

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS E INGENIERÍAS
DEPARTAMENTO DE QUIMICA Y FARMACIA
SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL
TÍTULO DE LICENCIADO EN QUIMICA FARMACEUTICA.**



TITULO: Reacciones extrapiramidales del Haloperidol en pacientes ingresados en el Hospital Psicosocial de Referencia Nacional “José Dolores Fletes” en los Pabellones 3 y 4 en los meses de Enero - Junio 2009.

Autoras:

Bra. Hilda del Carmen Medrano Hernández
Bra. Raquel Ehunice Morales González
Bra. Flavia Lavinia Vado Cardoza

Tutor: Lic. Felix López

Asesora: Lic. Valinda Sequeira.

Managua, Enero 2010

DEDICATORIA

Nuestro trabajo está dedicado especialmente a Dios padre Celestial por permitirnos llegar a la meta con nuestros estudios universitarios que cada uno de nosotros nos hemos propuesto, ya que es un camino largo y difícil de alcanzar y lo hemos logrado con esfuerzo, admiración y dedicación.

A quienes sin claudicar pusieron todo su afán, sacrificio, abnegación, dedicación, amor y nos brindaron su apoyo incondicional en esta gran jornada de aprendizaje como son nuestros padres, hermanos, familiares, amigos y profesores para hacer posible que concluyéramos uno de los mayores anhelos de nuestras vidas.

Es un gran honor entregar el resultado de nuestro esfuerzo a quienes siempre nos apoyaron y supieron comprender nuestras aspiraciones e ideales por lo tanto este no es un esfuerzo personal sino colectivo, el cual pudo darnos la oportunidad de encontrar hasta el último detalle para el final.

Hilda del Carmen Medrano Hernández.

Flavia Lavinia Vado Cardoza.

Raquel Ehunice Morales González.

AGRADECIMIENTO

- En primer lugar a Dios nuestro padre Celestial.

 - A nuestros padres y familiares por estar siempre con nosotros apoyándonos en este largo camino.

 - Al Licenciado Félix López y la Licenciada Jeanneth Mora por ser nuestros tutores y apoyarnos en la elaboración de este trabajo de fin de curso.

 - A todos los profesores del Departamento de Química y Farmacia por instruirnos y brindarnos los principios básicos en nuestra carrera.
-

RESUMEN

Se considera que la importancia de este estudio nos permite identificar las principales reacciones adversas producidas por el fármaco Haloperidol en los pacientes ingresados en el centro en cuestión.

El presente estudio tuvo como propósito encontrar las reacciones extrapiramidales del uso de Haloperidol en pacientes ingresados en el Hospital “José Dolores Fletes Valle” se obtuvo un universo de 476 pacientes de los cuales se tomo una población de 381 pacientes, los cuales fueron tratados con haloperidol y que están ubicados en el pabellón 4 de varones (235 pacientes) y en el pabellón 3 de mujeres (146 pacientes), se tomo una muestra representativa del 30% equivalente a 114 pacientes.

Para la búsqueda de estos resultados se analizaron los expedientes clínicos utilizando una ficha de recolección de datos (*Anexo 2*). El estudio de tipo descriptivo retrospectivo y de corte transversal. Los diagnósticos de mayor porcentaje fueron: trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia paranoide.

Se encontró que el Haloperidol presentó efectos extrapiramidales en 32 pacientes, entre los cuales 12 (37.5%) pacientes fueron del sexo femenino y 20 (62.5%) del sexo masculino.

La Disonía aguda ocupó el primer lugar en ambos sexos con un total de 9 (7.89%) pacientes, seguida de el parkinsonismo con 7 (6.14%) pacientes, y la acatisia con 6 (5.26%) pacientes.

Por los resultados obtenidos, recomendamos realizar vigilancia o monitoreo continuo a los pacientes en los primeros días de tratamiento para detectar tempranamente las reacciones extrapiramidales e iniciar corrección inmediata.

Managua, 20 de Febrero del 2010

Tribunal Examinador Licenciatura en Química–Farmacéutica. UNAN-Managua, Nicaragua. Tengo a bien presentar ante ustedes, el trabajo de investigación: **Reacciones extrapiramidales del Haloperidol en pacientes ingresados en el Hospital Psicosocial de Referencia Nacional “José Dolores Fletes” en los Pabellones 3 y 4 en los meses de Enero - Junio 2009** desarrollado en la temática de farmacovigilancia, realizada como producto de Seminario de Graduación del año 2010, para optar al título de **Licenciatura en Química - Farmacéutica** de la Bra. Hilda del Carmen Medrano Hernández, Bra. Raquel Eunice Morales González ó del Bra. Flavia Lavinia Vado Cardoza estudiantes de esta Universidad.

En esta Tesina se valora la importancia de realizar la farmacovigilancia en nuestro país, y contribuir al uso racional de medicamentos, por medio del estudio de la seguridad del Haloperidol al momento de ser utilizado verificando la aparición de Reacciones Adversas Medicamentosas y determinando la frecuencia de estas.

El empeño y la dedicación por parte del esfuerzo y dedicación de los autores durante el período de elaboración de esta tesina, ha sido arduo, intenso, constante cumpliendo con los objetivos planteados, así como la calidad científica que las habilita para optar al título propuesto.

Atentamente:

Lic. Félix López.

Tutor.

CONTENIDO

Página.

APARTADO I

Aspectos Generales

| | |
|--------------------------------|---|
| 1.1 Introducción | 1 |
| 1.2 Antecedentes | 2 |
| 1.3 Justificación | 3 |
| 1.4 Planteamiento del Problema | 4 |
| 1.5 Objetivos | 5 |
| 1.6 Hipótesis | 6 |

APARTADO II

Marco Teórico

| | |
|---|---------|
| 2.1 Generalidades Antipsicóticos o Neurolépticos | 7 – 9 |
| 2.2 Haloperidol | 10 – 15 |
| 2.3 Reacciones Adversas en el uso de Antipsicóticos | 16 – 34 |

APARTADO III

Diseño Metodológico

| | |
|--|---------|
| 3.1 Tipo de Estudio | 35 |
| 3.2 Descripción del Ámbito de Estudio | 35 |
| 3.3 Universo, Población y Muestra | 36 |
| 3.3.1 Criterio de Inclusión | 36 – 37 |
| 3.3.2 Criterio de Exclusión | 37 |
| 3.4 Variables | 38 |
| 3.4.1. Clasificación de las Variables | 38 – 39 |
| 3.4.2. Operacionalización de las Variables | 40 – 41 |
| 3.5 Materiales y Métodos | 42 |

| | |
|--|---------|
| 3.5.1 Materiales para Recolectar Información | 42 |
| 3.5.2 Materiales para Procesar Información | 42 |
| 3.5.3 Métodos según el Tipo de Estudio | 42 |
| APARTADO IV | |
| Resultados | |
| 4.1 Resultados | 43 – 45 |
| 4.2 Análisis y Discusión de los Resultados | 46 – 49 |
| APARTADO V | |
| Conclusiones | 50 |
| APARTADO VI | |
| Recomendaciones | 51 |
| Bibliografía | 52 – 53 |
| Anexos | |

1.1 INTRODUCCION

En el Hospital Psicosocial de referencia Nacional “*José Dolores Fletes Valle*” se realizó esta investigación en la búsqueda de información acerca de los efectos extrapiramidales ocasionados por el uso del fármaco Haloperidol, basados en la revisión de expediente clínico, de pacientes ingresados en este centro asistencial de referencia nacional.

Actualmente los problemas psiquiátricos, se dan tanto en adultos como en adolescentes, en nuestro país estos son atendidos Psicosocialmente a través de este centro, la mayoría de los trastornos mentales son tratados con el fármaco Haloperidol, este fármaco produce la mayor cantidad de efectos extrapiramidales del grupo de los neurolépticos.

El Haloperidol es una butirofenona que se utiliza en el campo de la anestesia, principalmente en el control de las manifestaciones psicóticas de la esquizofrenia, así mismo en las diferentes patologías de carácter mental. Estudios posteriores demostraron que hay efectos sobre alucinaciones, delusiones, agresividad, impulsividad y los estados de excitación, lo cual condujo a la introducción del Haloperidol como un antipsicótico de amplio espectro, en la práctica clínica de los antipsicóticos se vio que eran de gran utilidad, aún presentando efectos adversos extrapiramidales, que en muchos casos limitaban sus eficacia (disonía aguda, parkinsonismo, entre otras), por lo que en su mayoría los pacientes abandonan el tratamiento.

Se considera la importancia de este estudio, el cual nos permite identificar las principales reacciones adversas producidas por el fármaco haloperidol, para lograr un mejor uso y cuidado de los pacientes en este centro asistencial, dando una atención adecuada.

1.2 ANTECEDENTES

En 1958 se descubrieron las propiedades de el Haloperidol, quedando a la disposición una clase mas de agentes anti psicóticos.

En un estudio por el Dr. Rocha en los meses de Junio - Septiembre en 1997 en el Hospital “José dolores Fletes” se encontró el 16 % de trastorno extra piramidal, siendo los cuadros más frecuentes las distonía aguda y el síndrome de parkinsonismo y se presento la reacción en la primera semana de uso en el 98 % de los pacientes.

Diagnostico situacional de uso de anti psicóticos en servicios de corta estancia del hospital psiquiátrico nacional de julio a agosto del 2000 se encontró que se reportó distonía en un 76% de los pacientes, seguido por un 11.7% con seudoparkinsonismo y no se reporto acatisia.

En el estudio realizado por la doctora Karla Patricia Brenes de enero-marzo del 2009 acerca de las reacciones adversas medicamentosas de los neurolépticos en pacientes ingresados en los servicios de agudos y en la unidad de intervención en crisis del hospital “Dr. José Dolores Flete Valle”, se estudiaron 45 pacientes que presentaron reacciones adversas al uso de psicofármacos, de estos resultados se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, en el que encontramos que el sexo masculino predomino en un 55.5% en las reacciones adversas.

1.3JUSTIFICACIÓN

Diversas patologías neurológicas graves e incapacitante que pueden afectar a los pacientes con trastornos mentales, con los tratamientos psicofarmacológicos estos son fundamentales para la atención de estos pacientes, en la actualidad la clorpromazina y el Haloperidol, dos antipsicóticos típicos, revolucionó la atención de las personas con esta patología.

Este trabajo está basado en el estudio de los antipsicóticos butirofenónicos, por lo cual es importante conocer y analizar los efectos extrapiramidales causados por el fármaco Haloperidol, el cual es el más utilizado en el Hospital Psicosocial “José Dolores Fletes Valle”.

