



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS E INGENIERIA

DEPARTAMENTO DE QUÍMICA

QUÍMICA FARMACÉUTICA

**SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADA EN:
QUÍMICA FARMACÉUTICA.**

**TÍTULO: ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA
ESQUIZOFRENÍA EN PACIENTES DE 20-65 AÑOS, ATENDIDOS EN LOS
PABELLONES 3 Y 4 DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL “DR. JOSÉ DOLORES
FLETES VALLE”, MANAGUA. ENERO-AGOSTO 2020.**

Autoras: Bra. María Sinaí Rivera
Bra. Meyling Valeska Rizo Arias
Bra. Massiel Guadalupe Vanegas Vivas

Tutora: Dra. Yanett C. Mora Vargas

Managua, abril 2021

DEDICATORIA

Este seminario de graduación se lo dedico principalmente a Dios, por ser mi inspirador y darme fuerzas para iniciar y concluir una de las metas más importantes de mi vida, como es mi carrera profesional.

Dedicándolo a cuatro personas más, que significan todo para mí, aunque algunas ya no están entre nosotros.

Se lo dedico a mi segunda mamá, mi abuela Justina Auxiliadora Rivera, que ya no está conmigo, sus recuerdos continúan en mi corazón, cuyo amor para mí no conocía límites y sé que está orgullosa de su nieta, disfrutando este momento tan importante desde el cielo.

A una persona especial, que la considero como mi segunda abuela a Miriam del Socorro Cuadra, donde me impulsaba a continuar luchando en los momentos más difíciles de mi vida, cuando yo creía caer, ella tenía palabras de aliento para yo levantarme y seguir adelante, siempre recordando cada uno de sus consejos con mucho amor.

A mi mamá Lourdes Desirée Rivera, que es una mujer que me llena de orgullo, te amo y no va haber manera de devolverte tanto que me has dado. Este trabajo final es un logro más que llevo a cabo y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ti, no sé en donde me encontraría de no ser por tu ayuda, tu compañía y tu amor.

A mi hermano Carlos Josué Ruíz Rivera, aparte de ser hermanos, somos amigos y nos dándonos apoyo en todos los procesos de la vida, gracias por tu motivación para realizar este sueño y estar siempre a mi lado.

María Sinaí Rivera

DEDICATORIA

Primero que nada, agradecida con el de arriba por haberme permitido seguir con vida y salud física y mental.

Me tomó seis años terminar esta carrera sin rendirme ante la ansiedad y los ataques de pánico que he sufrido a lo largo de estos años, tantos sacrificios y preocupaciones que pasamos para poder culminar, pero al menos estamos sobreviviendo a la pandemia, ¿eh? Algo bueno tenía que salir después de tanto sufrimiento.

Si tuviera que elegir a quien dedicar este seminario, la verdad sería a mis compañeras y a mí misma, porque solo nosotras sabemos las dificultades que cada una conlleva.

También, aunque ya no estén físicamente presente en mi vida, se la dedico a mis abuelos maternos que con mucho cariño se les recuerda hasta el día de hoy incluso después de más de una década de haber perdido a mi abuelo y ya seis años de perder a mi abuela. Sé que estarían muy orgullosos de ver a la única nieta que tenían cerca.

A mi hermano Brian Rizo Arias, que a pesar de todas las dificultades ha ayudado a mamá y a mí con la casa, también en ciertos aspectos de la vida que para bien o para mal, es con quien he crecido y el cariño siempre está presente, aunque sea necio.

A mi mamá Jackeline Arias Martínez, que me sacó las canas con sus inventos y explosiones, gracias por seguir a mi lado aun sabiendo que soy malcriada según lo que me dice, usted sabe que la amo, y que sin usted no podría haber llegado hasta donde estoy.

Y, por último, pero no menos importante, a mi novio Luis Martínez, que es bien flojito pero buen muchacho, como siempre aguantándome y apoyándome incondicionalmente desde la distancia, te quiero mucho y gracias por las buenas risas, espero el día en que también puedas culminar tus estudios universitarios y poder estar ahí para apoyarte.

Meyling Valeska Rizo Arias

DEDICATORIA

Gracias a Dios por permitirme gozar de este nuevo triunfo, gracias a la vida el tener y disfrutar de conocimientos a lo largo de estos cinco años, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto. No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, amor e inmensa bondad, lo complicado de llegar a esta meta se ha notado menos.

Gracias especialmente a mis padres y abuela, por ser los principales promotores de mis sueños, el amor recibido, entrega, confianza, dedicación, el creer en mí y mis expectativas, paciencia, con la que cada día se preocupaban por mi avance y desarrollo, es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo.

Gracias a mi madre por acompañarme en cada paso y decisión tomada, gracias a mi padre por siempre desear lo mejor en mi vida y apoyarme cada vez que lo necesitaba, gracias a mi abuela por cada consejo recibido y por cada palabra que me han guiado durante mi vida.

A la universidad que me dio la bienvenida a este mundo lleno de oportunidades, a mis maestros muchas gracias por toda la ayuda recibida y conocimientos impartidos, para finalizar agradezco a mis amigos y compañeras de trabajo ya que, gracias a su apoyo, comprensión y amistad, hemos logrado concluir con gran éxito este seminario.

Massiel Guadalupe Vanegas Vivas

AGRADECIMIENTO

A Dios porque nos ha prestado la vida y la salud para llegar a este punto de culminación de la carrera, por darnos la oportunidad de superar los obstáculos y las dificultades que se han presentado.

A nuestros padres por darnos el apoyo tanto emocional como económicamente, siempre de nuestro lado para darnos consejos y ánimo para poder ser futuros profesionales. Gracias a ellos por aportar en nuestros valores que se han forjado desde la infancia.

A la universidad por darnos la oportunidad de entrar a nuestra primera opción, por gozar de la educación profesional de calidad y gratuita, facilitando becas y bonos de alimentación por parte de UNEN que nos ayudó en el día a día de nuestra formación.

A nuestra tutora, por ayudarnos desde antes de empezar el seminario de graduación con su dedicación y amor por la carrera, por guiarnos hasta el final con paciencia, amabilidad y por brindarnos su tiempo y apoyo.

A todas aquellas personas de nuestro alrededor que con mucho cariño nos transmitieron palabras de ánimo.

Las autoras.

CARTA DEL TUTOR

En calidad de tutora, doy fe que las Bachilleras: María Sinaí Rivera, Meyling Valeska Rizo Arias y Massiel Guadalupe Vanegas Vivas; realizaron tesis para optar al grado de Licenciadas en Química - Farmacéutica, con el tema: “Análisis del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en pacientes de 20-65 años, atendidos en los pabellones 3 y 4 del hospital psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, Managua. enero-agosto 2020”.

La presente investigación se desarrolló en la modalidad de seminario de graduación, los principales resultados establecen parámetros importantes de la prescripción y dispensación del tratamiento de la esquizofrenia contribuyendo al Uso Racional de este medicamento.

Es meritorio reconocer el esfuerzo de las autoras, ya que han demostrado ética, profesionalismo y entereza en el desarrollo de esta investigación.

Atentamente

Dra. Yanett C. Mora Vargas

RESUMEN

Los estudios de utilización de medicamentos, se llevan a cabo para obtener información sobre la práctica terapéutica habitual, la investigación sobre la esquizofrenia ha avanzado notablemente en los últimos siglos, el tratamiento farmacológico de esta enfermedad es muy importante, la detección y seguimiento son cruciales para este trastorno. Con el objetivo de analizar el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en pacientes de 20-65 años, atendidos en los pabellones 3 y 4 del hospital psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” Managua enero-agosto 2020, se realizó un estudio de enfoque en la utilización de medicamentos de indicación-prescripción, siendo de corte transversal y retrospectivo. En la investigación, se analizaron 47 expedientes clínicos con un método cualitativo, utilizando fichas de recolección de datos incluyendo las variables de interés. Por lo tanto, se dieron los siguientes resultados, la prevalencia de la esquizofrenia fue en el sexo masculino y las edades de mayor afectación se presentan en el rango de 31 a 50 años para ambos grupos. Los fármacos más administrados en los pacientes atendidos fueron el haloperidol y risperidona, siendo los de primera elección. También, se encontraron interacciones medicamentosas de sinergia y antagonismo en combinaciones como Ácido valproico + Clonazepam, Ácido valproico + Diazepam y Carbamazepina + Risperidona. Se presentaron reacciones adversas medicamentosas en dos pacientes siendo estas distonía y acatisia. Se indagó que existe una buena adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Por lo que se concluye, el hospital Psicosocial ha logrado mantener un adecuado cuidado de los pacientes con lo que respecta a la salud mental mediante el uso de antipsicóticos como Haloperidol (57%) y Risperidona (33%) mayormente, obteniendo un 68% de adherencia en el tratamiento farmacológico, ayudando a mantener el padecimiento de la esquizofrenia en una fase estable cuando se amerita, solamente se registraron un 4.26% de Reacciones Adversas Medicamentosas (Distonía y acatisia) y 12.77% de interacciones entre fármacos (sinergia y antagonismo).

Palabras claves: Tratamiento farmacológico, antipsicóticos, esquizofrenia, estudio de utilización de medicamentos.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES	1
1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 OBJETIVOS	4
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL	5
2.1 ANTECEDENTES	6
2.2 MARCO TEÓRICO	8
2.2.1 ESTUDIOS DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS (EUM)	8
2.2.2 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	8
2.2.3 PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SALUD	9
2.2.4 ESQUIZOFRENIA	9
2.2.5 TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO	15
2.2.6 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON ANTIPSICÓTICOS	16
2.2.7 ANTIPSICÓTICOS PRESENTES EN LA LISTA BÁSICA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE NICARAGUA	19
2.2.8 ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA	28
2.2.9 FÁRMACOS COMPLEMENTARIOS	28
CAPÍTULO III PREGUNTAS DIRECTRICES	30
3.1 PREGUNTAS DIRECTRICES	31
CAPÍTULO IV DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO	33
4.2 TIPO DE ESTUDIO	33
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	33
4.3.1 POBLACIÓN	33
4.3.2 MUESTRA	34
4.4 VARIABLES	34
4.4.1 ENUMERACIÓN DE LAS VARIABLES	34
4.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	35
4.5 MATERIAL Y MÉTODO	37

4.5.1 MATERIALES PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN.....	37
4.5.2 MATERIALES PARA PROCESAR LA INFORMACIÓN.....	37
4.5.3 MÉTODO.....	37
CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
5.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
CAPÍTULO VI RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES.....	46
6.1 CONCLUSIONES.....	47
6.2 RECOMENDACIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.....	49
ANEXOS.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Caracterización por edad y sexo de los pacientes con esquizofrenia.....	39
Gráfico 2. Tratamiento antipsicótico administrado a los pacientes con esquizofrenia.....	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Interacciones medicamentosas.....	42
Figura 2. Reacciones Adversas Medicamentosas presentes en los pacientes.	44
Figura 3. Adherencia en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en pacientes atendidos.	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Interacción entre fármacos administrados a los pacientes con esquizofrenia.	41
Tabla 2. Tratamiento antipsicótico administrado a los pacientes atendidos con esquizofrenia según sexo.....	55
Tabla 3. Tratamiento antipsicótico administrado a pacientes atendidos con esquizofrenia según edad.....	55

ABREVIATURAS

Miligramos... mg

Días... d

Horas... h

Microgramos... mcg

Kilogramos... kg

Minutos... min

Máximo/a... máx.

Una vez al día... id

Dos veces al día... bid

Tres veces al día... tid

Cuatro veces al día... qid

Doctor... Dr.

