos no tienen ninguna ocupación, 4(10%) de los pacientes se desempeñan como ama de casa, 1(2.5%) es estudiante, 1(2.5%) doméstica y 3 (7.5%) de ellos como obreros 1 operario (2.5%). Con respecto a los pacientes con psicosis depresiva, 2 (5%) de ellos no tienen ninguna ocupación, 2 (5%) eran amas de casa y 1 (2.5%) trabaja como doméstica. En el caso de los pacientes con trastorno delirante paranoides tenemos 1(2.5%) agricultor y 1(2.5%) sin ocupación laboral. Acorde a los pacientes con Autismo 2 (5%) no tienen ninguna ocupación laboral. De acuerdo a las personas con Trastorno Depresivo Ansioso 1(2.5%) no tiene ocupación, 1(2.5%) labora como ingeniero en sistema y otra es ama de casa 1(2.5%), en el Trastorno Psicótico encontramos 1 (2.5%) paciente que es ama de casa.

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

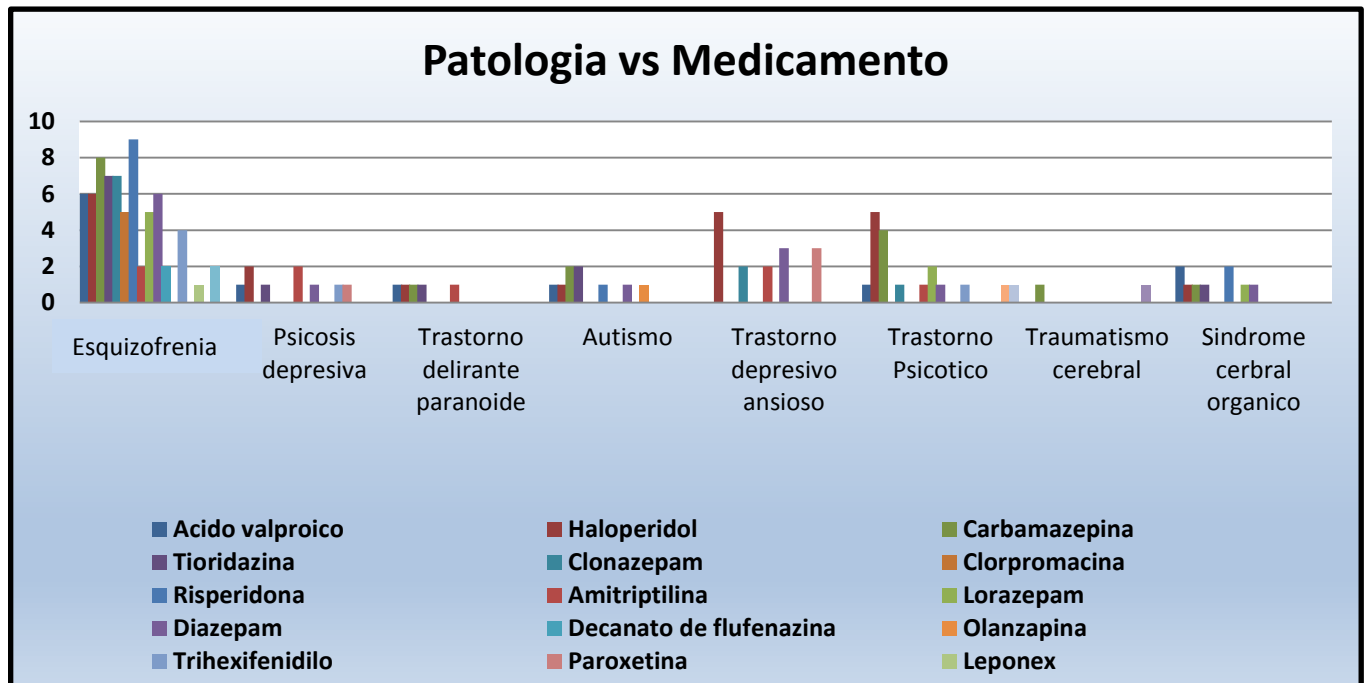
Al referirnos a traumatismos cerebral encontramos 1(2.5%) paciente que labora como agricultor. Para finalizar en los pacientes con Síndrome Cerebral Orgánico 1(2.5%) de ellos es estudiante y el otro 1(2.5%) labora como obrero.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

Según los datos obtenidos podemos decir que en la esquizofrenia la mayoría de los pacientes no pueden laborar debido a la dificultad que desarrollan en el transcurso de la enfermedad y les impide por ende llevar una vida normal.