Este estudio se realiza con el fin de encontrar la presencia de las reacciones extrapiramidales en los pacientes atendidos en este centro asistencial, mejorar en el manejo y monitoreo continuo del uso de este fármaco, verificando los diagnósticos a través de los expedientes clínicos que serán la fuente de información, un trabajo en equipo donde el único beneficiado resulte ser el paciente.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los psicofármacos son medicamentos que poseen efectos significativos sobre las funciones psíquicas y se utilizan en el tratamiento de las enfermedades mentales, de estos, los neurolepticos se caracterizan por ser fármacos antipsicóticos por excelencia y provocar manifestaciones extra piramidales; en el Hospital encontramos que el fármaco más utilizado es el Haloperidol, éste en algunos pacientes provocó reacciones extra piramidales.

¿Qué tipo de reacciones extra piramidales presentan los pacientes ingresados en los pabellones 3(Mujeres) y 4(Varones) en el Hospital Psicosocial de referencia nacional “José Dolores Fletes Valle” en los meses de Enero a Junio 2009?

1.5 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los efectos extra piramidales del Haloperidol que se presentan en los pacientes en estudio ingresados en el pabellón 3 y 4 del hospital psicosocial de referencia nacional “José Dolores Fletes Valle”.

Objetivos Específicos

- Conocer las características socio demográfica generales de los pacientes que son ingresados a la unidad de agudo en los pabellones tres y cuatro tratados con Haloperidol.
- Caracterizar los pacientes tratados con Haloperidol que presentan los efectos extrapiramidales.
- Clasificar las reacciones extra piramidales causadas por Haloperidol.
- Determinar la latencia de las reacciones extrapiramidales en pacientes.

1.6 HIPOTESIS

Los pacientes ingresados en el pabellón 3 y 4 en el hospital de referencia nacional “José Dolores Flete valle” que consumen el fármaco Haloperidol y presentan diversas reacciones extra piramidales las cuales son: Parkinsonismo, Distonía aguda, Discinecia tardía, Temblor peri bucal, Síndrome maligno agudo.

FARMACO VIGILANCIA

La fármaco vigilancia se encarga del monitoreo de la seguridad de los medicamentos desde su desarrollo y durante todo su ciclo de vida. Realiza actividades para la detección, valoración, comprensión y prevención de los eventos adversos que pudieran presentarse con el uso de los medicamentos.

Cualquier medicamento tiene el potencial de desencadenar eventos adversos, aún aquellos en los que interviene un largo proceso de desarrollo, investigación y manufactura bajo rigurosas condiciones de calidad.

La fármaco vigilancia es una responsabilidad que comparten los médicos, la industria farmacéutica, las autoridades sanitarias y los pacientes. Las actividades realizadas por la fármaco vigilancia, favorecen el uso racional y seguro de los medicamentos en beneficio de nuestra salud.

Por ello, aunque la probabilidad de presentar eventos adversos con el uso de nuestros medicamentos es baja, le invitamos a ponerse en contacto si tiene alguna duda sobre la seguridad de nuestros productos o si se presenta algún evento adverso.

2.1 GENERALIDADES ANTISPICÓTICOS O NEUROLÉPTICOS

¹En 1952 Jean Delay y Pierre Deniker, dos de los psiquiatras más reconocidos de su época, comenzaron a ensayar la clorpromazina, administrándola a algunos de sus pacientes. Los resultados fueron calificados como extraordinarios, en especial por el impacto en psiquiatría, y en especial respecto al tratamiento de la esquizofrenia. El número de pacientes que requieren hospitalización en instituciones mentales se redujo notoriamente, con lo cual la psiquiatría encontró algo más cercano a un fundamento más biológico en la explicación de la esquizofrenia. En 1958 Janssen descubrió las propiedades antipsicóticas del haloperidol y a partir de entonces siguieron explorándose los usos antipsicóticos de otras sustancias similares.

Los antipsicóticos eficaces en clínica comprenden fenotiazinas tricíclicas, tioxantenos y dibenzepinas, así como butirofenonas y congéneres, otros heterocíclicos y benzamidas experimentales. Casi todos estos fármacos bloquean los receptores D₂ de dopamina y reducen la neurotransmisión de esta última en el prosencéfalo; algunos también interactúan con receptores D₁ y D₄ dopaminérgicos, 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C} serotoninérgicos y α-adrenérgicos. Los antipsicóticos son relativamente lipófilos, se metabolizan principalmente por medio de mecanismos oxidantes hepáticos, y algunos tienen cinética de eliminación compleja.

Estos medicamentos ofrecen tratamiento paliativo eficaz de trastornos psicóticos tanto orgánicos como idiopáticos con seguridad y factibilidad aceptables. Los antipsicóticos de potencia alta tienden a generar más efectos consecutivos sedantes, hipotensivos y en el sistema nervioso autónomo. Los efectos secundarios neurológicos característicos de antipsicóticos clásicos o “neurolépticos” comprenden distonía, acatisia, olanzapina, quetiapina y las dosis bajas de risperidona, producen efectos adversos extrapiramidales limitados y, así, se consideran “atípicos”.¹

¹ Joel G. Hardman, Lee E. Limbird, Alfred Goodman Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Volumen I. Décima Edición

²Un neuroléptico o antipsicótico es un fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente, es usado para el tratamiento de las psicosis. Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro y pueden servir en casos de esquizofrenia por ejemplo, para hacer desaparecer las alucinaciones, y generalmente en dosis terapéuticas no presentan efectos hipnóticos. Se han desarrollado varias generaciones de neurolépticos, la primera la de los **antipsicóticos típicos**, descubiertos en los cincuenta. La segunda generación constituye un grupo de **antipsicóticos atípicos**, de descubrimiento más reciente y de mayor uso en la actualidad. Ambos tipos de medicamentos, los típicos y los atípicos, tienden a bloquear los receptores de la vía de la dopamina en el cerebro. Algunos efectos colaterales incluyen la ganancia de peso, agranulocitosis, discinesia y acatisia tardía.

2.1.1. Clasificación de los Antipsicóticos

Antipsicótico Típicos o Clásicos: Su acción antipsicótica se ejerce al bloquear los receptores dopaminérgicos D2; Son eficaces sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia; Tienen muchos efectos adversos, sobre todo extrapiramidales los cuales son:

- Fenotiacinas (clorpromazina, flufenazina, trifluoperazina, tioridazina)
- Butirofenonas (haloperidol, droperidol)
- Tioxantenos (zuclopentixol)

Antipsicóticos Nuevos o Atípicos: Su acción antipsicótica se ejerce no sólo por el antagonismo de los receptores dopaminérgicos D2, sino también por los de serotonina, histamínicos y muscarínicos; Presentan un espectro de eficacia mayor, incluyendo los síntomas negativos y positivos; Ocasionan menos efectos adversos incluyendo una baja

² Anónimo. Eutimia.Com – Salud Mental.

<http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antipsicoticos/haloperidol.htm>

incidencia de efectos extrapiramidales, además de una mínima afectación de la prolactina y otras hormonas.

- Clozapina
- Olanzapina
- Sulpiride
- Risperidona
- Neurolépticos en fase de ensayo clínico o fase de desarrollo experimental

2.2 HALOPERIDOL

2.2.1. *Antipsicótico Típico, Butirofenonico Haloperidol*

Haloperidol es un fármaco antipsicóticos típico, neuroléptico, perteneciente al grupo de las butirofenonas. se trata de uno de los primeros medicamentos que se usaron en el siglo XX para el tratamiento de la enfermedad mental, en particular de la esquizofrenia por lo tanto) Haloperidol es un potente antagonista de los receptores dopaminérgicos centrales y es clasificado como un neuroléptico muy incisivo.²

2.2.2. *Estructura Química*

Cabe mencionar que la estructura química es muy importante por su composición del fármaco.(Anexo 18)

2.2.3. *Presentación*

Es una butirofenona con características generales similares a las de las fenotiazinas.

Tabletas de de 5 mg

Solución oral de 2 mg ml frasco de 30 ml

Solución inyectable de 5 mg ml, ampolla 1 ml

2.2.4 *Mecanismo de acción.*

³Es un bloqueador no selectivo de los receptores de dopamina en el cerebro, la dopamina además de estar aumentada su actividad en trastornos psicóticos, involucra la vía motora extra piramidal; tardíamente se puede desarrollar por el constante bloqueo de estos receptores una hipersensibilidad que explica la disquinesia tardía en tratamientos prolongados.

³ <http://es.wikipedia.org/wiki/Haloperidol>

2.2.5 Indicaciones:

⁴Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, manía (trastorno bipolar), agitación psicomotora y comportamiento violento, Hipo intratable, Síndrome de tourette. De hecho es el neuroléptico más usado.

2.2.6 Posología y forma de administración:

La dosis requerida por cada paciente es muy variable. Como ocurre con otros antipsicóticos la dosis debe individualizarse de acuerdo con las necesidades y la respuesta de cada paciente, realizando ajustes de la dosis hasta alcanzar el control terapéutico óptimo. En caso de fracaso terapéutico no prolongar el tratamiento durante un intervalo de tiempo superior a 1 mes.

Para determinar la dosis inicial debe tenerse en cuenta la edad del paciente, la severidad de la enfermedad, la respuesta previa a otros fármacos antipsicóticos, la existencia de patología subyacente o la utilización concomitante de otros fármacos. En general, los niños, ancianos, pacientes debilitados o con antecedentes de reacciones adversas a otros antipsicóticos requieren una menor dosis del fármaco y un ajuste más gradual de la dosis para obtener la respuesta óptima. Se aconseja la suspensión gradual de tratamientos prolongados para evitar el riesgo de síndrome de retirada o rápida recaída en la enfermedad.

2.2.7. Dosificación

Esquizofrenia y otras psicóticos, manía, agitación psicomotora, comportamiento violento y en síndrome de tourette:

adultos iniciar con 1.5 - 3 mg cada 8 a 12 horas

⁴ Formulario Nacional de medicamentos (FNM) CIMPS.

En personas muy afectadas o resistentes, 3-5 mg cada 8 a 12 horas (hasta 30 mg al día en la esquizofrenia resistente). Ajustar luego según la respuesta a la dosis de mantenimiento efectiva más baja (tan bajo como 5.-10 mg diaria).

En edad avanzada (o personas debilitadas), iniciar con la mitad de la dosis de adulto.

En agitación e inquietud en el anciano, iniciar con 0.5-1.5 mg una vez o dos veces al día. Tratamiento coadyuvante a corto plazo de ansiedad severa, 500 microgramos dos veces al día. Niños no se recomienda.

En el hipo intratable, 1.5 mg 3 veces al día, ajustado según respuesta.

Episodios psicóticos agudo.

Adultos, iniciar con 2-10mg PO, dosis siguiente cada 4-8 horas según respuestas (hasta cada hora si es necesario, hasta una dosis máxima total de 18 mg.

En pacientes muy afectados puede ser necesario una dosis inicial de hasta 18mg.

En ancianos (o personas debilitadas) iniciar con la mitad de la dosis de adulto.