SIGLAS

CADTH: Agencia Canadiense de Drogas y Tecnologías en Salud

EUM: Estudios de Utilización de Medicamentos

TAC: Tomografía Axial Computarizada

EEG: Electroencefalografía

LSD: Dietilamida de Ácido Lisérgico

VO: Vía Oral

IM: Intra Muscular

SNC: Sistema Nervioso Central

PO (Per Os): Administración Oral

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

NA: No Adherencia

IV: Intravenoso

RAM: Reacciones Adversas Medicamentosas

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 INTRODUCCIÓN

Los Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM), se llevan a cabo para obtener información sobre la práctica terapéutica habitual y saber cómo se utilizan los medicamentos fuera de las condiciones controladas; con pacientes seleccionados propiamente de ensayos clínicos.

La investigación de la Esquizofrenia ha avanzado notablemente en el último siglo. Desde que Kraepelin acuñara el término de “demencia precoz” para referirse a esta enfermedad, han sido numerosos los avances que se han realizado en los distintos campos de la medicina en relación, a la biología subyacente al trastorno. Pese a ello, la etiología y fisiopatología apenas han sido aclaradas. El tratamiento farmacológico de esta enfermedad es muy importante en la terapia de estos pacientes.

La detección y tratamiento temprano son cruciales para el seguimiento de este trastorno; uno de los objetivos es identificar los fármacos que se utilizan para el tratamiento de la esquizofrenia en los pacientes ingresados, así como el debido cumplimiento y atención en el inicio de este trastorno mental. Así se podrá evitar recaídas que provocan distorsiones del pensamiento, la conciencia, delirios y alteraciones en la conducta. Existen muy pocas investigaciones acerca del uso y manejo farmacológico para tratar este trastorno mental.

En el presente estudio se analizará el tratamiento farmacológico que se le da a los pacientes atendidos en el Hospital Psicosocial Nacional “Dr. José Dolores Fletes Valle” de 20-65 años, Resultando de crucial interés identificar el comportamiento habitual de los distintos fármacos administrados a estos pacientes y si se han aplicado las recomendaciones dadas. Llevándose a cabo un estudio de utilización de medicamentos de indicación-prescripción.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud mental, es un punto clave a mejorar en el país. Cada año son más los pacientes que buscan ayuda profesional para tratar este tipo de enfermedades ubicándose así en el puesto número 8 del mapa de padecimientos de salud de Nicaragua con 13,718 personas. (Ministerio de Salud, 2020, pp. -)

Actualmente el programa de salud mental cuenta con la ley No. 650 de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales a nivel nacional para realizar una efectiva atención, evaluación y monitoreo de los problemas de salud mental en el país.

Por otra parte, los fármacos, son un elemento habitualmente indispensable en el tratamiento de la esquizofrenia principalmente en los primeros episodios psicóticos. Las medicaciones se utilizan para tratar y prevenir futuros episodios, así como la mejoría de los síntomas, por lo que deben de estar disponibles en el servicio del hospital para facilitar la atención del paciente.

También, se debe mejorar el uso adecuado de medicamentos para la esquizofrenia ya que este puede tener un impacto negativo en la vida del paciente si no se utiliza de manera correcta. En el uso influyen varios factores: económicos, culturales, creencias arraigadas en las comunidades y escaso cumplimiento del esquema terapéutico.

Por lo tanto, surge la siguiente interrogante:

¿Es adecuado el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en pacientes de 20-65 años, atendidos en los pabellones 3 y 4 del Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, Managua; enero - agosto 2020?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Según el Ministerio de Salud (2020) las enfermedades psiquiátricas son una de las principales razones de consultas médicas crónicas en Nicaragua, siendo ésta el 2.31%, se deben de tratar desde sus primeros episodios para evitar futuras complicaciones físicas y sociales del paciente.

Debido a la falta de conocimiento y de cómo se trata esta enfermedad, hay personas que a los primeros síntomas de la esquizofrenia los relacionan con otros trastornos mentales y por ese motivo es que el paciente presenta complicaciones, donde es necesario la intervención médica inmediata.

Por lo tanto, la investigación ayudará a verificar los distintos esquemas empleados en el hospital psicosocial dependiendo del historial clínico de cada paciente que fue ingresado, revisando el cumplimiento en el tratamiento de esta enfermedad. Así mismo esto indica que conocer más sobre el adecuado manejo terapéutico es de gran importancia para una atención óptima evitando el deterioro de la calidad de vida del paciente.

En la actualidad no existen estudios recientes sobre el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en nuestro país. Por lo cual, esta investigación constituye un aporte importante para el sector salud, ya que se dará a conocer el tratamiento brindado en el hospital psicosocial, también se analizarán las variables que presenta el paciente para que le puedan dar un tratamiento adecuado.

Además, en esta investigación se proporciona información básica para los futuros estudios del tema, aportando conocimientos básicos sobre el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo general.

Analizar el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en pacientes de 20-65 años, atendidos en los pabellones 3 y 4 del Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, Managua. Enero-agosto 2020.

Objetivos específicos.

- 1) Caracterizar a los pacientes con esquizofrenia atendidos en el hospital según edad y sexo.
- 2) Identificar los fármacos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia en los pacientes atendidos.
- 3) Determinar la interacción del tratamiento farmacológico con otros tratamientos que reciben los pacientes atendidos.
- 4) Indicar la presencia de reacciones adversas medicamentosas en el tratamiento para la esquizofrenia prescrita.
- 5) Indagar el grado de adherencia en el tratamiento farmacológico de los pacientes con esquizofrenia atendidos.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES

NACIONAL

Sánchez, S. (2015); Realizó un estudio sobre el conocimiento del Uso Racional de psicofármacos en el hospital psicosocial, dando a conocer que los más utilizados eran el Haloperidol con un 83% y la Diazepam con un 85%, encontrando distintas reacciones adversas medicamentos como acatisia, bradicinesia, distonía aguda, sedación e hipotensión, siendo más afectada la población joven de entre 17 a 45 años. Concluyendo que fue adecuado el uso de los fármacos brindados a los pacientes apoyados por la literatura internacional y protocolar, ya que las reacciones adversas fueron por factores propios del individuo y las propiedades farmacocinéticas y farmacodinamias de los psicofármacos usados.

INTERNACIONAL.

Díaz, A.; García, I.; Macías, A.; Ruiz, J. (2014) Madrid; Estudiaron la prescripción psiquiátrica de diferentes tipos de esquizofrenia, con una muestra de 100 pacientes de sexo femenino, en el cual se verificó que se recurre a la politerapia de forma común, aunque no se considere tratamiento de elección, para fomentar el efecto coadyuvante de los distintos antipsicóticos por su acción en diferentes receptores. Las asociaciones más usadas son Clozapina + Amisulprida, Clozapina/Clotiapina + Risperidona y Clozapina + Zuclopentixol. La politerapia supone un 45.5% tanto en menores de 50 años como en mayores.

Muñoz, A. (2018 – 2019); Investigó la situación actual de la adherencia terapéutica en la esquizofrenia, identificando factores que influyen en la adquisición de la adherencia y las principales intervenciones que mejoran la adherencia terapéutica del paciente, el 48.6% continuo con éxito su tratamiento (buena adherencia), la prevalencia de no adherencia fue del 26.1%, por factores socioculturales y familiares, también lo que ayudó a mejorar esto fueron las entrevistas motivacionales, la psicoeducación y la terapia de adherencia.

En el estudio realizado por Castro, M. (2018) se identifica y cuantifica la presencia de interacciones medicamentosas en siete pacientes crónicos con esquizofrenia hospitalizadas en una clínica de Bogotá D.C, durante el periodo Enero a febrero del año 2018. La presencia de

interacciones medicamentosas fue de 52% en todos los pacientes estudiados, los medicamentos que se determinaron con mayor prevalencia fueron la clozapina y clonazepam, presentando seis interacciones representado como 15% del total de interacciones. En el caso de la clozapina se debe a que se encuentra dentro del tratamiento farmacológico de la mayoría de los pacientes, de la misma manera, es observado en la literatura como el antipsicótico con mayor eficacia y más utilizado dentro del tratamiento de la esquizofrenia. Y el clonazepam una de las Benzodiazepinas que tiene un perfil muy eficaz como ansiolítico en el tratamiento de trastornos.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ESTUDIOS DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS (EUM)

De acuerdo con Figueras, A. (2003) define que los Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM) son los estudios que analizan la regulación, comercialización, distribución, prescripción, dispensación y uso de fármacos en una sociedad, haciendo especial insistencia en las consecuencias médicas, económicas y sociales de este uso.

Son la principal herramienta para detectar la mala utilización, identificar los factores responsables, diseñar intervenciones efectivas de mejora y evaluar los logros de esas intervenciones. Tienen carácter interdisciplinario, con tareas específicas para médicos, farmacéuticos, salubristas, economistas, informáticos y otros profesionales.

Los estudios de utilización de medicamentos forman parte de fármaco-epidemiología. Tienen como objetivo la mejora de la terapéutica farmacológica en el ámbito asistencial, residiendo su interés en cuatro puntos: determinar el coste de las necesidades farmacéuticas de la comunidad, analizar las posibles áreas de prescripción innecesaria, descubrir cualquier aumento de la morbilidad iatrogénica (daño no deseado ni buscado en la salud) y formar una base sólida y fundada que permita supervisar la práctica de los profesionales de la atención de salud.

2.2.2 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Los trastornos Psiquiátricos son afecciones o síndromes psíquicos y comportamientos mentales, radicalmente opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, rendimiento intelectual y comportamiento social.

Son hereditarios, con factores de riesgo genético que comprenden 20 a 90% de vulnerabilidad a la enfermedad. Como consecuencia de su prevalencia, inicio temprano y persistencia, contribuyen de manera sustancial a la carga de enfermedad en todo el mundo.

Detalla Jameson, J. (2019) que todos los trastornos psiquiátricos son síndromes amplios y heterogéneos que a la fecha carecen de una neuropatología bien definida y de marcadores biológicos auténticos. Por tanto, los diagnósticos continúan estableciéndose sólo por las

observaciones clínicas y con la aplicación de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico sobre Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

2.2.3 PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SALUD

Los protocolos médicos son un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante cualquier enfermo con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud. Según la (Audiencia Provincial de Toledo, 2019) dice que “constituyen un medio de plasmar las directrices o recomendaciones actualizadas que un grupo de expertos cualificados establecen.

Por tanto, generalmente, los protocolos contribuyen al mantenimiento de la calidad asistencial mediante el uso adecuado de los recursos disponibles, evitándose decisiones clínicas no fundamentadas científicamente y reduciendo la variabilidad incompetente de la práctica médica. Estas guías clínicas pueden ser elaboradas por instituciones públicas o privadas, sociedades científicas, comités de expertos o grupos profesionales, tanto en el ámbito estatal, regional, territorial o local.

Actualmente no existe un protocolo de atención para la esquizofrenia en el hospital psicosocial, sin embargo, existen pautas verbales que deberían ser verificadas para tener una guía clínica sobre el tratamiento que se lleva a cabo.

2.2.4 ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno psicótico, caracterizado por una alteración sustantiva del funcionamiento mental, que ha sido llamada alternativamente “Demencia Precoz”, “Discordancia Intrapsíquica” o “Disociación Autística de la Personalidad”. Todos ellos por la presencia de síntomas psicóticos positivos en algún momento de su desarrollo, y donde los síntomas negativos y cognitivos se asocian, a su vez, a un grado variable de discapacidad.

El inicio de la esquizofrenia se produce, durante la adolescencia e incluso en la infancia o al inicio de la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las

mujeres lo es a finales de la tercera década y comienzos de la cuarta. La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial.

La aparición del primer episodio puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de sujetos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por el desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida de intereses en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y cuidado personal, enfado e irritabilidad) tras los cuales puede aparecer un síntoma característico de la fase activa que define el trastorno como esquizofrenia.

Esta enfermedad que habitualmente es de tipo crónico, puede caracterizarse por tres fases (fase aguda, fase de estabilización y fase estable) que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009, pp. -)

Antes de que un paciente que se encuentre en la fase estable presente una recaída, habitualmente se produce un período prodrómico en el que pueden manifestarse síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Este período prodrómico puede durar entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede persistir durante varios meses.