Sin embargo gracias al tratamiento actual estos han logrado reincorporarse a sus actividades diarias.

**Grafico N°4**



### Resultados y Análisis

Los datos obtenidos nos muestran que para los pacientes diagnosticados con esquizofrenia el fármaco más utilizado es la risperidona y carbamazepina. En la psicosis depresiva el haloperidol y Amitriptilina, en el trastorno delirante paranoide los medicamentos más utilizados son ácido valproico, haloperidol, carbamazepina Tioridazina y Amitriptilina, en el caso del autismo los fármacos más utilizados son: Tioridazina y carbamazepina, en el caso de trastorno depresivo ansioso el más utilizado es el haloperidol, Diazepam y Paroxetina. En el trastorno Psicótico los más utilizados son: haloperidol, carbamazepina. Traumatismo cerebral orgánico los más utilizado son: fluoxetina y carbamazepina, en el síndrome cerebral orgánico los más utilizados son: ácido valproico y risperidona.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

En base a la información anterior podemos comprender que los medicamentos más prescritos en las mayorías de las patologías son: haloperidol y carbamazepina; por sus variadas indicaciones y la eficacia de estos en el tratamiento de enfermedades de carácter psicótico.

**Tabla N°1**

Medicamento	Esquizofrenia	Psicosis Depresivas	Trastorno delirante paranoide
Ácido valproico	125mg/ 8horas	125mg /8 horas	1/2 tab c 8 horas
Haloperidol	2mg/ 8horas	5mg/8 horas	5mg al día
Carbamazepina	200mg 1/ día		200mg/ 12 horas
Tioridazina	50mg/ 12 horas		100mg al día
Clonazepam	2mg/ diario	2mg/ diario	
Clorpromazina			
Risperidona	2mg/ 8 choras		
Amitriptilina	25mg/día	25mg/ 6horas	25 mg/ día
Lorazepam	2mg/ diario		
Diazepam	2mg/diario	5mg/al día	
Decanato de Flufenazina	25mg/ cada 21 Día		
Olanzapina			
Trihexifenidilo	5mg/día	5mg/12 horas	
Paroxetina		20mg/ día	
Leponex	100mg /12horas		
Fluoxetina			
Cinarizina	75mg/ 48 horas		
Imipramina			
Alprazolam			

Fuente primaria

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

Medicamento	Autismo	Trastorno depresivo ansioso	Trastorno Psicótico	Traumatismo cerebral	Síndrome cerebral orgánico
Ácido valproico	1/2 tab/ 8horas		1/2 tab /8horas		125mg/ 8 horas
Haloperidol	5mg/día	5mg/al día	5mg/día		5mg/ 8 horas
Carbamazepina	200mg/día		200mg/día	1/2 tab cada 12 horas	1 tab al día
Tioridazina	100mg/día				1 tab al día
Clonazepam		2mg/al día			
Clorpromazina					
Risperidona	1/2 tab. al Día	2mg/8horas			3mg/ al día
Amitriptilina		25mg/ 6horas			
Lorazepam					1 tab al día
Diazepam	2mg/día	2mg/al día			2mg/al día
Decanato de flufenazina					
Olanzapina	5mg/día		5mg/día		
Trihexifenidilo			5mg/día		
Paroxetina		20mg/al día			
Leponex					
Fluozetina				1 tab al día	
Cinarizina					
Imipramina			20mg/día		
Alprazolam	0.50 mg/ 8horas	0.50mg/día			

Fuente primaria

### Resultados y Análisis

De acuerdo a los datos anteriores vemos que un fármaco se usan en varias de las enfermedades, como es el caso de la haloperidol, carbamazepina y ácido valproico que casi en todas las patologías se prescribe, lo único que varía es la dosis en cada uno. Esta variación de dosis se debe a la complejidad de cada patología, es decir que de acuerdo a la gravedad de los síntomas varía la dosis del medicamento y el intervalo de tiempo a tomar, además de estos factores, la edad y la posible interacción, que estos posean con los demás

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

medicamentos que se le administran al paciente concomitantemente hace necesario el ajuste de las mismas, por lo tanto es de vital importancia que el paciente no pierda sus citas para tener el mejor manejo terapéutico de su enfermedad.