Los pacientes deben permanecer en supino y se debe vigilar la presión arterial durante 30 minutos posterior a la inyección IM.

2.2.8. Precauciones:

Cuidado en enfermedad cardiovascular y vascular cerebral, enfermedad respiratoria, parkinsonismo, epilepsia, infecciones agudas, alteración renal y hepática (evítese si es grave), antecedente de ictericia, leucopenia (se requiere recuento de células hemáticas en caso de fiebre o infección inexplicable); hipertiroidismo, miastenia gravis, hipertrofia prostática, glaucoma de ángulo cerrado, también hemorragia subaracnoidea y alteraciones metabólicas como hipopotasemia, hipo calcemia o hipomagnesemia, edad avanzada (sobre todo en clima muy caluroso o muy frío); niños y adolescentes; evitar el retiro brusco.

Recomendar no realizar tareas especializadas, por ejemplo manejar maquinaria peligrosa, conducir.

2.2.9. Interacciones:

Antagoniza el efecto de los anticonvulsivantes, aumenta el efecto hipotensor de los anestésicos, aumenta el riesgo de arritmias ventriculares de la amitriptilina, clomipramina, procainamida y quinidina.

2.2.10. Contraindicaciones:

Alteración de la conciencia por depresión del sistema nervioso central; depresión de médula ósea; feocromocitoma; porfiria; enfermedad de los ganglios basales.

Embarazo y lactancia:

Categoría de riesgo en el embarazo; C. En el tercer trimestre se han descrito efectos extrapiramidales ocasionales en el neonato.

La cantidad excretada por la leche es probablemente muy pequeña para ser perjudicial, por tanto puede continuarse con monitoreo de la presencia de somnolencia en el neonato.

2.2.11. Farmacocinética:

Los niveles plasmáticos máximos de haloperidol se producen entre 2 y 6 horas después de la administración oral y a los 20 minutos aproximadamente después de la administración intramuscular. Después de la administración oral, la biodisponibilidad de la droga es del 60-70%.

La vida media plasmática (eliminación final) es de 24 horas (rango = 12-38) después de la administración oral y de 21 horas (rango = 13-36) después de la administración intramuscular. Se ha sugerido que se requiere una concentración plasmática de haloperidol variable entre 4 µg/l hasta un límite máximo de 20 a 25 µg/l para que se produzca la respuesta terapéutica.

Haloperidol cruza la barrera hematoencefálica fácilmente.

La unión a proteínas es del 92%.

La excreción se produce con las heces (60%) y con la orina (40%).

Aproximadamente el 1% de haloperidol ingerido se excreta sin cambios por la orina.

El volumen de distribución a estado estable (VD_{ss}) es grande (7.9 + 2.5 l/kg).

Existe una gran variabilidad inter-individual, pero una escasa variabilidad intra-individual, en las concentraciones plasmáticas de haloperidol y en la mayoría de los parámetros fármaco-cinéticos.

Como con muchas otras medicaciones, que se metabolizan en el hígado, esta variabilidad puede explicarse parcialmente por el paso metabólico reversible de oxidación/reducción que se produce en el hígado.

Otros pasos metabólicos incluyen N-dialquilación oxidativa y glucuronidación.

2.2.12. Farmacodinamia:

También llamados neurolépticos, constituyen un grupo de medicamentos de naturaleza química muy heterogénea pero con mecanismo de acción común.

Actúan fundamentalmente por bloqueo de los receptores dopaminérgicos D₂, aunque muchos antipsicóticos tienen actividad sobre los receptores de otros neurotransmisores.

En la actualidad se sabe que la eficacia antipsicótica está estrechamente relacionada con la acción antidopaminérgica a nivel de las vías córtico-meso-límbicas, por bloqueo de los receptores postsinápticos. (4) A su vez la mayoría de efectos adversos neurológicos y endocrinológicos dependen del bloqueo dopaminérgico, aunque no podemos ignorar el antagonismo de diferentes receptores en otros efectos secundarios (sedación por H₁ y alfa₁, hipotensión ortostática por alfa₁, etc.).⁴

2.2.13. Reacciones adversas

⁵Como todos los antipsicóticos en general, presenta frecuentemente efectos secundarios adversos. Asociados al bloqueo de los receptores de dopamina presenta con cierta frecuencia extrapiramidalismo (trastornos motores como temblor en reposo, y rigidez similar al Parkinson) según dosis, que se pueden manejar con anticolinérgicos. Presenta además otros efectos motores más tardíos como acatisia (inquietud al permanecer acostado o sentado), tardodisquinesia (movimientos anormales de las manos y la boca) de manejo más complicado; puede disminuir el umbral convulsivo.

El síndrome neuroléptico maligno es una reacción adversa grave, con hipertermia, hipertonia muscular generalizada, alteraciones respiratorias y otras alteraciones disautonómicas que pueden llevar a la muerte al paciente.

⁵ <http://es.wikipedia.org/wiki/Haloperidol>

2.4. ⁶REACCIONES ADVERSAS EN EL USO DE ANTIPSICOTICOS BUTIROFENONICO HALOPERIDOL REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES

Se generan diversos síndromes neurológicos, que abarcan que en particular al sistema motor extra piramidal, después del uso de casi cualquier antipsicóticos. Estas reacciones son particularmente relevantes durante el tratamiento con los agentes de alta potencia (piperazinas tricíclicas, butirofenonas). Hay menor posibilidad de efectos extrapiramidales agudos adversos con los productos como clozapina, quetiapina, olanzapina, tioridazida, o risperidona en dosis bajas.se han recibido en detalles los efectos neurológicos que acompaña a la administración de antipsicóticos.

Son seis las variedades de síndromes neurológicos característicos de los antipsicóticos. Cuatro de ellas (disonía aguda, acatisia, parkinsonismo, y síndrome neuroléptico maligno raro) suelen aparece poco después de la administración del fármaco, y dos (temblor peribucal raro y discinesias tardías o disonía) son síndromes de aparición tardía que se originan después del tratamiento prolongado.

2.4.1. Clasificación y Características Clínicas de cada uno de las Reacciones Extrapiramidales

2.4.1.1. Las Reacciones Distónias Agudas:

Ocurren por lo común al iniciar el tratamiento con antipsicótico, sobre todo con gran potencia, y pueden manifestarse como gesticulación facial, tortícolis oculogiras. Estos síndromes se pueden confundir con reacciones histéricas o con convulsiones, pero reaccionan de modo impresionante a la administración parenteral de anticolinérgicos antiparkinsonianos. La administración oral de anticolinérgicos pueden prevenir también la disonía, sobre todo en varones jóvenes que han recibido un neuroléptico de gran

⁶ Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Joel G. Hardman, Lee E. Limbird, Alfred Goodman Gilman. Volumen I. Décima Edición

potencia como es nuestro fármaco en estudio haloperidol. Aunque se trata con facilidad, las reacciones distónicas agudas son aterradoras para los pacientes; ha sobrevivido en muerte súbita en casos raros, quizás por trastorno de la respiración causado por la distonía de los músculos faríngeos, laríngeos y de otros tipos.

2.4.1.2. Acatisia:

Este término se refiere a sensaciones subjetivas intensas de tensión o malestar, que suelen irradiarse a las piernas, lo mismo que a la necesidad insuperable de estar en movimientos constantes, más que de seguir cualquier patrón específico de movimientos. Los pacientes sienten que deben levantarse y caminar o moverse de manera continua, y pueden ser inhábiles para controlar esta tendencia. La acatisia se confunde a menudo con agitación en los pacientes psicóticos; es de importancia crítica establecer la distinción puesto que la agitación podría tratarse con incremento del programa de dosificación. Como la reacción de la acatisia a los antiparkinsonianos suele ser insatisfactoria, el tratamiento requiere, de manera característica, reducción del programa de dosificación del antipsicótico o un cambio de medicamento. En estos casos quizá sea beneficiosos los ansiolíticos, o las dosis moderadas de propanolol. Este síndrome frecuente no suele diagnosticarse, y en muchos casos interfiere con la aceptación con el tratamiento con neuroléptico.

2.4.1.3. Síndrome Parkinsonismo:

Surge a menudo gradualmente, durante la administración de antipsicótico, Un Síndrome parkinsoniano que puede ser distinguible del parkinsonismo idiopático. Su incidencia varía según los diferentes fármacos. Desde el punto de vista clínico, ocurre retraso generalizado de los movimientos voluntarios (acinesia) con facies de máscara y reducción de los movimientos de los brazos. Es característico que el síndrome evolucione gradualmente durante días a semanas. Los signos más notables son lentificación de los movimientos de “hacer píldoras” con los dedos, aunque no son tan relevantes en el parkinsonismo inducido con neuroléptico como en el parkinsonismo idiopático. Los efectos adversos del

parkinsonismo quizás se confundan con depresión, puesto que el semblante inexpresivo y el retraso de los movimientos pueden remedar signos de este último trastorno. Esta reacción suele tratarse con antiparkinsonianos con propiedades anticolinérgicas, o con amantadina; el uso de levodopina o de un agonista de la dopamina de acción directa incurre en el riesgo de inducir agitación y empeorar la enfermedad psicótica. A veces se requieren antipsicóticos en el tratamiento clínico de pacientes con enfermedades de parkinson idiopático con padecimiento psicótico espontáneo o reacciones psicóticas a la terapéutica dopaminérgica; la clozapina y quizá la quetiapina tienen menos probabilidades de empeorar el trastorno neurológico en sí.

2.4.1.4. Síndrome Neurológico Maligno

Hay un trastorno raro, el Síndrome Neurológico Maligno, que aparece una forma muy grave de parkinsonismo con temblor burdo y catatonía, fluctuaciones en la intensidad, así como signos de inestabilidad automática (pulso y presión arterial lábiles, hipertermia), estupor, aumento de la cinasa de creatina del suero y, en ocasiones, mioglobinemia. En su forma más grave, este síndrome puede persistir durante más de una semana después de interrumpir el agente que ha producido el problema. Como la mortalidad es alta (sobre 10%), se requiere atención médica inmediata. Esta reacción se ha relacionado con diversos tipos de neuroleptico, pero su prevalencia puede ser mayor cuando se usan dosis relativamente altas de los agentes más potentes, en especial cuando se suministran por vía parenteral. Además de la interrupción inmediata del tratamiento neuroleptico y de la prestación de cuidados de sostén, la terapéutica específica resulta insatisfactoria; tal vez sea útil el uso de la dantroleno o del agonista dopaminérgico bromocriptina. Aunque se utiliza también dantroleno para tratar el síndrome de hipertermia maligna inducido por los anestésicos generales, las formas de catatonía e hipertermia inducidas por neurolepticos tal vez no conlleve un defecto del metabolismo del calcio $2+$ en el músculo estriado.