El curso de la enfermedad puede variar según se instaure tratamiento de forma precoz y según cual sea la respuesta asistencial que reciba el paciente con esquizofrenia en sus momentos iniciales. Además, en relación con el tratamiento, la evolución de los avances científicos (desarrollo de nuevos fármacos, estudios genéticos, diseño de nuevos abordajes psicosociales, nuevos ámbitos de tratamiento, etc.) permite concebir esperanzas respecto al futuro del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia y sus familias.

➤ SÍNTOMAS

Los síntomas de esquizofrenia están divididos en tres categorías: positivos, negativos y de desorganización. Los síntomas positivos son los que confirman que la persona tiene esquizofrenia y se notan por exceso de funciones normales o deformación de cosas que la persona siente o experimenta. Los síntomas negativos se refieren a capacidades que la persona pierde o deja de tener. Por otra parte, los síntomas de desorganización alteran la comunicación y el comportamiento de la persona.

- **Síntomas positivos:**

Alucinaciones.

Las personas que padece esquizofrenia pueden oír voces que le hablan o qué hablan de ella, casi siempre de forma negativa, crítica o incluso cosas que pueden dar miedo, también pueden ver cosas que no existen en la realidad. Las alucinaciones son una experiencia que se origina en el cerebro de la persona, no en la realidad externa donde todos los demás podemos percibirlas, como las alucinaciones visuales y auditivas. Presentando alucinaciones más frecuentemente de tipo auditivo. Resultando en trastornos y frecuentemente esto le lleva a confundir lo que es real de lo que no lo es, las alucinaciones de la realidad y por lo tanto a comportarse de una manera que para los demás no es normal.

Delirios o ideas delirantes.

Son ideas extrañas que no corresponden a la realidad, pero que la persona mantiene en forma constante y los demás no comparten, aun demostrando a las personas que las ideas no son reales, es decir, qué son delirantes, la persona se mantiene en esas ideas. Algo que sucede frecuentemente en la esquizofrenia, es que la persona siente que la persiguen, a eso se le llama paranoia, o qué es el centro de atención de lo que ocurra o que todo lo que pasa tiene relación con él o con ella, a eso se le llama ideas de referencia, también es frecuente que la persona con esquizofrenia tenga ideas delirantes de tipo religioso, cómo creerse Dios o su mensajero directo.

La demostración de que las ideas delirantes de la persona con esquizofrenia son falsas no sirve para convencerlos de nada, ni de que están enfermos, ni que deben tomar medicamentos, la persona no comprende porque su cerebro no funciona correctamente. Tanto las ideas delirantes como las alucinaciones son reales para la persona enferma, pero no para los demás que frecuentemente no comprendemos porque la persona afectada actúa de dicha forma.

Trastorno del pensamiento.

A las personas con esquizofrenia les cuesta trabajo entender las cosas de todos los días, sonidos, olores, paisajes, Sabores o sensaciones en general, hasta las cosas propias, los

objetos que hemos visto siempre, pueden asustarles. Se pueden volver hipersensibles a luces, colores, sonidos y otras cosas.

Como el cerebro de la persona con esquizofrenia no funciona correctamente y el pensamiento es una función del cerebro, este se encuentra alterado, trastornado, es decir, no es un pensamiento lógico como el que tenía la persona antes de empezar con la enfermedad. Esto se manifiesta en la manera de hablar, incoherente y confusa, porque habitualmente se pierden los límites entre la persona y lo que le rodea.

- **Síntomas negativos:**

Apatía (falta de motivación o energía).

Es la falta de entusiasmo que afecta muy frecuentemente a las personas que padecen esquizofrenia, tienen dificultad para iniciar proyectos o terminar lo que empieza y una gran falta de interés en casi todo lo que está a su alrededor. Es frecuente que la persona falte a su escuela o a su trabajo, abandone sus deberes, no cumpla con sus obligaciones, abandone sus asuntos y se abandoné a sí misma. En algunos casos cuando la enfermedad es fuerte puede llegar a ser necesario recordar las cosas sencillas como bañarse, vestirse, cambiarse y otras a las que estamos acostumbrados.

Trastornos emocionales.

La esquizofrenia dificulta sentir emociones y también expresar las emociones que se llegan a sentirse, la persona se vuelve un poco apática y por eso puede tener periodos de aislamiento y soledad. Si nos damos cuenta de ello es importante avisar al médico psiquiatra y pedir ayuda. La persona con esquizofrenia también llega a perder la confianza en sí misma, la alegría o la capacidad para disfrutar de las cosas buenas de la vida, incluso pueden tener depresión. La depresión es frecuente en la persona y resulta una complicación que puede anunciar una recaída o impulsar a la persona a un intento de suicidio, así que siempre se debe de estar muy pendiente del tratamiento cuando se presenta depresión en una persona con esquizofrenia.

Aislamiento social.

La persona que padece esquizofrenia tiende a ser una persona retraída, se aleja de sus familiares y amigos.

Desinterés y falta de capacidad para disfrutar.

A la gente que padece esquizofrenia el mundo en general le parece sin chiste, casi nada le interesa y se desmotiva de tal manera que le llega a parecer que no vale la pena esforzarse por nada.

Limitación de lenguaje.

La persona afectada habla poco prácticamente no habla nada, a menos de que se les pregunté algo. No hay continuidad del pensamiento por consiguiente su lenguaje es cortado o es nulo.

● Desorganización:

Habla desorganizada.

La manera de hablar de una persona con esquizofrenia se vuelve incoherente, frecuentemente hablan de cosas que no tienen que ver con la realidad tal como la entendemos los demás Así que su comunicación con los demás se vuelve muy difícil. Llega a ser muy complicado para ellos mantener una conversación, planear cosas y resolver problemas.

Conducta desorganizada.

La persona afectada por esquizofrenia hace cosas que parecen no tener sentido puede tener movimientos repetitivos o sin una finalidad útil. A veces puede quedarse en una misma posición durante mucho tiempo o dejar de hablar y aparentar indiferencia. En ocasiones puede tener desinhibición social esto significa que puede no sentir pena con el resto de la gente por las mismas cosas que los demás la sentiríamos puede también presentar agitación repentina.

Los síntomas negativos y los déficits cognitivos son extremadamente importantes tanto clínicamente como en términos de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, las

relaciones con los otros y los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para llevar una vida normal.

Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. No todos los síntomas y manifestaciones descritas, están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

➤ **EVALUACIÓN DE DETERIORO**

Para la evaluación del deterioro de un paciente se utilizan varios métodos, Uno de ellos es la escala de evaluación del deterioro de la OMS. Aquí se utiliza toda la información disponible (notas de evolución, reportes de familiares o clínicos tratantes, observación y entrevistas) del paciente de tal forma de llegar al mejor juicio clínico disponible en el momento en que se realiza la evaluación (Bornemann E., 2009, sp --).

En todo paciente ha de realizarse un estudio diagnóstico completo teniendo en cuenta distintos factores en las que el desarrollo se ve afectado por el entorno del paciente (genética, tabaquismo, alcoholismo, abuso sexual, drogadicción, falta de apoyo familiar, falta de educación y en el caso de mujeres por problemas hormonales), que incluya: Historia clínica psiquiátrica y médica general, historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar, examen del estado mental, evaluación física que incluya exploración neurológica cuando esté indicada. Exploraciones complementarias necesarias: En una primera crisis: análisis de laboratorio básicos, análisis para descartar presencia de sustancias tóxicas, bioquímica general, hemograma completo y análisis de orina.

En función de las circunstancias de cada paciente: test de embarazo, electrocardiograma, TAC o resonancia magnética, EEG. Estudios neuropsicológicos y psicometría general. Tratamiento específico por uso de alcohol u otras drogas. Valoración del riesgo de auto o hetero-agresión (acceso a medios con finalidad suicida u homicida). Evaluación de la presencia de alucinaciones de contenido imperativo.

GENÉTICA DE LA ESQUIZOFRENIA.

La Esquizofrenia tiene un componente genético, la prevalencia en la población general se sitúa entre el 0,1% y el 1%, pero aumenta dramáticamente en los familiares de pacientes esquizofrénicos, cuanto mayor es el grado de asociación familiar con un esquizofrénico, mayor es la posibilidad de desarrollar la enfermedad. (McGue & I.I., 1991, pp. 174-181)

Para establecer esta relación se utilizan marcadores genéticos localizados en la región cromosómica de interés (donde se sospecha que se localiza el gen responsable de la enfermedad), y vemos cómo se transmite a lo largo de varias generaciones de una misma familia que sufra la enfermedad a estudiar.

Si la enfermedad y el marcador genético se transmiten juntos, se puede afirmar que en esa región existe un gen que interviene en la aparición de la enfermedad. Los estudios de ligamiento son muy útiles en enfermedades causadas por un solo gen, pero tienen unos resultados más limitados en enfermedades como la Esquizofrenia, en la que se cree intervienen varios genes. (Saiz, J., 2010. pp. -).

➤ EPIDEMIOLOGÍA

Indica el Consejo de Salud de los Países Bajos (1999) que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes.

La Organización Mundial de la Salud (2019) estima que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida está entre el 0,7 y el 1,5%. El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo afectando a alrededor de 21 millones de personas.

2.2.5 TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

Para mayor claridad del abordaje, se describe la intervención farmacológica en los siguientes estadios o fases de la esquizofrenia; Fases del primer episodio: pródromo (implica una intervención a nivel de prevención primaria y va dirigida a disminuir la incidencia del trastorno.) e inicial (pretende acortar el periodo sin tratamiento una vez se ha iniciado la clínica psicótica y

cuyo objetivo es la disminución de la prevalencia, que sería una actuación de prevención secundaria.); Fase aguda - Fase de estabilización - Fase de estabilidad.

Generalmente los primeros síntomas preceden al primer diagnóstico en algunos años, siendo los síntomas iniciales poco específicos, a menudo de tipo depresivo o negativo. Siendo fundamental tratar el primer episodio esquizofrénico con la mayor precocidad posible. Hay que observar y documentar detalladamente los signos, síntomas y la evolución para tratar de diferenciarlos de otros trastornos (esquizaafectivo, esquizofreniforme, bipolar).

Los antipsicóticos deben pautarse a la mínima dosis eficaz para el primer episodio de la esquizofrenia. Se aconseja un mínimo de un año continuado de tratamiento con medicación antipsicótica para los pacientes en remisión completa de un primer episodio.

2.2.6 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON ANTIPSICÓTICOS

Los fármacos utilizados fundamentalmente en el tratamiento de la esquizofrenia son los llamados antipsicóticos; cuyo inicio se remonta a la segunda mitad del siglo XX, con el descubrimiento de la Clorpromacina. Son fármacos que actúan generalmente bloqueando los receptores dopaminérgicos post sinápticos.

El descubrimiento de la Clozapina supuso un cambio en el perfil de acción de los antipsicóticos, ya que actúa sobre otros sistemas de neurotransmisión. Debido a esto se le considera el primero de los llamados antipsicóticos atípicos. En la actualidad disponemos de dos grandes grupos de antipsicóticos: Atípicos (segunda generación); Clásicos-Típicos (primera generación)

Los antipsicóticos atípicos tienen un mecanismo de acción más complejo y selectivo que los clásicos y como consecuencia tienen un perfil de efectos secundarios más tolerable. Este es uno de los motivos por los que estos psicofármacos se consideran, hoy día, de primera elección en todos los aspectos del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia.

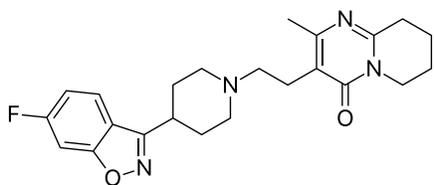
La literatura médica internacional se viene ocupando extensamente de los tratamientos con fármacos antipsicóticos, particularmente de la evaluación de su eficacia, efectividad y efectos adversos; tanto de cada uno de ellos como de forma comparativa, particularmente entre los

antipsicóticos de primera y segunda generación. Todo ello con la finalidad de poder efectuar recomendaciones para su utilización.