**Tabla N°2 Cruce 6**

### **Reacciones adversas vs tipo de medicamentos**

<b>RAM</b>	<b>Haloperidol</b>	<b>Lorazepam</b>	<b>Decanato de flufenazina</b>
Visión borrosa			
Espasmo musculares			
Inquietud			
Acalacia			
Somnolencia			
Decaimiento			
Aumento de peso			
Amenorrea			
Agranulocitosis			
Cefalea			
Ataxia			
Mareo			
Confusión			
Sincope			
Temblor			
Vértigo			

**Fuente primaria**

### **Análisis de resultado**

Las reacciones adversas presentadas en los pacientes, al usar los siguientes medicamentos son:

- ✓ Haloperidol: visión borrosa, amenorrea y Agranulocitosis.
- ✓ Lorazepam: somnolencia decaimiento cefalea, ataxia, mareo, confusión, sincope, temblor y vértigo.
- ✓ Decanato de flufenazina: visión borrosa, espasmos musculares, inquietud y Acalacia.

## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

Al analizar los datos anteriores podemos confirmar que el medicamento con mayor reacción adversa presentada en los pacientes fue la Lorazepam, 9 de los síntomas se le atribuyen a esta, ya que el uso de este medicamento aumenta el riesgo de problemas de respiración, cabe destacar que este interacciona con la Alprazolam aumentando la somnolencia provocada por la Lorazepam, por lo que el médico en este caso regula la dosis administrada de Lorazepam.

### **Análisis de resultado cruce 7**

Tomando en cuenta el estado del paciente antes y después del tratamiento vamos a valorar el progreso de acuerdo a las siguientes características: aspectos físicos, orientación, conciencia y lenguaje.

Muchas veces la frecuencia de asistencia al centro de atención psicosocial por parte de los pacientes no se debían a una respuesta positiva del medicamento, si no a la gravedad de complicaciones que estos presentaban al no acatar las indicaciones dadas por el medico con respecto a la toma de medicamentos y las terapias a seguir.

Cuando el paciente acude una vez al mes al centro se nota mejoría en estos cuatro aspectos ya que su aseo personal era muy bueno, estaba orientado en tiempo y forma, estaba consciente de las cosas a su alrededor y utilizan un lenguaje claro.

En cambio cuando el paciente visita seguido el centro es porque los síntomas persisten por ende se le revalora la dosis de los medicamentos o se le cambiaba de fármaco. La baja valoración de estos pacientes que acuden con mayor frecuencia en relación a los parámetros antes mencionados no es por falta de eficacia del medicamento sino por la baja adherencia al tratamiento prescrito, de esta manera aumenta la frecuencia de las crisis, a tal nivel que a veces no pueden acudir ellos mismos al centro y tienen que llegar sus familiares a reportar la conducta del paciente.



## **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

Cabe destacar que cuando los familiares no se involucran y no se interesan en el tratamiento y terapia del paciente no se presentan del todo mejorías y el paciente empeora, por eso pudimos observar que el apoyo de los familiares en estos casos es importante ya que eso motiva a los pacientes a seguir con el tratamiento y responden de una manera más positiva.

**Fuente primaria**

# **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

## **Conclusiones**

Los fármacos antipsicóticos más usados en el centro de Atención Psicosocial son neurolepticos (haloperidol) y anticonvulsivantes (carbamazepina), ya que son prescritas para las mayorías de las patologías psicóticas, es decir que son de gran espectro y son indicadas para aliviar diversos síntomas psicóticos.

Al valorar la eficacia que los fármacos antipsicóticos presentan en los pacientes, comprobamos que si estos son prescritos en la dosis adecuada, el tratamiento logra calmar los síntomas que estos presentan, por eso es de gran importancia que el paciente asista de manera consecutiva a sus citas para controlar las dosis, ya que estas varían de acuerdo al estado del paciente, la edad, las interacciones de los diversos medicamentos y la profesión que desempeña el paciente.

En el progreso de los pacientes cabe recalcar que lo indispensable para que el enfermo presente mejoría es apegarse al esquema de tratamiento prescrito y que asistan a las terapias psicológicas de grupo, de no ser así el paciente no presenta progreso alguno y por ende se les prescriben otros medicamentos o se les aumenta la dosis de los que ya utilizan. Es de vital importancia también, que los familiares estén al pendiente del paciente, ya que en muchos casos el apoyo de estos, ayuda a que el afectado pueda manejar de forma más positiva la enfermedad y por tanto que el progreso del paciente vaya por buen camino.