Un trastorno raro de los movimientos, puede aparecer en fase tardía durante el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas con antipsicóticos, es el temblor peribucal,

llamado también “síndrome del conejo” por los movimientos peculiares que lo caracterizan. Aunque a veces se clasifica con otras discinesias tardías (de evolución tardía o lenta), este término suele reservarse para las reacciones coreotéticas o distónicas que aparecen después de tratamiento prolongado. En realidad, el síndrome del conejo comparte muchos aspectos con el parkinsonismo, porque el temblor tiene una frecuencia de 5-7 Hz aproximadamente y se produce una reacción favorable a los anticolinérgicos y al retiro de las sustancias que está creando el problema.

2.4.1.5. Discinesia Tardía

Es el síndrome neurológico (o un conjunto de síndromes de este tipo) de aparición retrasada, como indica su nombre, que acompaña a la administración de neurolepticos. Se genera con mayor frecuencia en ancianos, y el riesgo puede ser mayor en los que tienen trastorno del talante que en aquellos que experimentan esquizofrenia. La prevalencia promedia de 15-25% en adultos jóvenes con psicosis crónica, crónicamente psicótica, con una incidencia anual de 3-5% y una tasa anual un poco más pequeña de remisiones espontáneas, aun cuando se prosiga con el tratamiento neuroleptico. El riesgo es mucho menor con la clozapina, pero no se conoce el de otros antipsicóticos atípicos de creación reciente. La discinesia tardía se caracteriza por movimientos estereotipados, repetitivos, indoloros, involuntarios y coreiformes rápidos (a manera de tics) de cara, parpados (parpadeos o blefarospasmo), boca (gesto), lengua, extremidades o tronco. Son varios los grados de atetosis más lenta (movimientos de torsión) y las posturas distónicas sostenidas, que son más frecuentes en varones jóvenes y pueden ser inhabilitantes. Se observa también aparición tardía de trastornos posiblemente relacionados que se caracterizan, sobre todo, por distonia o acatisia (inquietud). Todos estos movimientos desaparecen durante el sueño (como sucede con otros síndromes extrapiramidales), su intensidad varía con el paso del tiempo, y dependen del nivel de excitación o de tensión emocional.

Los movimientos discineticos tardíos se pueden suprimir en parte con el uso de un neuroleptico potente, y quizá con un agente agotador de la dopamina, como reserpina o

tetrabenazina, pero estas intervenciones se reservan para la discinesia grave inevitable, en particular con psicosis sostenida. Algunos pacientes discineticos, de manera característica los que manifiestan aspectos distonicos, pueden beneficiarse el uso de clozapina, con la cual el riesgo de discinesia tardía es muy bajo. Los síntomas persisten en ocasiones por tiempo indefinido después de interrumpir la medicación neuroléptica, con mayor frecuencia disminuyen o desaparecen gradualmente con el paso de los meses de vigilancia, y tienen más probabilidades de resolverse de manera espontanea en pacientes mas jóvenes. De manera característica, los antiparkinsonianos tienen poco efecto en la discinesia tardía y otras formas de coreoatetosis, como la enfermedad de Huntington, o las pueden exacerbar; hasta la fecha no se cuenta con tratamiento adecuado para estos padecimientos.

Es importante prevenir los síndromes neurolépticos que complican la utilización de antipsicóticos. Se deben seguir ciertas guías terapéuticas de referencia. Suele ser innecesario el uso sistemático de antiparkinsonianos para evitar las reacciones extrapiramidales tempranas, dado que incrementaría la complejidad, los efectos adversos y los gastos ocasionados por el plan terapéutico. Lo mejor es reservar los antiparkinsonianos para el caso de reacciones extrapiramidales manifiesta en que son favorables los resultados de dicha intervención. De ordinario, la necesidad de tratar con estos agentes las reacciones distónica agudas disminuye con el tiempo, pero tienden a persistir parkinsonismo y acatisia. La utilización sensata y conservadora de antipsicótico en pacientes con trastorno psicótico crónico o frecuentemente recurrente casi con plena certeza reducirá el riesgo de discinesia tardía. Aunque la mejor manera de volver mínimo los efectos neurológicos adversos es reducir la dosis del anti psicótico en cuestión, quizá esto no sea práctico en un paciente que tenga una enfermedad psicótica incontrolable. El mejor criterio preventivo consiste en utilizar la dosis eficaz mínima de un anti psicótico para el tratamiento a largo plazo, e interrumpir el programa tan pronto como parezca razonable hacerlo, o en caso que no se pueda obtener una reacción satisfactoria. Una alternativa en algunos pacientes es el uso de clozapina, quetiapina y otros anti psicóticos novedosos con bajo riesgo de inducir efectos extrapiramidales adversos, sobre todo en los que tienen síntomas psicóticos definidos a los que se añade discinesia.

2.4.1.6. Temblor Peribucal

El temblor típico del parkinsonismo farmacológico puede manifestarse no solo durante los movimientos sino también en reposo, con frecuencia es más irregular que el que se produce en su equivalente natural. Generalmente el temblor se inicia en una o ambas extremidades superiores y, en los casos graves, puede afectar a la lengua, mandíbula.

En el temblor de la lengua y mandíbula puede confundirse con la Discinesia tardía y, cuando un paciente presenta ambos síndromes, debe interrumpirse la terapéutica neuroléptica con el fin de evaluar la gravedad de los movimientos discineticos. Los temblores finos en reposo producidos por el carbonato de litio y por la terapéutica con antidepresivos triciclicos aparecen con una frecuencia mayor que el parkinsonismo farmacológico y no responden a la terapéutica con AP. Otros temblores de origen farmacológicos que deben excluirse son los que aparecen en las intoxicaciones agudas y crónicas por etanol, nicotina, fenitoina, barbitúricos, sedantes, metales pesados y narcóticos.

2.4.1.7. Rigidez:

La rigidez es una hipertonicidad plástica que afecta tanto a la musculatura axial como a la de las extremidades. Con frecuencia aparece primero en el cinturón escapular y luego se extiende distalmente hacia las extremidades superiores. La rigidez en rueda dentada, en la que puede producirse un fenómeno tipo trinquete en los movimientos pasivos de una extremidad, es la resultante de la presencia de rigidez y temblor. La rigidez difiere de la espasticidad en que esta última se da tras el movimiento pasivo inicial (efecto de la "navaja"). Finalmente, la acinesia, pero no la rigidez, es la responsable del aspecto "tipo zombie" y de gran parte de la incapacidad que aparece con el parkinsonismo farmacológico.⁶

Cuadro Comparativo de los Efectos Extrapiramidales (Anexo 1)

2.4. ENFERMEDADES MENTALES

2.4.1. Diversas Patologías Tratadas con Antipsicótico Butirofenónico Haloperidol

⁷La **psicosis** o "locura" es un término genérico utilizado en la psicología para referirse a un estado mental descrito como una pérdida de contacto con la realidad. A las personas que lo padecen se les llama psicóticas. En la actualidad, el término «psicótico» es a menudo usado incorrectamente como sinónimo de psicopático.

Las personas que experimentan psicosis pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como por dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Una amplia variedad de elementos del sistema nervioso, tanto orgánicos como funcionales, pueden causar una reacción psicótica. Esto ha llevado a la creencia que la psicosis es como la «fiebre» de las enfermedades mentales, un indicador serio pero no específico. Sin embargo, muchas personas tienen experiencias inusuales y de distorsión de la realidad en algún momento de sus vidas, sin volverse discapacitadas o ni siquiera angustiadas.⁷

La psicosis puede dividirse en orgánica y funcional:

⁸Las psicosis orgánicas están asociadas a estados tóxicos, problemas metabólicos o enfermedades neurolépticas. Este tipo de psicosis no se considera propiamente como

⁷ Tsuang, Ming T.; William S. Stone, Stephen V. Faraone (July de 2000). «Toward Reformulating the Diagnosis of Schizophrenia» *American Journal of Psychiatry*. Vol. 157. n.º 7. pp. 1041–1050

⁸ Reacciones adversas medicamentosas de los neurolépticos en pacientes ingresados en los servicios de agudos y en crisis del hospital docente de atención psicosocial "Dr. Jose Dolores Fletes Valle" autor: Dra. Karla Patricia Brenes Alvarado, residente de psiquiatría I. febrero de 2009.

enfermedades a síntomas asociados a diversas condiciones. Las psicosis funcionales si se consideran como enfermedades mentales y se subdividen en:

- a) Trastornos afectivos unipolares (depresión) o bipolares (manía depresiva), que se presentan como grandes anormalidades de la conducta con fuertes componentes emocionales (cambios bruscos del estado de ánimo).
- b) Esquizofrenias, que constituyen cuadros de pensamiento alterado con desprendimiento del sujeto de su ambiente, delirios (transfusión, control y robo de pensamiento) trastornos emocionales, alucinaciones catatonía (inmovilidad o flexibilidad cética), etc.; y trastornos delirantes que reportan anormalidades conductuales causadas por delirios, o sea: ideas que a partir de ciertos elementos de la realidad se eslabonan para constituir historias o versiones de la realidad y que exageran algunos de sus elementos, ya sea conservando una ilación o sin ella (delirio de grandeza, delirio de persecución, etc.).⁸

⁹Trastorno afectivo bipolar

En muchas personas con depresión una evaluación cuidadosa pone de relieve la presencia de rasgos bipolares; de hecho, uno de cada cinco pacientes con trastorno depresivo también desarrollan franca hipomanía o manía. La mayoría de los virajes desde el trastorno unipolar al bipolar se producen en los 5 años que siguen al comienzo de las manifestaciones depresivas. Los factores que predicen el cambio son el comienzo precoz de la depresión (antes de los 25 años), la depresión postparto, los episodios frecuentes de depresión, la rápida mejoría del estado de ánimo con tratamientos somáticos (p. ej., fármacos antidepresivos, fototerapia, privación de sueño y terapia por electrochoque) y los antecedentes familiares durante tres generaciones consecutivas.

Entre episodios, los pacientes con trastorno bipolar muestran un estado de ánimo depresivo y, a veces, actividad con un alto grado de energía; por otro lado, el bloqueo del funcionamiento de la persona a nivel social y de desarrollo es más corriente que en el

⁹ Manual Merck sección 15→trastornos psiquiátricos, capítulo 189→trastornos bipolares.

trastorno unipolar. En el trastorno bipolar los episodios son más cortos (de 3 a 6 meses), la edad de comienzo más temprana, la forma de inicio de los episodios más abrupta y los ciclos (período de tiempo desde el comienzo de un episodio hasta el siguiente) son más cortos que en el trastorno unipolar. El carácter cíclico está especialmente acentuado en las formas de ciclos rápidos del trastorno bipolar (en los que suele haber 4 episodios o más al año).

En el **trastorno bipolar I** alternan los episodios maníacos floridos con los de depresión mayor. El trastorno suele comenzar con depresión y se caracteriza por la presencia de un período maníaco o de excitación a lo largo de la evolución como mínimo. La fase depresiva puede ser prelude de la manía o seguirle inmediatamente, o bien una y otra fase pueden estar separadas por meses o años.