Una cuestión principal para las recomendaciones referidas al uso de los tratamientos antipsicóticos es la elección de los mismos, particularmente cuando se trata de un primer episodio psicótico o de esquizofrenia. En la elección, pueden concurrir diferentes criterios como son el grado de respuesta de los síntomas, los efectos adversos que puedan generarse, las preferencias del paciente y la vía de administración. Todos ellos deben tomarse en cuenta.

Un fármaco atípico utilizado con frecuencia en el hospital psicosocial por su disponibilidad aún sin estar presente en la Lista Básica de Medicamentos Esenciales es Risperidona.

➤ **RISPERIDONA.**



Fórmula: $C_{23}H_{27}FN_4O_2$

Indicado para psicosis esquizofrénicas: agudas y crónicas. Alivio de los síntomas afectivos (depresión, sentimientos de culpabilidad, ansiedad) asociados a la esquizofrenia. Psicosis en que los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, hostilidad, recelo) y/o síntomas negativos (personalidad embotada, aislamiento social y emocional, pobreza del lenguaje) sean notables. También, demencia con marcados síntomas psicóticos (delirio y alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agresión y deambulación).

Mecanismo de acción: es un antagonista selectivo monoaminérgico con una elevada afinidad frente a los receptores serotoninérgicos (5-HT₂) y dopaminérgicos (D₂). El tratamiento convencional de los síndromes psicóticos se basa en la teoría de que las vías dopaminérgicas hiperactivas contribuyen a las manifestaciones de la esquizofrenia y, por lo tanto, que el bloqueo de los receptores D₂ debe aliviar, como de hecho ocurre, los síntomas de la enfermedad. Se

considera que los efectos terapéuticos de la risperidona se deben a la combinación de sus efectos antagonistas de la dopamina y la serotonina. Como ocurre con otros bloqueantes serotoninérgicos 5-HT₂, la risperidona muestra otras propiedades farmacológicas sobre otros receptores.

Farmacocinética: Su biodisponibilidad es del 75%, alcanzando la concentración sérica máxima al cabo de 1. Los alimentos no reducen ni retrasan la absorción oral. El tiempo preciso para que aparezca la acción es de 1-3 y la duración de la misma es de 24. El grado de unión a proteínas plasmáticas es del 80-90%. Es metabolizado en 30-70% en el hígado (dependiendo de estado metabolizador del paciente: lento o rápido), dando lugar a un metabolito (9-hidroxi-risperidona) de igual potencia que la risperidona. Es eliminado mayoritariamente con la orina, en un 40% en forma de fracción activa (risperidona más metabolito activo). Su semivida de eliminación es de 3. Los pacientes con insuficiencia renal presentan una mayor semivida de eliminación del metabolito activo. Los pacientes con insuficiencia hepática tienen una fracción activa libre plasmática mayor (23%, frente a 15%).

Régimen de dosificación para Risperidona en adultos, usualmente 2 mg/día, el primer día; 4 mg/día, el segundo; 6 mg/día, el tercero. Posteriormente, se deberá individualizar la dosis en función de la respuesta del paciente. Dosis superiores a 10 mg/día no han demostrado ser más eficaces que dosis menores. Dosis máxima 16 mg/día. Las dosis se pueden administrar de manera única o cada 12 horas.

Como interacciones están: disminución en los niveles plasmáticos del metabolito activo de risperidona (9-hidroxirisperidona), con posible descenso de su eficacia terapéutica (Carbamazepina). Aumento de los niveles plasmáticos (75%) de clozapina, con posible potenciación de su acción y/o toxicidad, por probable inhibición de su metabolismo hepático. Potenciación de la toxicidad de risperidona, con aparición de distonía, por posible desplazamiento de su unión a proteínas plasmáticas (Fenitoína).

La risperidona produce efectos adversos frecuentemente, aunque en la mayoría de los casos son de naturaleza leve y transitoria. El 2-5% de los pacientes tratados con este medicamento se ven obligados a suspender el tratamiento, debido a la incidencia de efectos adversos.

Hematológicos: Muy raros: aumento del recuento leucocitario. (<1%): neutropenia, trombopenia. Digestivos: (<1%): dispepsia, dolor abdominal, estreñimiento y náuseas, vómitos. Raras: hipersalivación. Cardiovasculares: (<1%): hipotensión ortostática y taquicardia, presión arterial elevada. Neurológicos: (1-10%): cefalea, mareo, episodios de isquemia cerebral en pacientes con demencia (véanse precauciones). Psicológicos/psiquiátricos: (1-10%): depresión, astenia, síntomas extrapiramidales. (<1%): agitación, ansiedad, nerviosismo, insomnio, somnolencia, apatía, reducción de la concentración, trastornos de la visión. (<0.1%): discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno.

Precauciones: En pacientes con demencia aumenta el riesgo de episodios isquémicos cerebrales, entre los que se incluyen accidentes cerebrovasculares, algunos de ellos de desenlace mortal. Alteraciones cardiovasculares insuficiencia cardiaca o insuficiencia coronaria, postinfarto de miocardio, deshidratación o hipovolemia): debido a su actividad alfa bloqueante, puede manifestar hipotensión ortostática, especialmente durante el periodo inicial de ajuste de dosis. Para reducir el riesgo de hipotensión se aconseja seguir las recomendaciones de ajuste gradual de la dosis. Si se manifestase hipotensión debe considerarse una reducción de la dosis.

Contraindicada para personas sensibles a la risperidona.

2.2.7 ANTIPSICOTICOS PRESENTES EN LA LISTA BÁSICA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE NICARAGUA

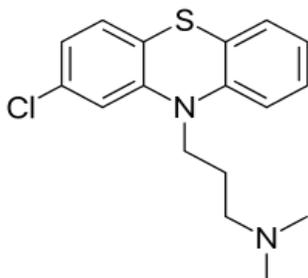
A continuación, se describen de forma general las reacciones adversas de los antipsicóticos que aparecen en la Lista Básica de Medicamentos Esenciales (LBME) utilizada en Nicaragua: Hipotensión y la interferencia con la regulación de la temperatura; Síndrome neuroléptico maligno, y depresión de la médula ósea, son los que pueden amenazar la vida. Las dos primeras están relacionadas con la dosis y pueden dar lugar a caídas peligrosas e hipotermia en los ancianos, esto debe tenerse en cuenta antes de prescribir estos fármacos en pacientes mayores de 70 años.

Los síntomas extra piramidales son los efectos secundarios más molestos. No son tan fáciles de predecir porque dependen de la susceptibilidad del paciente, de la dosis y del medicamento mismo. Incluyen: Síntomas parkinsonianos (incluido el temblor), que pueden ocurrir con mayor

frecuencia en adultos o ancianos y puede aparecer poco a poco. Disonía (cara anormal y los movimientos del cuerpo) y discinesia, que ocurren con más frecuencia en niños o adultos jóvenes y aparecen después de sólo unas pocas dosis. Acatisia (agitación), que característicamente ocurre después de grandes dosis iniciales y pueden asemejarse a una exacerbación de la afección a tratar; discinesia tardía (movimientos rítmicos involuntarios de la lengua, la cara y la mandíbula), que generalmente se desarrolla en tratamiento a largo plazo o con dosis altas, pero puede desarrollarse a corto plazo con dosis bajas (puede ocurrir también después de la retirada del fármaco).

Según el Ministerio de Salud (2014), estos efectos desaparecen al suspender el fármaco y pueden ser controlados por fármacos antimuscarínicos (trihexifenidilo y biperideno), sin embargo, el uso rutinario de antimuscarínicos no se justifica porque no están afectados todos los pacientes y porque pueden enmascarar o empeorar la discinesia tardía.

➤ **CLORPROMAZINA.**



Fórmula: C₁₇H₁₉ClN₂S

Indicado para esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: manía, agitación psicomotora y comportamiento violento. Cuidados paliativos como antiemético, tratamiento del hipo, tenesmo rectal. Adyuvante en la ansiedad grave.

Farmacología: Es un antagonista de los receptores dopaminérgicos D₂ y similares (D₃ y D₅) y, a diferencia de otros fármacos del mismo tipo, muestra una alta afinidad hacia los receptores D₁. El bloqueo de estos receptores induce una reducción de la transmisión neuroléptica en el cerebro anterior.

Por ello, la dopamina incapaz de unirse a sus receptores experimenta una retroalimentación cíclica que estimula a las neuronas dopaminérgicas para que liberen más neurotransmisor, lo que se traduce en un aumento de la actividad dopaminérgica neural en el momento en el que se administra la clorpromazina. Posteriormente, la producción de dopamina disminuye sustancialmente siendo aclarada de la hendidura sináptica y como consecuencia, reduciéndose la actividad neuronal.

Farmacocinética: Como todas las fenotiazinas es un fármaco altamente lipófilo que se une en una elevada proporción a las proteínas del plasma (95-98%). Las concentraciones más elevadas del fármaco se encuentran en el cerebro, pulmones y otros tejidos muy irrigados. Atraviesa la barrera placentaria y se excreta en la leche materna. El metabolismo disminuye con la edad, siendo menor en los ancianos.

En comparación con otros neurolepticos como la flufenazina, los efectos anticolinérgicos no afectan la absorción gastrointestinal del fármaco. Después de su administración oral, solo el 32% de la dosis aparece en su forma activa en la circulación sistémica, debido a un metabolismo hepático de primer paso.

Después de administraciones repetidas, la biodisponibilidad se reduce hasta el 20%. Las concentraciones máximas del fármaco se observan a las 1-4 horas después de su administración. La semivida de eliminación es de unas 16-30 horas produciendo un gran número de metabolitos de diferentes actividades farmacológicas y diverso comportamiento farmacocinético.

Régimen de dosificación para Esquizofrenia y otras psicosis, manía, agitación psicomotora, comportamiento violento y como adyuvante en ansiedad grave: Adultos: 25 mg tid (o 75 mg por la noche), ajustados según la respuesta a una dosis de mantenimiento habitual de 100-300 mg al día. En caso de psicosis pueden necesitarse hasta 1g día. Ancianos o adultos debilitados: de un tercio a la mitad de la dosis de adulto.

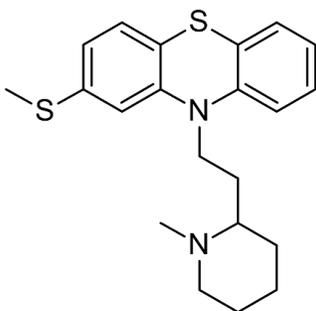
Esquizofrenia infantil y autismo; Niños 1-5 años, 500 mcg/kg cada 4-6 h (máximo 40 mg/d); 6-12 años, de un tercio a la mitad de la dosis de adultos (máximo 75 mg/día). Hipo intratable: 25-50 mg tid o qid. Alivio de síntomas agudos: Adultos; 25-50 mg IM profundo, cada 6-8 h 2,1. Para niños: 500 mcg/kg cada 6-8 h. 1-5 años (máx. 40 mg/d); 6-12 años (máx. 75 mg/d).

Reacciones adversas: Además de las generales: Hipoglicemia.

Como interacciones, disminuye el efecto de anticoagulantes orales, antagoniza el efecto de algunos anticonvulsivantes (ácido valproico, fenobarbital, fenitoína, etosuximida); aumenta el efecto hipotensor de los anestésicos (halotano, éter, óxido nitroso, tiopental); aumenta los efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos, aumenta la concentración sérica de propanolol, junto con el alcohol aumenta el riesgo de hipotensión ortostática.