# **Estudio de Utilización de Antipsicóticos**

---

## **Recomendaciones**

### **FAMILIARERS**

- Instruir a los familiares de los pacientes para que puedan manejar distintas situaciones de emergencia ya sea por efecto de un medicamento o por la falta del mismo.
- Concientizar a los tutores de los pacientes de la importancia de asistir en tiempo y forma a las citas médicas.

### **CAPS**

- Brindar Psicoeducación a la población en general acerca, de la gravedad de las enfermedades psicóticas y de cómo identificar los síntomas, para hacer un diagnóstico temprano y así evitar complicaciones de la enfermedad.
- A los que conforman el personal del CAPS se les recomienda llevar un mayor control de las asistencias del paciente y a si tener un registro actualizados de los pacientes que están activos y los que no en la institución.

### **UNAN**

- A los Estudiantes de la carrera de farmacia los incentivamos a que tomen conciencia sobre la vital importancia que tiene el estudio de utilización y uso de medicamentos antipsicóticos y que podamos contribuir realizando más estudios de este tipo en dicha institución.

# Estudio de Utilización de Antipsicóticos

## Bibliografía

1. Susan B, Anthony J, Bertram G, Katzung G farmacología clínica básica y clínica 11<sup>a</sup> edición MCGRAW-HILL 2013.
2. Téllez S, Rizo A (2006). Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el Heodra y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León. Facultad de Ciencias Químicas UNAN-León.
3. Figueroa C, Navarro P. estudio de utilización de medicamentos antipsicóticos en combinación, para manejo de la esquizofrenia tipo paranoide en pacientes hombres del servicio de hospitalización de Psiquiatría general del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima Perú. 2016 Enero-16-2016. Disponible en: <http://cybertesis.unms.edu.p/handle/cybertesis/4681>. Acceso el 10 de febrero del 2017.
4. Aguilar B. 200. Estudio de utilización de medicamento (EUM). Obtenido el 10 de febrero de 2017. En [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9OU3VNv\\_QQJ:www.respyn.uanl.mx/especiales/2008/ee132008/documentos/presentaciones\\_orales/12.pdf+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=ni](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9OU3VNv_QQJ:www.respyn.uanl.mx/especiales/2008/ee132008/documentos/presentaciones_orales/12.pdf+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=ni)
5. Goodman G. Las bases farmacológicas de la terapéutica 11<sup>0</sup> edición.
6. Flórez J, Armijo J, Mediavilla A. Farmacología Humana 5<sup>a</sup> edición MASSON 2008.
7. Muñiz M. Octubre 2009. Tratamiento farmacológico del trastorno Bipolar.
8. Caseras X. El medico en casa. Trastornos de ansiedad. 1<sup>era</sup> edición.
9. Vázquez J, Herrán A. Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastorno de ansiedad. 1<sup>era</sup> edición.
10. Téllez J, López H, Boix J, Villena C, Parraga A, Rayo I, Revisión de guías clínicas, Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. 2007 octubre 2- 2007 disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169618261007>. Acceso 15 de abril del 2017.

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

---

11. Muñiz M, Apuntes del Curso de Psicofarmacología aplicada, Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar. 2009 octubre 12-2009 disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=HOSP\\_Multimedia\\_FA&cid=1354184660714&page name=Hospital12Octubre%2FHOSP\\_Multimedia\\_FA%2FHOSP\\_documentoWebeditpro](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=HOSP_Multimedia_FA&cid=1354184660714&page name=Hospital12Octubre%2FHOSP_Multimedia_FA%2FHOSP_documentoWebeditpro). Acceso 20 de abril del 2017.
12. Pascual I, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) 2008 marzo 31- 2008 disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>. Acceso 22 de abril 2017.
13. Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vázquez C, Depresión, Guías clínicas. 2006 Junio 11- 2006 disponible en: [www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf](http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf). Acceso 24 de abril del 2017.
14. Cáceres A, Trastorno cerebral orgánico, Manual de Psiquiatría. 2016 Mayo 2-2016 disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Psicologia/Manual\\_psiqiatr%C3%ADa/cap-10.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Psicologia/Manual_psiqiatr%C3%ADa/cap-10.htm). Acceso 30 de abril del 2018.
15. Cuxart F, Autismo, on-line trainautism. 2005 Septiembre 12-2005 disponible en: [www.autisme.com/autisme/documentacio/.../Que%20es%20el%20autismo.pdf](http://www.autisme.com/autisme/documentacio/.../Que%20es%20el%20autismo.pdf). Acceso 08 de mayo del 2017.
16. Armijo J, Mediavilla A, Flórez J, Farmacología Humana, fármacos antipsicóticos neurolepticos, V Edición, capítulo 31 página 630-637