En el **trastorno bipolar II** los episodios depresivos alternan con fases de hipomanía (períodos no psicóticos relativamente leves de aproximadamente 1 mes de duración). Durante el período hipomaniaco el estado de ánimo se hace más alegre, disminuye la necesidad de dormir y la actividad psicomotriz se dispara más allá del nivel usual del paciente. Con frecuencia, el giro viene inducido por factores circadianos (p. ej., irse a la cama deprimido y despertarse temprano por la mañana en un estado hipomaniaco).

Son características la hipersomnia y la ingestión alimentaria excesiva; pueden darse recidivas estacionales (p. ej., en otoño o invierno); durante las fases depresivas hay insomnio y pocas ganas de comer. En algunas personas los períodos hipomaniacos son adaptativos, ya que se asocian a gran energía, sentimiento de confianza en sí mismo y funcionamiento social por encima de lo habitual. Muchos pacientes experimentan una elevación placentera de su estado de ánimo, generalmente al final de una depresión, pero no informan de ello hasta que se les pregunta concretamente sobre el asunto. Una entrevista hábil puede poner de manifiesto signos morbosos, como gastos excesivos, escapadas sexuales impulsivas y consumo abusivo de drogas estimulantes. Es más fácil que los familiares, más que el propio paciente, aporten datos de ese estilo.

Los pacientes con episodios de depresión mayor y antecedentes familiares de trastornos bipolares (oficiosamente denominados **bipolares III**) a menudo muestran tendencias sutilmente hipomaniacas; el temperamento de estas personas se denomina **hipertímico** (es decir, se trata de personas impulsivas, ambiciosas y orientadas hacia el éxito).

El Trastorno afectivo bipolar se caracteriza porque los enfermos, en los momentos de crisis, van desde estados de gran euforia hasta sumergirse en profundas depresiones.⁹

¹⁰La esquizofrenia

La **esquizofrenia** es un diagnóstico psiquiátrico que se refiere a un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, en personas con alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad. Se caracteriza por una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social.

Una persona con este diagnóstico, por lo general, muestra un pensamiento desorganizado (laxitud asociativa), delirios, alteraciones perceptuales (alucinaciones), alteraciones afectivas (en el ánimo y emociones), del lenguaje y conductuales. Los síntomas suelen comenzar en adultos jóvenes- y aproximadamente 0.4-0.6% de la población se ve afectada de esquizofrenia—El diagnóstico se basa en las experiencias reportadas por el mismo

¹⁰ es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia

Belloch, A., Sandín, B. (1996): *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill Interamericana. España.

CIE 10, *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*.

(1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator.

DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1997). Barcelona. Masson.

Vila, J., Fernández, M. (1990): *Activación y conducta*. Madrid. Alhambra.

Vallejo-Nágera, J. A. (1997): *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Madrid. Ed. Salvat.

paciente y en el comportamiento observado por el examinador. No existen actualmente pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la esquizofrenia.

Esta enfermedad es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento.

El deterioro de la función mental en estos enfermos ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. El psicótico no vive en este mundo (disociación entre la realidad y su mundo), ya que existe una negación de la realidad de forma inconsciente. No es consciente de su enfermedad.

La actividad cognitiva del esquizofrénico no es normal, hay incoherencias, desconexiones y existe una gran repercusión en el lenguaje, pues no piensa ni razona de forma normal.

El comienzo de la enfermedad puede ser agudo, es decir, puede comenzar de un momento para otro con una crisis delirante, un estado maníaco, un cuadro depresivo con contenidos psicóticos o un estado confuso onírico. También puede surgir de manera insidiosa o progresiva.

La edad de inicio promedio es en los hombres entre los 15 y los 25 años, y en las mujeres entre los 25 y los 35 años. No obstante puede aparecer antes o después, aunque es poco frecuente que surja antes de los 10 años o después de los 50 años.

La prevalencia de esta enfermedad se sitúa entre el 0'3% y el 3'7% dependiendo de la zona del mundo donde estemos. Se ha observado una cierta prevalencia hereditaria, si uno de los padres padre padece esquizofrenia el hijo tiene un 12% de posibilidades de desarrollar

dicho trastorno y si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades. Un niño con padres sanos tiene un 1% de posibilidades de padecer este trastorno, mientras que un niño con un hermano con este desorden tiene un 8% de probabilidades. Por tanto las causas de la esquizofrenia son tanto bioquímicas como ambientales.

Clasificación

Históricamente, la esquizofrenia en Occidente ha sido clasificada en simple, catatónica, hebefrénica o paranoide. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE describe siete. Éstas son

Tipo paranoide: predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas delirios—el DSM exige que no haya desorganización en el lenguaje ni afectividad inapropiada o plana.

Tipo desorganizado o hebefrénica: predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana⁹

Tipo catatónico: con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cética (como muñeco de cera); puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.

Tipo indiferenciado: hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado ó catatónico.

Tipo residual: donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad.¹⁰

¹¹Esquizofrenia paranoide

La esquizofrenia paranoide es aquella enfermedad que se caracteriza por los siguientes *síntomas*: predominio de ideas delirantes y alucinaciones, lesiones graves a uno mismo y a los demás, alteraciones de la personalidad.

Es la más frecuente y suele iniciarse entre los 20 y 30 años.

Etapas de la enfermedad

Etapa pre psicótica: Se caracteriza por rasgos semejantes a los que más tarde, pasada la etapa de psicosis activa, se instalan definitivamente y con mayor intensidad: son los llamados síntomas negativos (anhedonia, energía, embotamiento afectivo, etc.). También pueden aparecer dificultades de relación interpersonal, alteraciones cognitivas, dificultades de adaptación escolar, etc. Sin embargo, no es raro encontrar enfermos en los que no hay ninguna alteración durante su etapa pre mórbida.

Etapa psicótica florida: que es nueva o se superpone a la anterior. Suelen presentarse síntomas positivos (delirios y alucinaciones) y aparece en la etapa puberal y postpuberal. El estrés suele ser un factor importante en su aparición.

Etapa residual: es una etapa prolongada en la que predominan los síntomas negativos y de la que puede haber reactivaciones similares a la etapa psicótica florida. Estos síntomas negativos se caracterizan por pobreza del lenguaje y pensamiento, aplanamiento afectivo, enlucimiento y bajo nivel de actividad.¹¹

¹¹ PICHOT, Pierre; LÓPEZ – IBOR ALIÑO, Juan J.; VALDÉS MIYAR, Manuel, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Masson S.A., 1995.

¹²**Síndrome de Tourett.**

Las características esenciales de este síndrome son los tics motores múltiples o uno o más tics bucales. Estos tics pueden aparecer simultáneamente o en diferentes periodos de la enfermedad. Los tics aparecen varias veces al día, recurrentemente, a lo largo de un periodo de más de un año. Durante este tiempo, nunca hay un periodo libre de tics de más de 3 meses consecutivos. La alteración provoca intenso malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El inicio de este síntoma se produce antes de los 18 años de edad. Los tics no deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo estimulantes) ni a una enfermedad médica (por ejemplo enfermedad de Huntington o encefalitis pos vírica).

Los síntomas más frecuentes asociados al trastorno de la tourette son las obsesiones y compulsiones. También son relativamente comunes la hiperactividad, la distraibilidad y la impulsividad. Con frecuencia se observa malestar social, vergüenza, excesiva auto observación y humor depresivo.¹²

¹³**Agitación Psicomotora**

La agitación psicomotriz es un síndrome inespecífico, de muy variada etiología, que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Ésta consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis...), ansiedad severa, pánico u otros intensos estados emocionales.

¹² Manual de diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales, Masson S,A I EDICION 1995

¹³ www.infodoctor.org/meshoft.hpp

www.encolombia.com/urgenciaspsiquiatricas.

www.mailxmail.com/agitacionpsicomotriz

Esta enfermedad es una excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado

La actividad motora es la actitud, el reposo y el movimiento del individuo actuante. El ser humano se expresa (estado de ánimo, conciencia acerca de si mismo) y nos da información objetiva (estado de conciencia, orientación) a través de la mímica, los gestos, la actitud y los movimientos aislados o combinados.

El síndrome de **agitación psicomotriz** no constituye en sí mismo una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos, (consumo de tóxicos, ideas delirantes "el paciente piensa que le van a hacer daño o tiene miedo y su respuesta es un cuadro de agitación que rara vez cede con razonamientos, la confusión mental de origen neurológico puede provocar un cuadro de agitación, etc."). Varios estudios han demostrado, que aproximadamente el 10% de los individuos que llegan a los hospitales psiquiátricos han mostrado conductas violentas hacia otros individuos antes de su ingreso.

Este tipo de urgencia nos llega con un gran aparataje (ambulancia, policía, familiares, órdenes judiciales, etc.)

En la aparición de una conducta de violencia o agitación, en general se indican gran variedad de factores, tanto innatos como exógenos o ambientales, que interactúan entre sí y que deben ser identificados por el clínico en la evaluación del paciente, entre otras razones porque pueden tener implicaciones terapéuticas. Será relevante discriminar si el origen del cuadro de agitación es de tipo psíquico o físico. Este aspecto es muy importante dada la dificultad en la valoración del paciente, por su falta de colaboración, y la relación que esta conducta puede tener con problemas somáticos graves. Por tanto, y en cuanto sea posible, se deberá realizar una historia clínica completa y la exploración somática del paciente.

Acercamiento al sitio de la urgencia: Es deseable que haya una solicitud por la familia o por las autoridades competentes para acceder al lugar donde se encuentra un paciente en estado de agitación psicomotora. La ambulancia o vehículo de desplazamiento debe ubicarse cerca del domicilio, más no bajo ventanas o balcones por el riesgo de caída de objetos; debe estacionarse en posición de salida y nunca dentro de calles ciegas. Si el paciente está armado debe solicitarse apoyo a la policía; el equipo terapéutico ingresará al lugar sólo cuando el paciente se encuentre desarmado.¹³

¹⁴**Comportamiento Violento**

La ira y la violencia son manifestaciones del ser humano. La cólera se desata como respuesta a una serie de estímulos, normalmente externos, que provocan esa reacción violenta.

Ante una agresión externa es normal que a un individuo se le presenten varias alternativas posibles. Algunas personas se muestran indefensas y quedan paralizadas por el ataque, otras evaluando el peligro con prontitud optan por la huida. Un tercer grupo, sin embargo, tiene una reacción distinta e igualmente correcta: repeler la agresión.

Cuando un individuo experimenta ese aumento de excitación, el cuerpo responde segregando una mayor dosis de adrenalina, que le ayuda a ponerse en guardia y repeler con mayores garantías esa agresión.