Contraindicaciones: Alteración de la conciencia por depresión del SNC; depresión de médula ósea; feocromocitoma; hipotiroidismo. La clorpromazina está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a las fenotiazinas. No se debe utilizar en estados comatosos o en presencia de alcohol, barbitúricos y otros fármacos depresores del sistema nervioso central. Los pacientes con depresión de la médula ósea o que hayan mostrado reacciones de hipersensibilidad como ictericia o discrasias sanguíneas no deberán ser tratados con clorpromazina.

➤ **TIORIDAZINA.**



Fórmula: C₂₁H₂₆N₂S₂

Indicaciones, tratamiento de segunda línea en la esquizofrenia en adultos, cuando otros antipsicóticos han fallado. Su uso en otros trastornos psiquiátricos fue abandonado por motivo de su toxicidad cardiotoxica.

En propiedades farmacológicas, es un neuroléptico, cuya actividad farmacológica básica es similar a la de otras fenotiazinas, pero cuyo espectro de actividad clínica muestra diferencias significativas frente a otros fármacos de este tipo.

Antipsicótico: Se piensa que mejora los estados psicóticos mediante bloqueo de los receptores post sinápticos dopaminérgicos meso límbicos en el cerebro. Las fenotiazinas también producen

un efecto de bloqueo alfa adrenérgico y deprimen la liberación de hormonas hipotalámicas e hipofisarias.

Ansiolítico - Sedante: Se piensa que produce reducción indirecta de los estímulos, sobre el sistema reticular del tallo encefálico. Además, los efectos de bloqueo alfa-adrenérgico pueden producir sedación. Se caracteriza por su escasa acción antiemética y la reducida incidencia de efectos extra piramidales, especialmente parkinsonismo. Otras acciones: Presenta una acción antimuscarínica fuerte y acción moderada como hipotensivo y sedante.

Por sus propiedades farmacocinéticas, tiene rápida absorción y es completamente a partir del tracto gastrointestinal. El metabolismo es hepático y la eliminación es Principalmente renal o biliar. Hace unión a proteínas plasmáticas (91% a 99%), y sus concentraciones plasmáticas máximas son de dos a cuatro horas.

Régimen de dosificación para esquizofrenia, 50–100 mg PO tid. Máx. 800 mg/día (no aumentar más que 100 mg semanalmente). Dosis de mantenimiento: 200-400 mg en dos a cuatro dosis divididas.

En reacciones adversas se presentan sedación, sequedad de boca, trastornos de la acomodación visual, vértigo, hipotensión ortostática, congestión nasal, pueden aparecer durante el tratamiento. Ocasionalmente se han descrito galactorrea, exantemas alérgicos, fotosensibilización, retención urinaria y trastornos de la eyaculación.

A dosis más altas se han descrito cambios benignos en la re polarización, tales como prolongación del intervalo Q-T, aplanamiento de las ondas T y aparición de ondas V. Estos cambios ocurren con mayor frecuencia en presencia de bajos niveles de potasio en la sangre. Puede inducir arritmias, pero tales casos son muy raros. Se han descrito retinopatías pigmentarias solamente después de tratamientos prolongados con dosis superiores a la máxima recomendada de 800 mg/día.

Interacciones: Disminuye el efecto de anticoagulantes orales, antagoniza el efecto de algunos anticonvulsivantes (ácido valproico, fenobarbital, fenitoína, etosuximida); aumenta el efecto hipotensor de los anestésicos (halotano, éter, óxido nitroso, tiopental); aumenta los efectos

adversos de los antidepresivos tricíclicos, aumenta la concentración sérica de propanolol, junto con el alcohol aumenta el riesgo de hipotensión ortostática.

Precauciones: Durante el embarazo, se han descrito ictericia prolongada, hipo o hiperreflexia y efectos extra piramidales en los neonatos de madres que reciben fenotiazinas cerca del final del embarazo. En lactancia se han encontrado pequeñas cantidades de algunas fenotiazinas en la leche materna. Se puede presentar somnolencia en el bebé, ya que aumenta la secreción de prolactina en la madre.

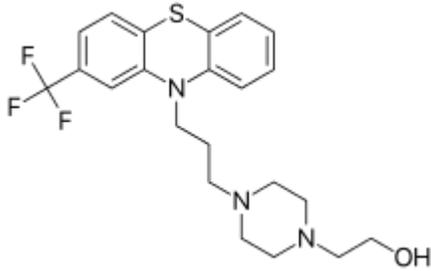
En Pediatría, los niños con enfermedades agudas tales como varicela, enfermedades del SNC, sarampión, gastroenteritis o deshidratación parecen tener más facilidad para desarrollar reacciones neuromusculares especialmente distonías, frente a las fenotiazinas. También, para geriatría, se debe administrar a los pacientes ancianos la mitad de la dosis usual para adultos; para los pacientes con síndrome orgánico cerebral se debe disminuir la dosis a un cuarto de la dosis usual para adultos.

Deberá emplearse con precaución en los siguientes casos: angina de pecho, trastornos cardiovasculares ligeros y moderados, glaucoma, disfunción hepática, enfermedad de Parkinson, úlcera péptica, retención urinaria, hipertrofia prostática, trastornos respiratorios crónicos, Síndrome de Reye, convulsiones, vómitos, miastenia gravis, enfermedades respiratorias severas, feocromocitoma, epilepsia. Puede provocar somnolencia y los pacientes bajo tratamiento no deberán conducir vehículos u operar maquinarias donde una disminución de la atención pueda originar accidentes.

Contraindicaciones: Administración conjunta con medicamentos que prolongan el intervalo QTc, síndrome de QT largo congénito o historia de arritmias cardíacas, depresión grave o estados comatosos, enfermedad cardíaca hipertensiva o hipotensiva grave, hipokalemia no corregida u otro desequilibrio electrolítico.

Estados de marcada depresión del sistema nervioso central. Estados de coma o precoma. Enfermedad cardiovascular severa. Historia anterior de hipersensibilidad a otras fenotiazinas y de discrasia sanguínea. Niños menores de un año de edad.

➤ **DECANOATO DE FLUFENAZINA.**



Fórmula: $C_{22}H_{26}N_3F_3OS$

En indicación para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

Farmacología: El mecanismo de acción no se conoce por completo, pero parece estar relacionado con su capacidad para bloquear los receptores D2 de la dopamina del sistema límbico y los ganglios de la base. Hay una relación directa entre la potencia antipsicótica y la frecuencia de efectos extra piramidales con la ocupación de los receptores D2 de la dopamina.

La flufenazina muestra una baja afinidad por los receptores muscarínicos, por los receptores alfa-adrenérgicos y por los receptores de histamina-1, en comparación con otros antipsicóticos tricíclicos. Debido a estas propiedades puede ser considerada como un antipsicótico muy potente con pocos efectos sedativos e hipotensores, aunque las reacciones adversas extra piramidales son más pronunciadas.

Farmacocinética: La flufenazina se metaboliza sufriendo un metabolismo de primer paso por el hígado y se excreta tanto en la orina como en las heces. Todavía no se conoce el grado de actividad antipsicótica de los metabolitos. La flufenazina se fija intensamente a las proteínas plasmáticas (más del 90%).

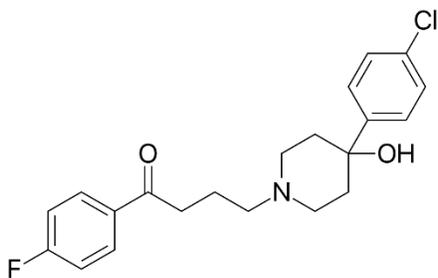
Generalmente, la acción empieza entre las 24 y 48 horas después de la inyección de flufenazina decanoato y el efecto del fármaco sobre los síntomas psicóticos llega a ser significativo a las 48-96 horas. La vida media es de aproximadamente 7-10 días.

Régimen de dosificación: Se puede administrar vía IM. En adultos la dosis de prueba 12.5 mg. IM profunda (6.25 mg en edad avanzada), después de 4 a 7 días 12.5–100 mg repetidos a intervalos de 2–5 semanas, ajustados según respuesta. No se recomienda en niños.

Reacciones adversas: Produce menos sedación, hipotensión o efectos antimuscarínicos, pero se asocia a una mayor incidencia de efectos extra piramidales. En interacciones, tiene las mismas interacciones como en la Clorpromazina.

Contraindicaciones: Los fármacos antipsicóticos pueden estar contraindicados en estados comatosos, depresión del SNC, y feocromocitoma. Además: Aterosclerosis cerebral marcada.

➤ HALOPERIDOL.



Fórmula: $C_{21}H_{23}ClFNO_2$

Indicaciones: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como manía (trastorno bipolar), disturbios del comportamiento y ansiedad grave. Agitación psicomotora y comportamiento violento. Hipo intratable. Síndrome de Tourette.

Farmacología: Agente antipsicótico derivado de la butirofenona. Aunque el mecanismo de acción no está totalmente claro, su acción fundamental parece ser debida al bloqueo de los receptores D de dopamina en el sistema nervioso central y, en menor grado, de los D.

Farmacocinética: Aunque se absorbe bien en el tracto gastrointestinal, sólo un 60% de la dosis oral alcanza la circulación sistémica como fármaco intacto debido al efecto de metabolismo de primer pasaje. Alcanza concentraciones séricas pico a las 2-6 horas de su administración oral.

Por vía IM se absorbe un 75%, alcanzando niveles pico a los 10-20 minutos y efectos farmacológicos a los 30-45 minutos. Se une a las proteínas plasmáticas en un 92%. No se conoce bien su distribución. Se metaboliza en el hígado transformándose en productos débilmente activos e inactivos que se excretan lentamente, junto con el fármaco intacto, por la orina en un 40% y 15% en la bilis.

Régimen de dosificación: En esquizofrenia y otras psicosis, manía, agitación psicomotora, comportamiento violento; PO. Adultos y niños mayores a 12 años: iniciar con 0.5-3 mg cada 8-12 h; en personas muy afectadas o resistentes, 3-5 mg cada 8-12 h. (hasta 30 mg/d en la esquizofrenia resistente). Ajustar luego según la respuesta a la dosis de mantenimiento efectiva más baja (tan bajo como 5-10 mg/d). En edad avanzada (o personas debilitadas), iniciar con la mitad de la dosis de adulto. En niños, iniciar con 25-50 mcg/kg al día distribuidos en 2 dosis (máx. 10 mg/d).

Por vía IM se inicia con 2-10 mg. Las dosis siguientes cada 4-8 h de acuerdo a la respuesta (máx. 18 mg/d). Para agitación e inquietud en el anciano, iniciar con 0.5-1.5 mg id o bid. Ansiedad grave (como tratamiento coadyuvante a corto plazo) en adultos: 500 mcg bid. Hipo intratable: 1.5 mg tid, ajustado según respuesta; Síndrome de Tourette: 0.5-5 mg tid PO (10 mg/d o más pueden ser necesarios ocasionalmente). Así mismo, en niños de 5 a 12 años: 12.5-25 mcg/kg (máx.10 mg/d).

Reacciones adversas: Es el menos sedativo y presenta menor cantidad de síntomas hipotensores y antimuscarínicos, pero mayor incidencia de efectos extra piramidales.

Interacciones: Los agentes antimuscarínicos pueden intensificar los efectos anticolinérgicos del haloperidol. La administración conjunta de litio puede causar toxicidad neurológica (síndrome encéfalo patico). Potencia el efecto depresivo del alcohol y otros depresores del SNC y las reacciones extra piramidales de las fenotiazinas. Antagoniza el efecto presor de la dopamina y la epinefrina.

Contraindicaciones: Los fármacos antipsicóticos pueden estar contraindicados en estados comatosos, depresión del SNC, y feocromocitoma. Además, la prolongación del intervalo QT (evitar la administración concomitante de fármacos que prolongan el intervalo QT), bradicardia.

2.2.8 ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA

La Organización Mundial de la Salud (2019) define la adherencia como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.