# ANEXOS

**Tabla No 1 Edad vs Sexo**

Edad	F	M
20-25	6	7
26-30	5	2
31-35	5	6
36-40	3	4
> - 41	0	2

**Fuente primaria**

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

**Tabla N° 2 Edad vs Medicamento**

E	Lorazepam	Diazepam	Olanzapina	Trihexifenidilo	Paroxetina	Leponex	Fluoxetina	Cinarizina	Imipramina
20-25	2	5	2	0	2	0	0	1	0
26-30	3	1	0	3	1	0	0	0	1
31-35	2	3	0	3	0	0	0	0	0
36-40	0	3	0	0	0	0	0	1	0
> 41	2	0	0	0	0	2	1	0	0
Total	9	12	2	6	3	2	1	2	1

Edad	Acido							
	Valproico	Haloperidol	Carbamazepina	Tioridazina	Clonazepam	Clorpromazina	Risperidona	Amitriptilina
20-25	4	7	7	7	1	1	4	1
26-30	2	4	3	1	4	0	4	1
31-35	2	5	6	4	5	1	5	3
36-40	1	3	2	1	1	3	1	2
> 41	2	0	1	0	0	0	0	0
Total	11	19	19	13	11	5	14	7

Fuente primaria



**Tabla No 3 Ocupación vs Patología**

Ocupación	Trastorno depresivo ansioso	Trastorno psicótico	Traumatismo cerebral	Síndrome cerebral orgánico
Domestica	0	0	0	0
Ama de casa	1	1	0	0
Obrero	0	0	0	1
Ingeniero sistema	1	0	0	0
Operario	0	0	0	0
Agricultor	0	0	1	0
Estudiante	0	0	0	1
Ninguna	1	0	0	0
Total	3	1	1	3

Fuente primaria

**Tabla No 4 Patología vs Medicamento**

<b>Patología</b>	<b>Diazepam</b>	<b>Decanato de flufenazina</b>	<b>Olanzapina</b>	<b>Trihexifenidilo</b>	<b>Paroxetina</b>
Esquizofrenia	6	2	0	4	0
Psicosis Depresiva	1	0	0	1	1
Trastorno delirante paranoide	0	0	0	0	0
Autismo	1	0	1	0	0
Trastorno depresivo ansioso	3	0	0	0	3
Trastorno Psicótico	1	0	0	1	0
Traumatismo Cerebral	0	0	0	0	0
Síndrome cerebral Orgánico	1	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

**Fuente primaria**

Patología	Leponex	Fluoxetina	Cinarizina	Imipramina	Alprazolam	Ácido Valproico
Esquizofrenia	1	0	2	0	0	6
Psicosis Depresiva	0	0	0	0	0	1
Trastorno delirante paranoide	0	0	0	0	0	1
Autismo	0	0	0	0	0	1
Trastorno depresivo ansioso	0	0	0	0	0	0
Trastorno Psicótico	0	0	0	1	1	1
Traumatismo Cerebral	0	1	0	0	0	0
Síndrome cerebral Orgánico	0	0	0	0	0	2
Total	1	1	2	1	1	12

Fuente primaria

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

Patología	Haloperidol	Carbamazepina	Tioridazina	Clonazepam	Clorpromazina	Risperidona	Amitriptilina	Lorazepam
Esquizofrenia	6	8	7	7	5	9	2	5
Psicosis Depresiva	2	0	1	0	0	0	2	0
Trastorno delirante paranoide	1	1	1	0	0	0	1	0
Autismo	1	2	2	0	0	1	0	0
Trastorno depresivo Ansioso	5	0	0	2	0	0	2	0
Trastorno Psicótico	5	4	0	1	0	0	1	2
Traumatismo Cerebral	0	1	0	0	0	0	0	0
Síndrome cerebral orgánico	1	1	1	0	0	2	0	1
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Fuente primaria