Como en tantas ocasiones se ha repetido, el problema nunca estriba en desarrollar una respuesta ante un estímulo concreto, en este caso una reacción violenta ante un ataque externo. El problema surge cuando esa respuesta violenta se origina o bien cuando no existe un estímulo previo o bien la respuesta es totalmente desproporcionada al ataque.

¹⁴ homoinsanus.blogspot.com/2008/10/hipo.html/

www.rincondelasalud.com.es/hipo

Aprender a controlar nuestros impulsos sería la mejor opción posible para encauzar nuestra energía hacia metas saludables.

No obstante, detrás de los comportamientos violentos se esconden muchas veces causas mucho más profundas.

La causa más común del comportamiento violento es haberlo aprendido de otro. La mayoría de la gente iracunda procede de hogares iracundos. La ira desmedida se transmite de padres a hijos, igual que el color de la piel o del pelo o el parecido físico.

En estos hogares se entiende que es normal vivir siempre de mal humor ya que es único modo de hacerse respetar por lo demás y de solucionar cualquier problema.

En las familias coléricas nunca reina la paz o la armonía. Están acostumbrados a chillar continuamente, reñirse los unos a los otros por cualquier motivo. Siempre hay alguien enfadado con otro, que le echa la culpa de algo. Están acostumbrados a vivir con esa tensión constante y día tras día se reproducen las peleas hasta que los niños las asumen como algo normal.

Sin embargo, el nivel de violencia debe crecer para captar la atención de los demás. Así pueden llegar a situaciones de verdadera agresión física, puesto que después de haber discutido acaloradamente, haberse insultado y decirse cualquier cosa con tal de hacer daño al otro, únicamente les queda un grado para agredirse físicamente. El nivel de agresividad es de por sí tan alto que para superarlo sólo queda la violencia física.

No obstante, y aunque la mayoría de las personas violentas lo sean porque lo han aprendido dentro de su propia familia, pueden existir otras causas como, por ejemplo haber sido objeto uno mismo de abusos o de violencia física o sexual.

Para algunas personas la causa de su comportamiento violento se encuentra en padecer otras enfermedades, tanto físicas como psíquicas, que aumentan su propensión a la ira. Las

enfermedades crónicas, los dolores constantes, las depresiones son abono para comportamientos violentos.

Hipo Intratable

El hipo es tratado médicamente sólo en casos graves y persistentes (denominado "intratable"), El haloperidol (Haldol, un anti-psicótico y sedante), Metoclopramida (Reglan, un estimulante gastrointestinal), y la clorpromazina (Thorazine, un anti-psicótico, con fuertes efectos sedantes) se utilizan en casos de hipo intratable. En casos graves o resistentes, el baclofeno, un anti-espasmódico, es necesario a veces para reprimir el hipo. El tratamiento eficaz con sedantes a menudo requiere una dosis que deja al paciente inconsciente o muy aletargado. Por lo tanto, el tratamiento del singultus se hace a corto plazo, ya que el individuo afectado no puede continuar con las actividades de la vida normal mientras está tomando el medicamento.

Los hipos persistentes y difíciles se deben generalmente a un desequilibrio electrolítico (hipopotasemia, hiponatremia) y pueden curarse al beber una bebida gaseosa a la sal a fin de normalizar el equilibrio sodio-potasio en el sistema nervioso. La carbonatación mejora la rápida absorción.

El hipo es el sonido que aparece cuando el diafragma se contrae brusca e involuntariamente y provoca un cierre brusco de la glotis.

Se trata de un fenómeno frecuente que no reviste gravedad. Pero si este se hace persistente es necesario acudir al médico ya que éste puede ser consecuencia de una enfermedad base grave.

El hipo se puede **clasificar** en:

A.) *Transitorio o benigno* si dura menos de 48 horas

B.) *Persistente* si dura más de 48 horas

C.) *Crónico o intratable* que dura más de un mes

Otro tipo de clasificación se realiza en base a la causa que lo provoca:

- *primarios*: no derivan en principio de otra enfermedad
- *secundario*: aparece como consecuencia de otra enfermedad

Las **causas** de aparición del hipo generalmente se deben a:

- comer a gran velocidad
- ingerir alimentos picantes o calientes
- mezclar alimentos fríos y calientes
- alcoholismo
- como efecto secundario de un medicamento que se esté tomando
- pleuritis del diafragma
- alteración del estomago, esófago o el intestino
- accidente cardiovascular

Generalmente el hipo suele desaparecer por sí mismo al cabo de pocos minutos. Para ayudar a eliminarlo se pueden seguir los siguientes **consejos** caseros:

- contener la respiración
- respirar dentro de una bolsa de papel
- tomar una pequeña cucharada de azúcar

Si este persistiera ha de acudir al médico para que a través de la elaboración de una historia clínica completa se diagnostique la causa del hipo y se proceda a su eliminación a través de la administración de medicamentos o de procedimientos médicos más complejos

La administración intranasal de vinagre es considerada un método seguro y práctico para estimular la pared dorsal de la nasofaringe, donde se distribuye la rama faríngea del nervio glossofaríngeo (aférente del arco reflejo hipo).¹⁴

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

Descriptivo porque se describe el fármaco y sus efectos.

Retrospectivo porque se trata de probar una hipótesis planteada sobre la etiología del fármaco, son aplicados en la clínica y se estudia los efectos y las causas.

Corte transversal porque el estudio es durante un lapso de tiempo determinado.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

Nuestro estudio se realizó en el hospital psicosocial de Referencia Nacional “José Dolores Fletes” ubicado en el kilómetro 5 carretera sur – Managua el cual consta de tres tipos de atención:

Hospitalización o internamiento a través de tres tipos de salas:

- Estancia prolongada o crónico los cuales corresponde a los pabellones 2 y 5
- Estancia en agudos los cuales corresponde a los pabellones 3 y 4.
- El área de intervención en crisis UIC

Otros servicios que presta el hospital durante el día:

- Área de consulta externa
- Emergencia.

El Hospital psiquiátrico de referencia nacional consta de 190 camas, las cuales están divididas por pabellones

- Pabellón 5 : 50 camas
- Pabellón 2 : 30 camas
- Pabellón 3 : 50 camas
- Pabellón 4 : 50 camas
- UIC: 10 camas

3.3 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

- *Universo:* el universo está formado por todos los pacientes que fueron ingresados en los pabellones 3 (mujeres) y 4 (varones) en el Hospital en los meses correspondientes, para un total de 476 pacientes habiendo 182 mujeres y 294 varones.
- *Población:* Nuestra población corresponde al 80 % del universo, con todos los pacientes ingresados en el Hospital tratados con el fármaco Haloperidol para un total de 380 pacientes habiendo 235 en varones y 145 mujeres.
- *Muestra:* Para que el estudio sea representativo se tomó un 30 % de lo que formó nuestra población para un total de 114 pacientes, habiendo 70 varones y 44 mujeres; para corroborar nuestro resultado se utilizó el programa estadístico que se utiliza para estudios médicos Epi Info, obteniendo el mismo resultado lo ideal una muestra del 30% de la población.

Para seleccionar la muestra (114 pacientes) se utilizó la técnica de la muestra sistemática

$$N_{\text{Total}} = N_{\text{Población}} / N_{\text{Muestra}}$$

$$N_{\text{Total}} = 381/114$$

$$N_{\text{Total}} = 3.3$$

Para formar la muestra se seleccionaron las fichas de datos con un intervalo de 3 fichas, $n=n+3$ donde n tiene un valor inicial de 1.

3.3.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes ingresados en el pabellón 3 (mujeres) y 4 (varones) Tratados con el Haloperidol

- Pacientes que durante su ingreso presentaron reacción-extra piramidal que fueron tratados con Haloperidol en el periodo de tiempo estudiado.
- Pacientes que tengan edades entre 16 hasta 60 años.

3.3.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes que al ser ingresados no cumplan con los requisitos de estudios durante los meses de enero – junio.

3.4 VARIABLES

3.4.1 Clasificación de las Variables

Las variables del estudio fueron 4 que se operacionalización de la manera siguiente:

1. Característica socio demográficas generales:

- 1.1 Edad
- 1.2 Sexo
- 1.3 Estado civil
- 1.4 Procedencia
- 1.5 Grado de escolaridad

2. Pacientes Tratados con Haloperidol:

- 2.1 Diagnóstico de ingreso
- 2.2 Vías de administración
- 2.3 Duración del Tratamiento
- 2.4 Estadía Intrahospitalaria
- 2.5 Dosificación del Fármaco

3. Reacciones Extra Piramidales:

- 3.1 Parkinsonismo
- 3.2 Acatisia
- 3.3 Distonía Aguda
- 3.4 Discinesia Tardía
- 3.5 Temblor Peri bucal
- 3.6 Síndrome Maligno Agudo

4. Latencia de Reacciones Extrapiramidales:

4.1 1 – 4 Días

4.2 5 – 12 Días

4.3 13 – más Días

La variable independiente del estudio es el tratamiento con Haloperidol y la variable dependiente son las reacciones extrapiramidales.

3.4.2 Operacionalización de las variables

| <i>Variable</i> | <i>Definiciones operacionales</i> | <i>Indicador</i> | <i>Valores Escalares</i> |
|------------------------|--|----------------------|--|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la elaboración de expedientes. | Años | 16 – 26 27 – 37 38 – 48 49 – más |
| Sexo | Características genotípicas del individuo. | | Masculino–Femenino |
| Estado civil | | | Casado(a) Soltero(a) Unión libre(a) |
| Procedencia | Lugar de pertenencia | | Urbana y Rural |
| Grado de Escolaridad | Nivel académico formalmente alcanzado al momento de elaborar el expediente | | Analfabeta Primaria Secundaria Estudios superiores |
| Diagnóstico de Ingreso | Conocer los antecedentes del trascurso de su enfermedad | Patología Clínica | Esquizofrenia paranoide Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) Síndrome tourett Psicosis Comportamiento violento Hipo intratable |
| Vías de | El ingreso del fármaco al | | Intramuscular y Oral. |

| <i>Variable</i> | <i>Definiciones operacionales</i> | <i>Indicador</i> | <i>Valores Escalares</i> |
|---|---|---------------------------|---|
| Administración | organismo. | | |
| Duración del Tratamiento | Período en que se le administró el tratamiento al paciente | Días – Meses | 1 – 15 Días 16 – 30 Días 31 a más Días |
| Estadía Intrahospitalaria | Tiempo transcurrido el paciente dentro del hospital | Días – Meses | 1 – 10 Días 11 – 20 Días 21 a más Días |
| Dosificación del Fármaco | Cantidad específica administrada al paciente. | Miligramos, Mililitros | 5 mg |
| Tipo de Reacciones extrapiramidales | El tipo de efecto secundario que se presenta hasta el momento de la elaboración del expediente. | Efectos Secundarios | Parkinsonismo, Acatisia, Distonía aguda Discinesia tardía Temblor peri bucal, Síndrome Maligno Agudo |
| Tiempo de Duración Reacción extrapiramidal (Latencia) | Tiempo transcurrido desde el inicio del haloperidol hasta la aparición de efectos extrapiramidales. | Días, Semanas | 1 – 4 5 – 12 13 – Más |

3.5 MATERIALES Y METODOS

3.5.1. Materiales para Recolectar Información

- Se realizó un análisis documental como técnica, en base a la revisión de expedientes, utilizando la ficha de revisión de expediente como instrumento de recolección de datos, obteniendo las reacciones extrapiramidales en cada uno de los pacientes ingresados en los pabellones tres y cuatro del Hospital Psicosocial de Referencia Nacional “José Dolores Fletes”.
- Se elaboró un formulario con preguntas cerradas las cuales fueron contestadas a través de los datos encontrados a través en los expedientes clínicos, el cual es uno de los elementos más importantes dentro de la atención médica (Anexo 2).
- Monografías, Asesorías Médicas, Libros paralelos y página Web.