La No Adherencia (NA) se puede clasificar de dos formas. Tales como: Intencionada (aquella en la que el paciente es consciente de la acción, esta decisión está influida por actitudes, expectativas y creencias del paciente.) o no intencionada (debido a ciertas limitaciones y sin pretenderlo, se convierten en NA.), teniendo en cuenta el factor temporal de la toma de la medicación en el que se produce la NA.

2.2.9 FÁRMACOS COMPLEMENTARIOS

- A. Anticonvulsivantes: Las pruebas son bastantes concluyentes en cuanto a que ningún fármaco, por sí solo, tiene efecto terapéutico significativo en el tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia.
- B. Antidepresivos: Los estudios se han basado en comprobar la eficacia en el tratamiento de la depresión y los que han demostrado su eficacia en otros síntomas como por ejemplo los negativos. Una cuestión no tratada en la literatura médica es si la ineficacia de un antidepresivo para reducir la depresión en un paciente con esquizofrenia constituye una indicación para cambiar de antidepresivo o de antipsicótico.
- C. Benzodiazepinas: Algunos estudios indican que su eficacia como complementarias de los antipsicóticos se limita a la fase aguda y tal vez no se mantenga. Sí son eficaces para el tratamiento de las reacciones catatónicas agudas.
- D. Beta-bloqueantes: Se administran a menudo en el tratamiento de la acatisia (inquietud) inducida por fármacos. También existen estudios controlados sobre la combinación de beta bloqueantes y antipsicóticos para tratar la agresividad.

E. Litio: Como tratamiento único tiene una eficacia limitada en la esquizofrenia y es inferior al tratamiento con medicamentos antipsicóticos. Los informes anteriores indicaban que, cuando se añadía a la medicación antipsicótica, potenciaba la respuesta antipsicótica en general, y mejoraba específicamente los síntomas negativos.

CAPÍTULO III
PREGUNTAS
DIRECTRICES

3.1 PREGUNTAS DIRECTRICES

- 1- ¿Cuál es el grupo de mayor prevalencia (edad y sexo) en los pacientes atendidos con esquizofrenia?
- 2- ¿Cuáles son los fármacos prescritos y administrados a los pacientes de los pabellones 3 y 4 del Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”?
- 3- ¿Qué interacciones tienen los fármacos de la esquizofrenia con otros fármacos administrados a los pacientes atendidos en el Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”?
- 4- ¿Cuáles fueron las reacciones adversas medicamentosas presentes en los pacientes atendidos en los pabellones 3 y 4 del Hospital Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”?
- 5- ¿De qué manera se da el cumplimiento del tratamiento farmacológico para la esquizofrenia aplicado a los pacientes atendidos en el hospital psicosocial?

CAPÍTULO IV

DISEÑO

METODOLÓGICO

4.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en los pabellones 3 y 4 del Hospital Psicosocial Nicaragüense “Dr. José Dolores Fletes Valle”, ubicado en el Km. 5 carretera sur, contigua a ENACAL. Managua.

Es un hospital de referencia nacional para tratar la salud mental, cuenta con una farmacia y 5 pabellones: pabellón No 1 (sala de emergencia, 72 horas); pabellón 2 y 3 (mujeres hospitalizadas); 4 (varones hospitalizados) y 5. También, una sala de consulta externa de paciente ambulatorio.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio corresponde a la línea de investigación de Estudio de Utilización de Medicamentos (EUM) de indicación – prescripción.

El estudio es de corte transversal y retrospectivo porque se extiende a través del periodo comprendido de enero – agosto 2020, analizando el tratamiento farmacológico en pacientes atendidos en los pabellones 3 y 4 del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle.

Es descriptivo porque especifica las características de los pacientes con una indicación clínica como la esquizofrenia, los expedientes clínicos y el manejo farmacoterapéutico para el tratamiento de dicho trastorno.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Los pacientes y la muestra no se cuantificarán estadísticamente ya que es a conveniencia del estudio (Eso indica que no se aplica una ecuación estadística).

4.3.1 POBLACIÓN

Corresponde a 60 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia atendidos en los pabellones 3 y 4 del Hospital Psicosocial Nicaragüense.

4.3.2 MUESTRA

Conformada por 47 expedientes clínicos de pacientes entre las edades de 20 a 65 años, diagnosticados con Esquizofrenia atendidos en los pabellones 3 y 4 del Hospital Psicosocial Nicaragüense.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres atendidos en los pabellones 3 y 4 del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle.
- Pacientes que tengan entre 20 a 65 años de edad.
- Pacientes diagnosticados con esquizofrenia.
- Pacientes con otras enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares.
- Expedientes clínicos completos.
- Tratamiento con antipsicóticos y medicamentos complementarios.

Criterios de exclusión

- Hombres y mujeres atendidos en emergencias o consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle.
- Tratamiento no farmacológico.
- Pacientes diagnosticados y en tratamiento de otros trastornos mentales como trastornos bipolares, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión y Alzheimer.

4.4 VARIABLES

4.4.1 ENUMERACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Sexo
- Tratamiento farmacológico

Variables dependientes

- Adherencia
- Reacciones adversas medicamentosas
- Interacción entre fármacos (Sinergia, Antagonismo)

4.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Escala/Valor
Edad	Tiempo en que ha vivido una persona, contando desde su nacimiento.	Edad entre 20 - 65 años.	20 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 61 - 70
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y la mujer.	Sexo del paciente	Hombre Mujer
Tratamiento	Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los	Fármacos administrados a	Antipsicóticos

farmacológico	alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	los pacientes atendidos con esquizofrenia	Ansiolíticos Trastornos bipolares Otros fármacos
Interacción entre fármacos	Cuando se administran dos fármacos y estos pueden intensificar la acción de uno a más fármacos o reducir la acción llevando al fracaso del tratamiento.	Fármacos administrados que interaccionan	Sinergia Antagonismo
Reacciones adversas medicamentosas	Reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un medicamento, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función biológica.	Síntomas negativos relacionados a los medicamentos	Síntomas extra piramidales Otros síntomas negativos
Adherencia	Es la capacidad para cumplir con la toma de medicamento prescrita y de la manera correcta.	Tratamiento completado Tratamiento incompleto	Buena adherencia No adherencia

4.5 MATERIAL Y MÉTODO

4.5.1 MATERIALES PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN

Previo a la recolección se solicitó información a la dirección del hospital para tener acceso a los expedientes clínicos y perfiles farmacoterapéuticos de los pabellones 3 y 4. Posteriormente se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos y se realizó una entrevista a la directora de docencia del hospital.

4.5.2 MATERIALES PARA PROCESAR LA INFORMACIÓN

La información obtenida se organiza con el procesador de texto Microsoft Word 2016, se ingresan datos en el programa Microsoft office Excel 2016 para el análisis de la información en tablas, gráfico y figuras.

4.5.3 MÉTODO

Esta investigación es de método cualitativo ya que las palabras son el dato de interés. Se consultan los expedientes clínicos completos y los perfiles farmacoterapéuticos de los pacientes que fueron atendidos en los pabellones 3y 4 del hospital Psicosocial, para proceder al llenado de las fichas de recolección de datos y la entrevista para conocer más sobre el protocolo de tratamiento para la esquizofrenia, mediante su revisión. Se aplica un muestreo aleatorio en el cual los pacientes son seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y variable de estudio.

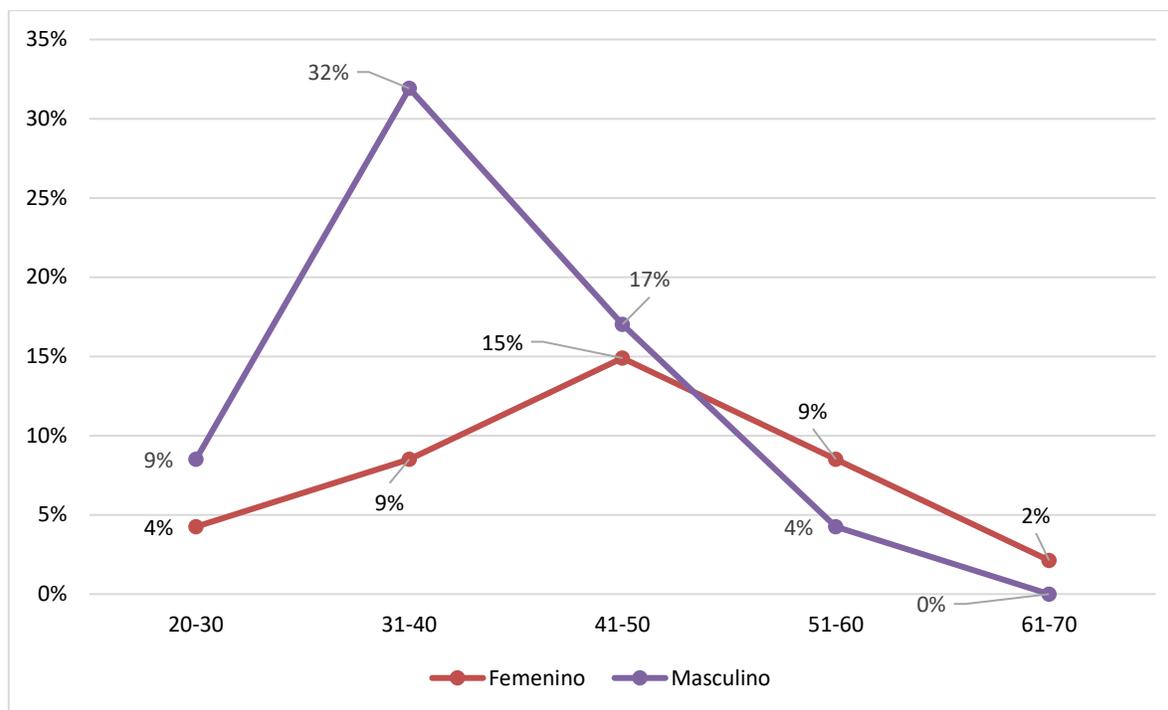
CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

DE RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Gráfico 1. Caracterización por edad y sexo de los pacientes con esquizofrenia.



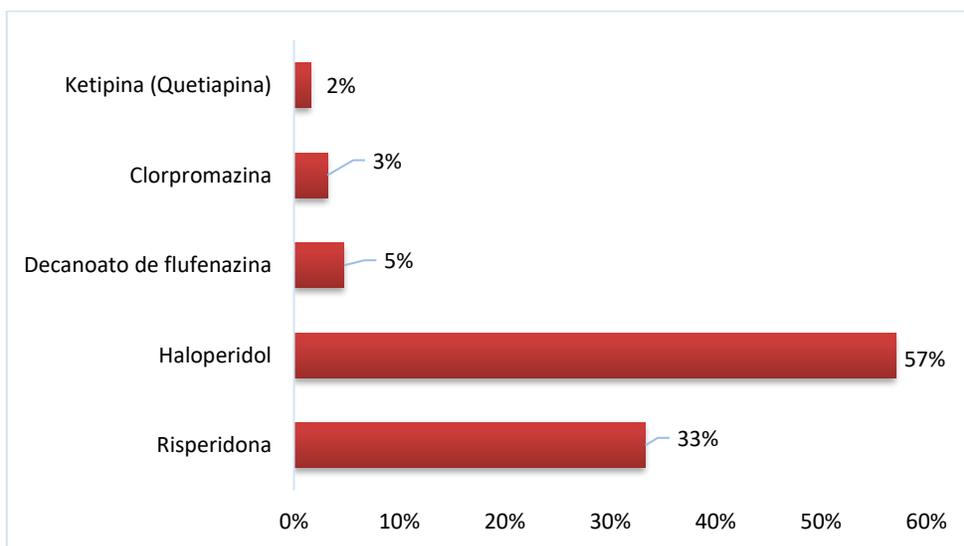
Fuente: Elaborado por autores.