Tabla N° 5 Medicamento vs patología vs dosis

Medicamento	Esquizofrenia	Psicosis depresivas	Trastorno delirante paranoide
Ácido valproico	125mg/ 8horas	125mg /8 horas	1/2 tab c 8 horas
Haloperidol	2mg/ 8horas	5mg/8 horas	5mg al día
Carbamazepina	200mg 1/ día		200mg/ 12 horas
Tioridazina	50mg/ 12 horas		100mg al día
Clonazepam	2mg/ diario	2mg/ diario	
Clorpromazina			
Risperidona	2mg/ 8 choras		
Amitriptilina	25mg/día	25mg/ 6horas	25 mg/ día
Lorazepam	2mg/ diario		
Diazepam	2mg/diario	5mg/al día	
Decanato de Flufenazina	25mg/ cada 21 día		
Olanzapina			
Trihexifenidilo	5mg/día	5mg/12 horas	
Paroxetina		20mg/ día	
Leponex	100mg /12horas		
Fluozetina			
Cinarizina	75mg/ 48 horas		
Imipramina			
Alprazolam			

Fuente primaria

## Estudio de Utilización de Antipsicóticos

Medicamento	Autismo	Trastorno depresivo ansioso	Trastorno Psicótico	Traumatismo cerebral	Síndrome cerebral orgánico
Ácido valproico	1/2 tab/ 8horas		1/2 tab /8horas		125mg/ 8 horas
Haloperidol	5mg/día	5mg/al día	5mg/día		5mg/ 8 horas
Carbamazepina	200mg/día		200mg/día	1/2 tab cada 12 horas	1 tab al día
Tioridazina	100mg/día				1 tab al día
Clonazepam		2mg/al día			
Clorpromazina					
Risperidona	1/2 tab. al día	2mg/8horas			3mg/ al día
Amitriptilina		25mg/ 6horas			
Lorazepam					1 tab al día
Diazepam	2mg/día	2mg/al día			2mg/al día
Decanato de flufenazina					
Olanzapina	5mg/día		5mg/día		
Trihexifenidilo			5mg/día		
Paroxetina		20mg/al día			
Leponex					
Fluozetina				1 tab al día	
Cinarizina					
Imipramina			20mg/día		
Alprazolam		0.50 mg/ 8horas	0.50mg/día		

Fuente primaria

**Tabla No 6 RAM vs Medicamento**

RAM	Haloperidol	Lorazepam	Decanato de flufenazina
Visión borrosa			
Espasmo musculares			
Inquietud			
Acalacia			
Somnolencia			
Decaimiento			
Aumento de peso			
Amenorrea			
Agranulocitosis			
Cefalea			
Ataxia			
Mareo			
Confusión			
Sincope			
Temblor			
Vértigo			

**Fuente primaria**

# Estudio de Utilización de Antipsicóticos

Estudio de utilización de medicamento antipsicótico en pacientes que asisten al centro de atención psicosocial (CAPS) de la ciudad de León, septiembre-noviembre 2016.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Asistencia al centro: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Síntomas:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_

Tratamiento farmacológico	Dosis

Reacciones adversa:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Resultado del tratamiento:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_



# Estudio de Utilización de Antipsicóticos



Ref.:

León, 7 de septiembre del 2016.

**Dra. Maritza Sampson**  
Directora del Centro de Atención Psicosocial



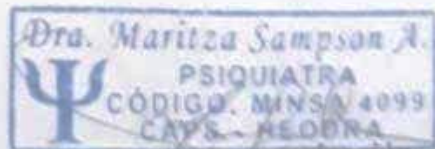
Sus manos.

Estimada doctora, el motivo de la presente es para solicitarle su apoyo con el trabajo de investigación que están llevando a cabo los siguientes alumnos:

- *Gabriela Azucena Barrera Rivas carnet: 12-00102-0*
- *Santiago Francisco Vargas Jiménez carnet: 12-07758-7*
- *Julio Cesar Gutiérrez Ruiz carnet: 12-01454-0*

Dicha investigación lleva por título "Estudio de utilización de fármacos antipsicóticos en pacientes atendidos en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de la ciudad de León, Septiembre-Noviembre 2016". Para llevar a cabo este trabajo los alumnos necesitan recolectar información de los expedientes de pacientes que son atendidos en el centro que usted dirige, necesitando así de su autorización para que puedan acceder a los mismos y llenar así las fichas con los datos útiles para la investigación.

Agradeciéndole de antemano su cooperación y deseándole éxito en las funciones que desempeña.



Firma de autorización  
**Dra. Maritza Sampson**  
Directora del Centro de Atención Psicosocial

"A la Libertad por la Universidad"