3.5.2. Materiales para Procesar Información

Los datos recolectados se procesaron por medio electrónico utilizando el programa estadístico informático SPSS Statistics 17.0.0 (Agosto 23, 2008), los resultados se presentaran en tablas y gráficos para facilitar su discusión realizando los gráficos en la aplicación de Manejo de Hojas de Cálculo Microsoft Excel 2007, el informe fue editado en la aplicación Microsoft Word 2007 la cual es usada para procesamiento de texto. (Anexo 3)

3.5.3 Métodos: Según el Tipo de Estudio

Se utilizó el método empírico: método de análisis documental por ser una investigación aplicada.

Método Teórico: Deductivo, de análisis y síntesis porque se está realizando una hipótesis y se están desagregando cada una de la variables.

4.1 RESULTADOS

Durante el periodo comprendido durante los meses de enero-junio del 2009 ingresaron al pabellón 4 y 3 respectivamente del hospital psiquiátrico nacional 381 pacientes tratados con el fármaco haloperidol de los cuales se seleccionó una muestra representativa del 30% lo cual fueron 114 pacientes.

Características Socio demográficas Generales:

Edad:

Entre las edades de 16-26 años hubo un total de 40 (35.1%) de pacientes, en el grupo de 27-37 años hay un total de 35 (30.7%) pacientes, entre los 38-48 años hay un total de 27 (23.7%) pacientes y en el último grupo de 49-60 años hay un total de 12 (10.5%) pacientes, los pacientes que obtuvieron un mayor ingreso fueron entre la edad de 16-26 años.

(Anexo 3).

Sexo:

En el hospital psicosocial “José Dolores Fletes Valle” tomando en cuenta la respectiva muestra hay un total de 114 pacientes, son 44 mujeres (38.6%) y 70 (61.4%) varones.

(Anexo 4).

Estado Civil:

De los 114 pacientes se encontraron 72 (63.2%) pacientes solteros, casados 28 (24.6%) pacientes y acompañados 14 (12.3%) pacientes, lo cual resulta que hay un mayor índice de pacientes solteros. *(Anexo 5).*

Procedencia:

En los expedientes revisados se encontró 83 (72.8%) pacientes de procedencia urbana y 31 (27.2%) pacientes de procedencia rural, lo cual hay un total de 114 pacientes y predomina los de procedencia urbana. (*Anexo 6*).

Grado de escolaridad:

En los pacientes ingresados hubo un total de 114 pacientes, se encuentran 24 (21.1%) pacientes analfabeta, en nivel primario 55 (48.2%) pacientes, secundaria 27 (23.7%) pacientes y en estudios superiores 8 (7%) pacientes, nos indica que se encontró un mayor porcentaje en el nivel primario. (*Anexo 7*).

Pacientes Tratados con Haloperidol:

Diagnostico de ingreso:

En el hospital con los diferentes diagnósticos de ingreso hubo diversas patologías clínicas en un total de 114 pacientes , encontrándose 24 (21.1%) pacientes en la esquizofrenia paranoide, en el trastorno afectivo bipolar 27 (23.7%) pacientes, en el síndrome de tourett 10 (8.8%) pacientes , en el trastorno psicótico agudo 23 (20.2%) pacientes, en el comportamiento violento 4 (3.5%) pacientes, en el hipo intratable 1 (0.9%) pacientes , en el trastorno mental orgánico 22 (19.3%) y en el síndrome depresivo 3 (2.6%) pacientes, de lo cual se observó que el trastorno afectivo bipolar fue el diagnóstico de más ingreso en el hospital durante este periodo de tiempo. (*Anexo 8*).

Vías de administración:

De los 114 pacientes ingresados se encontraron 97 (85.1%) pacientes que se le administraba por vía oral, por vía intravenosa 6 (5.3%) y por ambas vías de administración encontramos 11 (9.6%) pacientes, la más utilizada es por vía oral. (*Anexo 9*).

Duración del tratamiento:

En los expedientes clínicos revisados hubo un total de 114 pacientes, el cual la duración del tratamiento fue de 1-15 días 87 (76.3%) pacientes, de 16-30 días 32 (19.3%) y de 30 a más días 5 (4.4%) pacientes. (*Anexo 10*).

Estadía Intrahospitalaria:

De los 114 pacientes que ingresaron al hospital, 58 pacientes (50.9%) permanecieron de uno a diez días, de once a veinte días 41 (36.0%) y de veinte y uno a más días 15 (13.2%), el mayor porcentaje de estadía intra hospitalaria fue de uno a diez días. (*Anexo 11*).

Dosificación del Fármaco:

De los 114 expedientes revisados en el hospital, todos fueron tratados con haloperidol con dosis de 5mg, estas fueron administradas vía oral o intravenosa, o ambas.

Reacciones Extrapiramidales

Tipos de Reacciones Extrapiramidales:

De los 114 pacientes que ingresaron 32 de ellos presentaron reacciones extrapiramidales, 7 presentaron Parkinsonismo (21.88%), 6 Acatisia (18.75%), 9 Distonía Aguda (28.13%), 4 Discinesia Tardía (12.5%), 3 Temblor Peribucal (9.38%), 3 Síndrome Maligno Agudo (9.38%), encontrando que la Distonia Aguda ocupa el primer lugar en reacciones extra piramidales. (*Anexo 12*).

Latencia de Reacciones Extrapiramidales

De los 32 pacientes que presentaron reacciones extrapiramidales, con un tiempo de duración de uno a cuatro días 4 pacientes (75%), de cinco a doce días 2 (9.38%) y de trece a más días 5 pacientes (15.63%), (*Anexo 13*).

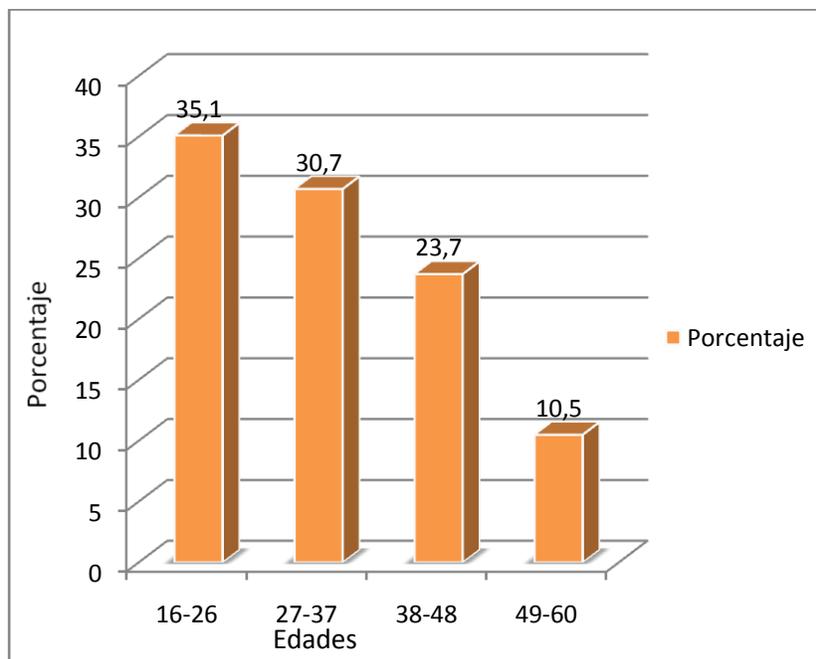
4.2 ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

En relación sexo-edad predomino en el mayor porcentaje de ingreso en el estudio el sexo masculino sobre el sexo femenino, con respecto a los informes estadísticos del Hospital “José Dolores Fletes” reflejan el mismo predominio y también en las monografías realizadas por el Dr. Rocha y la Dra. Brenes, conforme a las edades con mayor demanda fueron entre 16-26 años para ambos sexos, seguido de las edades de 27 – 37 años, luego los de 38 – 48 años, 49- 60 años.

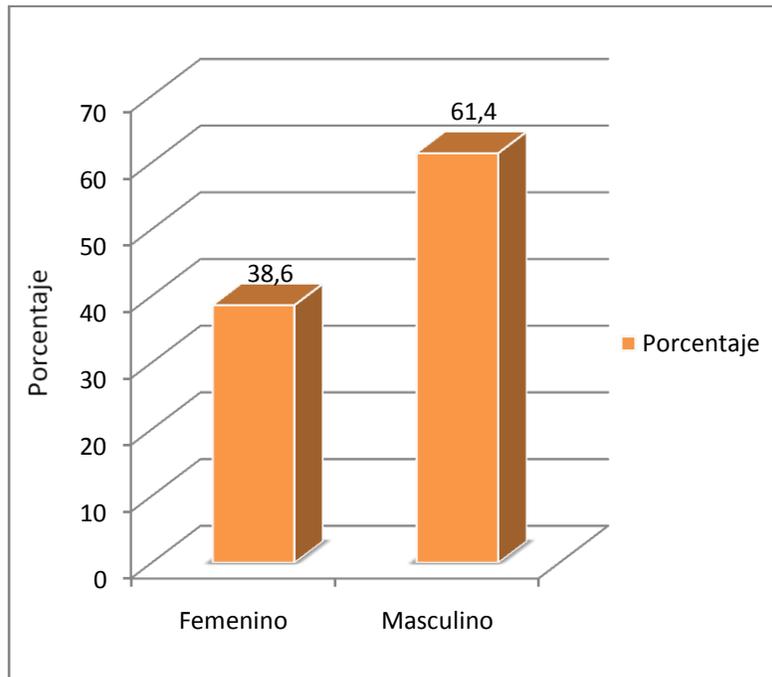
Hemos llegado a la conclusión que los jóvenes son los que más padecen de estas enfermedades mentales ya que son muy vulnerables a los problemas psicológicos.