El gráfico 1, representa la prevalencia de la Esquizofrenia según el sexo y edad. Los resultados indican que la prevalencia está en el grupo de 31 – 40 años del sexo masculino (32%), mientras que en el grupo femenino la mayor incidencia está reflejada en las de 41 – 50 años (15%). La prevalencia que presentan ambos sexos se reflejó por diferentes factores, en los hombres se dio principalmente por el alcoholismo, drogadicción y la falta de apoyo familiar, mientras que en las mujeres se dio mayormente por factores de genética en familiares que presentaban esquizofrenia y también por abuso sexual durante su infancia. Sin embargo, en ambos casos los factores más comunes son por muerte/desaparición de un familiar, educación o desempleo.

Jiménez, R. (2012) Citó a Kraepelin respecto a la demencia precoz, refiriendo un inicio más tardío de la enfermedad en las mujeres ya que existe un consenso generalizado ya que la inmensa mayoría de los estudios, con diversas metodologías que coinciden en esta diferencia por género. La distribución de edad para el hombre es de 15 a 25 años, con un pico hacia la

mitad de la veintena, mientras que en la mujer es de 15 a 30 años, un pico algo más tardío y un pico adicional entre los 45 y 49 años, siendo el riesgo de un inicio tardío de 2 a 3 veces mayor en mujeres. En los resultados se puede corroborar el rango de edad pico tardío para el inicio de la enfermedad en mujeres con un 14.89%, sin embargo, no se puede asemejar el rango de edad en los hombres ya que el pico de inicio fue en sus 31 a 40 años con 31.91%.

Gráfico 2. Tratamiento antipsicótico administrado a los pacientes con esquizofrenia.



Fuente: Elaborado por autores.

El Haloperidol calma la agitación, normaliza el estado afectivo y atenúa los síntomas secundarios de las psicosis mayores (delirio y alucinaciones); a largo plazo previene recaídas de los pacientes que han tenido un brote psicótico; es el fármaco de mayor afinidad con un 57% de la muestra. El fármaco Risperidona según Aldaz, J. (1996) no presenta diferencias en cuanto a la eficacia terapéutica con el Haloperidol, sin embargo, la risperidona es un antagonista selectivo monoaminérgico con una elevada afinidad frente a los receptores serotoninérgicos (5-HT₂) y dopaminérgicos (D₂) destacando una mayor rapidez de acción. Este equivale a un 33% de la muestra. No es recomendable en personas de la tercera edad porque aumenta el riesgo de muerte (fracaso cardíaco y muerte súbita) e infecciones (neumonía).

Por otra parte, la clorpromazina es uno de los fármacos que tiene graves efectos secundarios (nerviosismo, agitación, mareo, intranquilidad, entre otros), siendo el fármaco con menos utilidad médica, representando el 3% del total de prescripciones. El decanoato de flufenazina debido a su alto porcentaje de efectos secundarios (malestar estomacal, debilidad o cansancio, ansiedad, sequedad en la boca, alteraciones del apetito, insomnio, entre otros), no es administrado con frecuencia a los pacientes, según los resultados sólo el 5% de la muestra. Como alternativa en un paciente se utilizó Quetiapina (2%), este fármaco presenta baja afinidad por los receptores muscarínicos, alfa-adrenérgicos e histamina-1, por lo que su perfil es totalmente diferente a los demás antipsicóticos.

La investigación de Sánchez, S. (2015) demostró, que los fármacos más utilizados fueron el Haloperidol (83%), Diazepam (85%) y Ácido valproico (43%); mientras que en los resultados del presente estudio efectivamente corroboran que el Haloperidol es el más utilizado en el grupo de los antipsicóticos con 57% porque tiene mayor disponibilidad en el hospital al estar en la Lista Básica de Medicamentos Esenciales del país, sabiendo que este tiene un perfil de efectos adversos elevado en comparación a otros antipsicóticos, en el grupo de ansiolíticos se contraponen ya que Diazepam es el tercer fármaco más utilizado con 19% y en el grupo de los fármacos para trastornos bipolares se valora el uso de Ácido valproico con 63%, confirmando que aún se utilizan de prioridad en este centro asistencial.

Tabla 1. Interacción entre fármacos administrados a los pacientes con esquizofrenia.

ANTIPSIKÓTIKOS	FRECUENCIA	%	OTROS FÁRMACOS	FRECUENCIA	%
Clorpromazina	2	3%	Enalapril	4	17%
Haloperidol	36	57%	Ácido Acetil Salicílico	1	4%
Risperidona	21	33%	Tamoxifeno	1	4%
Ketipina (Quetiapina)	1	2%	Sulfato ferroso + Ácido fólico	1	4%
Decanoato De Flufenazina	3	5%	Difenhidramina	1	4%
Ansiolíticos			Atenolol	1	4%
Lorazepam	29	45%	Metformina	3	13%
Clonazepam	19	29%	Clotrimazol	1	4%

Diazepam	12	19%	Fluconazol	1	4%
Citalopram	5	8%	Dicloxacilina	4	17%
Trastornos Bipolares			Ciprofloxacino	4	17%
Ácido Valproico	34	63%	Loratadina	1	4%
Carbamazepina	2	4%			
Trihexifenidilo	18	33%	<p>Figura 1. Interacciones medicamentosas.</p>		

Fuente: Elaborado por autores.

Los resultados obtenidos reflejan que un 12.77% de los pacientes tratados presenta una interacción farmacológica (1 de cada 6 pacientes), de estos el 2.13% presenta una interacción sinérgica (efecto del fármaco incrementado) y el 10.64% restante presentan interacciones antagonistas (efecto del fármaco disminuido).

Las interacciones que están presentes en el estudio han sido plasmadas de acuerdo a los datos obtenidos mediante los expedientes clínicos, dichas interacciones dependen de la susceptibilidad del paciente, dosis y del medicamento mismo. También, debido a la falta de reportes por parte del personal de salud, se dificultó la identificación de dichas interacciones medicamentosas.

La interacción sinérgica detectada que representa el 2.13% fue producida, por la combinación de Carbamazepina + Risperidona, apareciendo sobre todo al inicio del tratamiento reduciendo las concentraciones plasmáticas, debido a que algunos antipsicóticos se metabolizan por el citocromo P-450.

El 10.64% que tiene interacciones antagonistas fue debido a la combinación del Ácido valproico + Benzodiacepinas de acción prolongada; en especial Clonazepam y Diazepam. En donde la inhibición enzimática del ácido valproico reduce el metabolismo de dichos benzodiacepinas.

Los ansiolíticos utilizados en los pacientes ayudan a mejorar los síntomas negativos que pueden presentar por la esquizofrenia o los antipsicóticos, ya sea agitación psicomotriz, insomnio e inquietud. La Diazepam se utilizó para compensar la Disonía aguda inducida por Haloperidol, ayudando a reducir los neurotransmisores que afectan el movimiento muscular.

El uso de fármacos para trastornos mentales se incluye en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia debido a que ayudan a compensar los síntomas negativos y extra piramidales que causan los antipsicóticos en los pacientes, estos tratan los aumentos y liberación de acetilcolina debido al bloqueo de los receptores dopaminérgicos.

La presencia de Clotrimazol, Dicloxacilina, Ciprofloxacino, Fluconazol y Sulfato ferroso + Ácido fólico se debe a que algunos pacientes ingresan de emergencia por esquizofrenia descompensada y llegan lastimados (golpes en la cabeza, fracturas e infecciones).

El uso de fenotiazinas como el Decanoato de Flufenazina y Clorpromazina puede hacer que la Metformina sea menos efectiva para reducir el nivel de azúcar en la sangre. Sin embargo, no hay interacción presente en el estudio sobre estos fármacos.

Otros fármacos que están presentes son utilizados para tratamiento de enfermedades crónicas que los pacientes padecen, como: diabetes, problemas cardiovasculares, alergias y presión alta. Estos son Enalapril, Atenolol, Metformina, Loratadina y Difenhidramina.

Según Castro, M. (2018) las interacciones medicamentosas potenciales en pacientes con esquizofrenia, están en el grupo de la Clozapina y Clonazepam (15%), lo que se asemeja a los resultados obtenidos, en donde la Clonazepam en combinación con el ácido valproico representa en parte al 10.64% de la población, afirmando que dicho benzodiacepina tiene un perfil muy eficaz en el tratamiento de este trastorno.

Figura 2. Reacciones Adversas Medicamentosas presentes en los pacientes.



Fuente: Elaborado por autores.

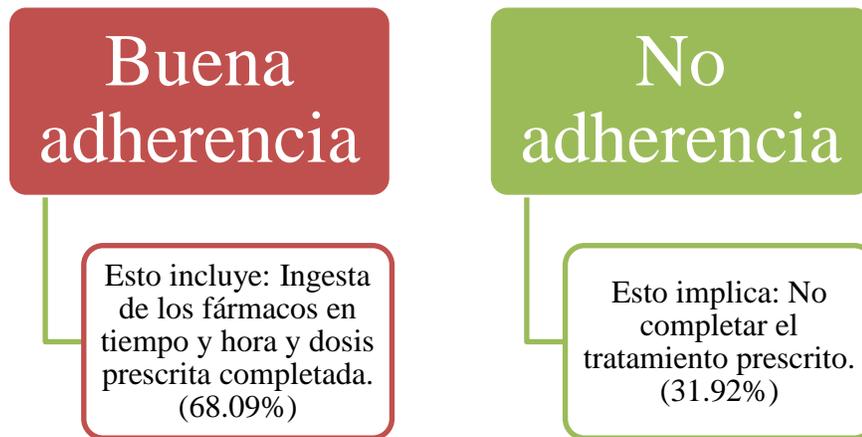
Siendo las reacciones adversas medicamentosas de uso humano, una de las diez principales causas de mortalidad a nivel mundial. La incidencia de RAM en el presente estudio es de un 4.26% en total, es decir 1 de cada 23 pacientes que ingresan al hospital. El 95.74% restante, no presento ningún evento registrado en los expedientes clínicos, siendo este un resultado satisfactorio.

El tratamiento farmacológico inicialmente precisa de dosis elevadas (1amp c/12h) para controlar el episodio agudo de enfermedad (brote psicótico), esta dosis se asocia con excesivos efectos adversos por lo que poco a poco se van reduciendo, siempre y cuando la situación clínica lo permita. Por otro lado, no existe dependencia de los antipsicóticos.

En el informe de investigación de Sánchez, S. (2015) de uso racional de Haloperidol, Diazepam y ácido valproico, en los pacientes ingresados en el hospital psicosocial, encontraron 21 reacciones adversas de 108 pacientes (19%) observándose que sobresalen reacciones adversas medicamentosas (RAM) con Haloperidol (Acatisia, bradicinesia y distonía aguda) y Diazepam (Sedación e hipotensión).

Se contrapone con el estudio presente ya que la Risperidona y Haloperidol presentan reacciones adversas en la muestra con un 2.13%, siendo así del mismo rango. En la presente investigación se observa la presencia de RAM en pequeñas proporciones ya que algunas no fueron registradas como problemas notorios, lo que se dificultó en el momento de la recolección obtener esa información.

Figura 3. Adherencia en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en pacientes atendidos.



Fuente: Elaborado por autores.

La figura 3, representa el cumplimiento del tratamiento farmacológico reflejándose que un 68% ha cumplido satisfactoriamente la prescripción para compensar la esquizofrenia y un 32% no logra una buena adherencia, estos incumplimientos se deben a la renuencia de los pacientes en ingesta por vía oral, por lo que en ocasiones se recurría a cambiar a vía intravenosa.

Una mayor adherencia al tratamiento terapéutico (la toma real de las dosis indicadas), reduce significativamente la incidencia de recaídas. La dificultad del cumplimiento al tratamiento radica en la falta de conciencia de enfermedad en mucho de los pacientes, lo que conduce a un abandono temprano o a un cumplimiento parcial de los tratamientos.

El trabajo investigativo de Muñoz, A. (2018-2019) demuestra cómo se da la adherencia terapéutica en la esquizofrenia, señalando que suele presentar un curso crónico e incapacitante. Por ello la mayoría de las personas diagnosticadas con esta enfermedad requieren un tratamiento de larga duración con medicamentos antipsicóticos.

Así mismo, descubrieron que el 48.6% continuaron con éxito (buena adherencia), sin embargo, señalaron que la prevalencia de no adherencia fue del 26.1%, lo que de cierta manera se asemeja con el estudio ya que los resultados indican un 68.09% de buena adherencia y un 31.92% de no adherencia al tratamiento terapéutico.

CAPÍTULO VI
RECOMENDACIONES Y
CONCLUSIONES

6.1 CONCLUSIONES

- ✓ Se caracterizó a los pacientes en estudio según edad y sexo, demostrando así que el 66.67% son del sexo masculino y el 33.33% al sexo femenino. También, se apreció que los rangos de edades más prevalentes en el estudio fueron de 31 – 40 y 41 – 50 años para ambos grupos.
- ✓ Según el estudio, los fármacos administrados para el tratamiento de la esquizofrenia han sido del grupo antipsicótico, con mayor utilidad terapéutica está el Haloperidol con 57.14%, seguido de Risperidona (33.33%).
- ✓ De todos los fármacos administrados en los pacientes atendidos, solo el 12.77% (6 pacientes) presentaron posibles interacciones de sinergia o antagonismo, siendo así que el 87.23% (41 pacientes) no presentó ningún inconveniente según los expedientes clínicos, esto indica que el hospital ha seguido las pautas adecuadas para mantener el control de la salud mental.
- ✓ El estudio demuestra que el tratamiento para la esquizofrenia prescrito en el hospital psicosocial no produce reacciones adversas medicamentosas graves como Síndrome neuroléptico maligno, y depresión de la médula ósea, ya que los efectos indeseados fueron moderados y se fueron tratando en los pacientes, entre las reacciones más comunes estaban distonía aguda y acatisia. Por ello, solo se encontró un 2.13% (dos pacientes) de ambas en la muestra.
- ✓ En cuanto a la adherencia en general la administración ha sido efectiva, la mayoría de los pacientes aceptaban la medicación vía oral prescrita y a los que no lo toleraban, se les indicaba vía intravenosa. Representando así un 68.09% (32 pacientes) los que seguían la indicación y un 31.92% (15 pacientes) los que no acataban las orientaciones.

6.2 RECOMENDACIONES

DIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL.

- ✓ Elaboración del protocolo de tratamiento para la esquizofrenia en el hospital psicosocial.
- ✓ Revisar que en el informe presentado por los enfermeros se demuestren las interacciones medicamentosas de los fármacos administrados a los pacientes.
- ✓ Evaluar los expedientes clínicos para asegurar su correcto llenado, informando clara y detalladamente las reacciones adversas medicamentosas.
- ✓ Una vez dado de alta al paciente deben brindar la información necesaria a los familiares sobre las dosis y las horas en que le debe de ser administrado el medicamento al paciente.
- ✓ Ayudar al paciente a la toma de conciencia de su enfermedad y a responsabilizarse en su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (29 de Enero de 2016). *Vademecum*. Obtenido de Risperidona: https://www.vademecum-es.cdn.ampproject.org/v/s/www.vademecum.es/amp/principios-activos-risperidona-n05ax08?amp_js_v=a6&_gsa=1&usqp=mq331AQHKAFQArABIA%3D%3D#ah=16130773043454&referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com&_tf=De%20%251%24s&share=https%3A
- Albert Figueras, A. V. (2003). *Fundamentos metodológicos de los EUM. Una aproximación práctica para estudios en ámbito hospitalario*. Managua.
- Aldaz J., V. C. (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Audiencia Provincial de Toledo. (2019). *¿Qué son los protocolos médicos?* Toledo.
- Biesecker, P. B. (s.f.). *National Human Genome Research Institute*. Obtenido de Historial familiar: <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Historial-familiar>
- Bornemann Salty, E. A., Centeno Centeno, M., Gutiérrez Loredo, M., & Pérez Castillo, I. C. (2009). *Esquizofrenia en Nicaragua*. Managua.
- Castro Gordillo, M. Z. (2018). *Interacciones medicamentosas potenciales en pacientes crónicos con esquizofrenia hospitalizados*. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales - U.D.C.A.
- Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnología Médica. ANMAT. (1 de Diciembre de 2008). *VADEMECUM*. Obtenido de Clorpromazina: <https://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/c137.htm>
- Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnología Médica. ANMAT. (30 de Octubre de 2013). *VADEMECUM*. Obtenido de Flufenazina: <https://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/f033.htm>
- Consejo de Salud de los Países Bajos. (1999). *Detección y tratamiento de adolescentes con esquizofrenia*. Países Bajos: Informe Núm. 1999/08E.
- Cortés Morales, B. (2004). *Reingresos y discapacidad en pacientes esquizofrénicos en los pabellones de adultos Hospital José Dolores Fletes*. Managua: Facultad de Medicina, UNAN - Managua.
- García Zaragoza, E., Gil Girbau, M., Murillo Fernández, M. D., Vázquez Valcuende, J., & Vergoñóz Tomàs, A. (2017). *Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario*. Barcelona: EDITTEC. Tecnología y Ediciones del conocimiento, SL.

- Gonzalez, G. J. (2013). *Lista Básica de Medicamentos Esenciales*. Managua: Ministerio de Salud.
- Infomed. Red de Salud de Cuba. (19 de Mayo de 2020). *Medicamentos*. Obtenido de Tioridazina:
http://www.infomed.cu/servicios/medicamentos/medicamentos_list.php?id=160
- Jiménez R., V. A. (2012). Esquizofrenia y genero. *Apuntes de psicología*, Vol. 30, 419-434.
- Kuipers, E., Leff, J., & Lam, D. (2004). *Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias*. Barcelona: PAIDOS IBERICA.
- Larry Jameson, J., Fauci, A. S., Kasper, S. L., Hauser, D. L., & Loscalzo, J. (2019). *Harrison. Principios de Medicina Interna, 20 edición*. Ciudad de México: McGraw-Hill Education.
- Lex Sanitaria in Consultas. (4 de Noviembre de 2019). *lexsanitaria*. Obtenido de ¿Qué son los protocolos médicos?: <http://www.lexsanitaria.com/que-son-los-protocolos-medicos/>
- McGue, M., & I.I., G. (1991). Epidemiología genética de la esquizofrenia y el diseño de estudios de ligamiento. *Archivos europeos de psiquiatría y neurociencia clínica* 240, 174-181.
- Ministerio de Salud. (2004). *Formulario Terapéutico Nacional, Segunda ed.* Managua: División General de Insumos Médicos. División de Uso Racional de Insumos Médicos.
- Ministerio de Salud. (28 de Octubre de 2020). *Ministerio del poder ciudadano para la salud*. Obtenido de Mapa nacional de salud en Nicaragua:
<http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>
- Ministerio de Salud. División General de Insumos. (2014). *Formulario Nacional de Medicamentos*. Managua: División de Uso Racional de Insumos Medicos.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña.
- Muñoz H., A. (2018-2019). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia*. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (16 de 12 de 2019). *Instituto Noruego de salud pública* . Obtenido de Centro colaborador de la OMS para metodología estadística de medicamentos : https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=R03CC63
- Organización Mundial de la Salud. (28 de Noviembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Trastornos mentales: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Pascual-Salcedo, M. M., Garjón Parra, F. J., Pina Gadea, B., & Labarta Mancho, C. (2008). Estudios de Utilización de Medicamentos (Revisión de la literatura española). *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 1-6.
- Pol Yanguas, E. (2018). *Uso de los antipsicóticos en adultos mayores*. Alicante.
- Saiz Ruiz, J., de la Vega Sánchez, D. C., & Sánchez Páez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *the Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 20.
- Sánchez Ñamendy, S. (2015). *Uso racional de Haloperidol, Diazepam y Ácido valproico en los pacientes que son ingresados en la sala de agudos pabellón 4 del Hospital José Dolores Fletes Valle Managua del periodo del 1 de Mayo del 2013 al 01 de Abril del 2014*. Managua.
- Servicio Murciano de Salud. (2009). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. Murcia: Servicio Murciano de Salud.
- Tellez Parajon, S. P., & Rizo Zamora, A. A. (Marzo, 2006). *Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de enero a marzo del año 2005*. Ciudad de león: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.
- Triglia, A. (09 de Octubre de 2016). *Psicología y mente*. Obtenido de Los 6 tipos de esquizofrenia (y características asociadas): <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-esquizofrenia&ved=2ahUKEwj-JmprOTqAhWHiOAKHXrzB2EQFjAFegQIAxAB&usg=AOvVaw1F0XeK0NkLWg93n98dJkIE>
- Vidal Vademecum. (26 de Mayo de 2016). *Vademecum*. Obtenido de Haloperidol: <https://www.vademecum.es/principios-activos-haloperidol-n05ad01>

ANEXOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad De Ciencias E Ingenierías

Departamento De Química

Ficha De Recolección De Datos

El instrumento que se presenta tiene como finalidad recolectar datos confiables en base al tratamiento por parte del Ministerio de salud (MINSA) que se ofrece en el hospital.

No. de Expediente: _____

Fecha de ingreso: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de egreso: _____

PARTE I. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE SE APLICA AL PACIENTE

Clorpromazina _____ Tioridazina _____ Flufenazina _____ Haloperidol _____

Otros fármacos: _____

PARTE II. ADHERENCIA

- Cumplimiento de dosis en tiempo y forma: Sí _____ No _____
- ¿Se completó el tratamiento? Sí _____ No _____
- ¿Se mantiene tratamiento de mantenimiento? Sí _____ No _____

PARTE III. RAM

- ¿Presentó alguna Reacción Adversa Medicamentosa? Sí _____ No _____

Detalle los síntomas:

PARTE IV. INTERACCIÓN ENTRE FÁRMACOS

¿Presentó interacción (Sinergia o Antagonismo) entre fármacos distintos al tratamiento de la esquizofrenia?

Sí _____ No _____ Detalle a continuación la interacción:



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Universidad Nacional Autónoma De
Nicaragua**

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad De Ciencias E Ingenierías

Departamento De Química

Entrevista médica.

El instrumento que se presenta tiene como finalidad recolectar datos confiables en base al tratamiento por parte del Ministerio de salud (MINSAL) que se ofrece en el hospital.

- ¿Qué tipo de protocolo de tratamiento se utiliza para ingresar a los pacientes con esquizofrenia?
- ¿Qué fármacos son los de primera elección al ingreso del paciente?
- Si no es posible la aplicación del fármaco de primera elección ¿Cuáles son los de segunda elección?
- ¿Qué reacciones adversas medicamentosas han sido evaluadas durante el uso de Psicofármacos?
- ¿Cuál es el fundamento para la elección del tratamiento farmacológico?

Tabla 2. Tratamiento antipsicótico administrado a los pacientes atendidos con esquizofrenia según sexo.

Consumo de fármacos antipsicóticos según sexo			
Fármaco administrado	Sexo del paciente		Total
	Hombre	Mujer	
Haloperidol	23	13	36
Risperidona	13	8	21
Decanoato De Flufenazina	0	3	3
Clorpromazina	2	0	2
Quetiapina	1	0	1
Total	39	24	63
%	62%	38%	100%

Elaborada por autores.

Tabla 3. Tratamiento antipsicótico administrado a pacientes atendidos con esquizofrenia según edad.

Rango de edad	Antipsicóticos administrados según edad					Total
	Haloperidol	Risperidona	Decanoato De Flufenazina	Clorpromazina	Quetiapina	
20-30	5	4	1	2		12
31-40	15	7			1	23
41-50	12	6	1			19
51-60	4	3	1			8
61-70		1				1
Utilidad	36	21	3	2	1	63
%	57%	33%	5%	3%	2%	

Elaborada por autores.



Foto obtenida del sitio web del periódico La Prensa.