➤ Edad



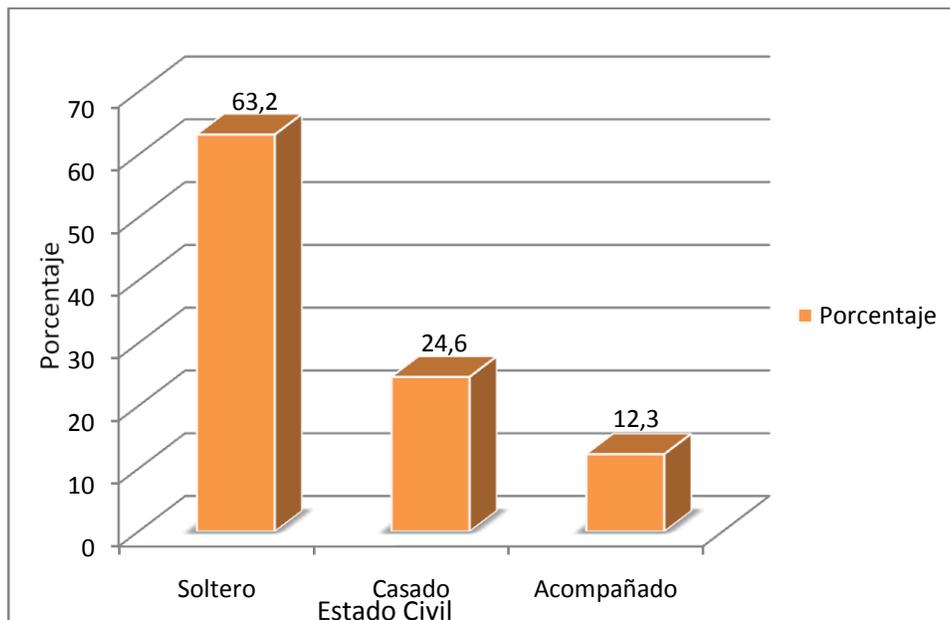
Fuente: Ficha de recolección de datos.

➤ Sexo



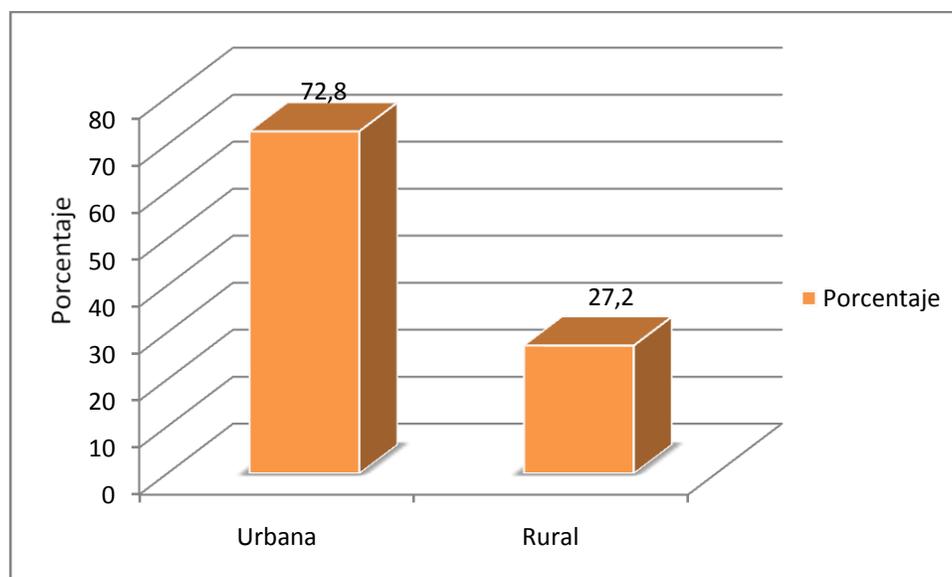
Fuente: Ficha de recolección de datos.

➤ Estado Civil



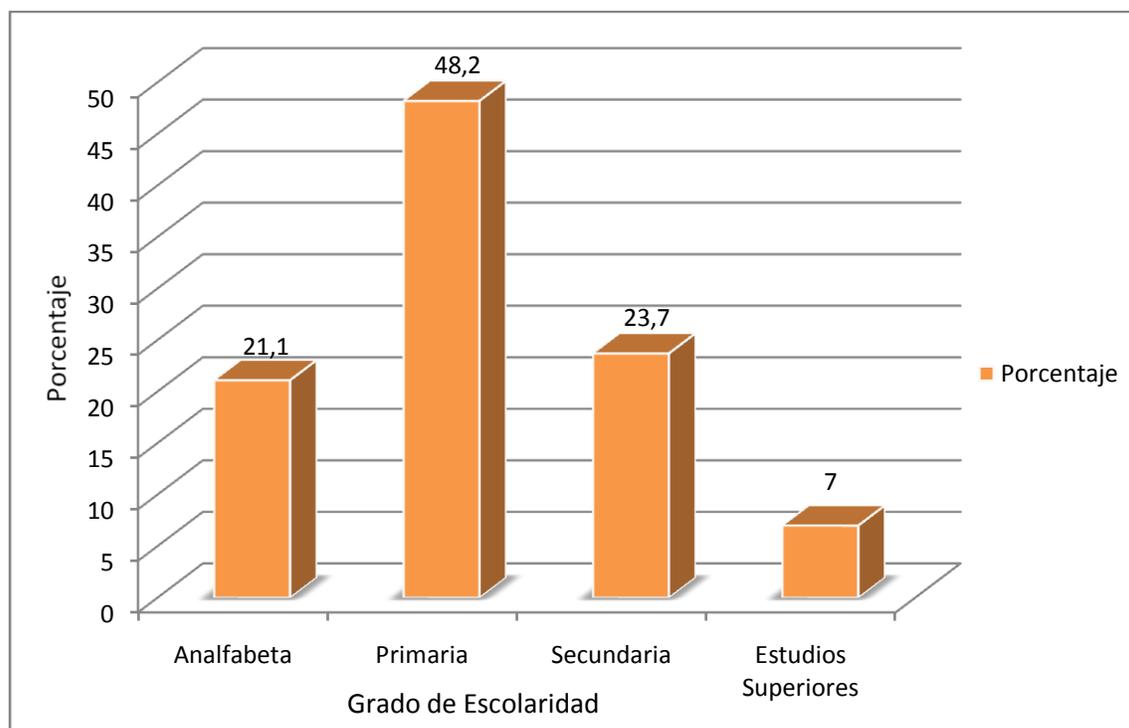
Fuente: Ficha de recolección de datos.

➤ Procedencia



Fuente: Ficha de recolección de datos.

➤ Grado Escolaridad



Fuente: Ficha de recolección de datos.

PACIENTES TRATADOS CON HALOPERIDOL

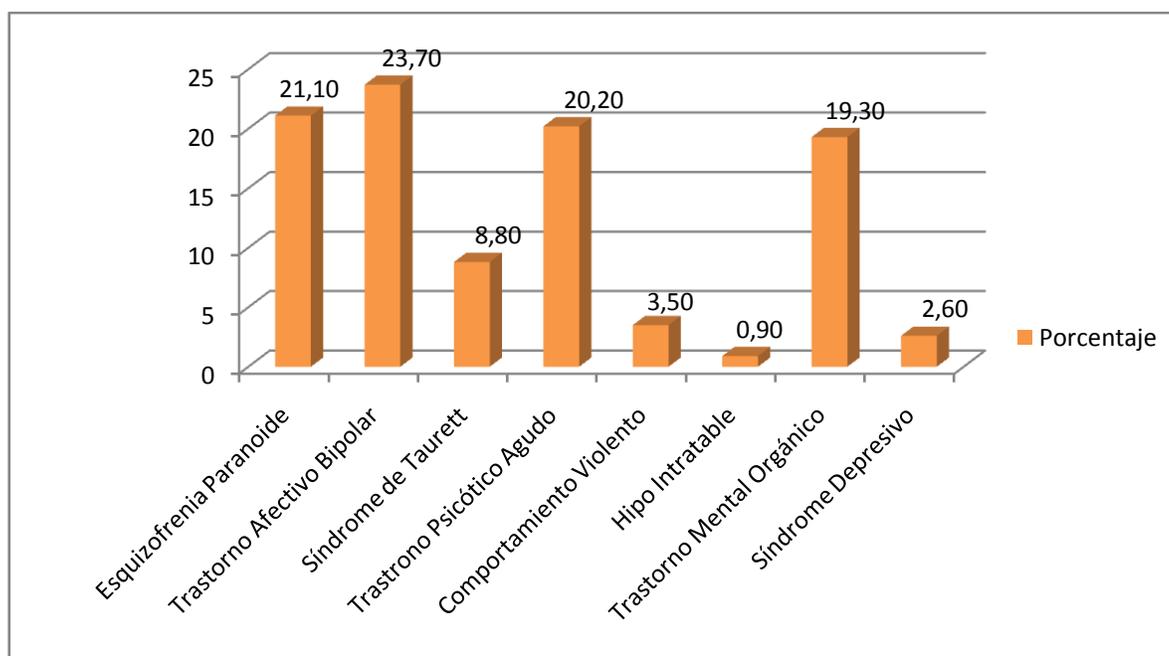
A la mayoría de los pacientes que son ingresados en el Hospital Psicosocial les administran el fármaco Haloperidol.

En relación al diagnóstico con mayor ingreso que hubo en los meses de Enero – Junio del 2009 en el Hospital Fue Trastorno Afectivo Bipolar con un 23.68% seguido de la Esquizofrenia Paranoide con 21.05%, existe mucha discrepancia en la prevalencia de estas enfermedades por la implementación de diferentes metodologías (por ejemplo medio rural vs urbano) y la diferentes definiciones de estas enfermedades mentales puesto que estas enfermedades tienden hacer crónicas todo esto según la literatura del manual de diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales De Masson.

Otros diagnósticos predominantes fueron el trastorno mental orgánico y el trastorno psicótico agudo, lo que corresponde con las causas principales de morbilidad hospitalaria, la efectividad de los antipsicóticos está claramente establecida, y la ausencia del tratamiento farmacológico durante un episodio agudo va a producir un efecto nocivo a largo plazo que solo se hacen evidente al cabo de cinco años, por lo que la elección del tratamiento debe partir del concepto de que los antipsicóticos a excepción de que la Clozapina y Fisperidona tienen las mismas propiedades y se utilizan en dosis equivalentes, en cuanto al tratamiento de los trastornos mentales orgánicos, especialmente el haloperidol por su bajo perfil anticolinérgico, hipotensor y sedante, es uno de los medicamentos preferidos iniciando siempre con dosis bajas.

Cabe mencionar que de las diversas patologías con las que fueron ingresados los pacientes al hospital son tratadas con el fármaco Haloperidol, lo cual concuerda con la literatura revisa en el formulario Nacional de Medicamento y el Manual de Merck que el trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia paranoide el fármaco era indicado para las patologías correspondientes.

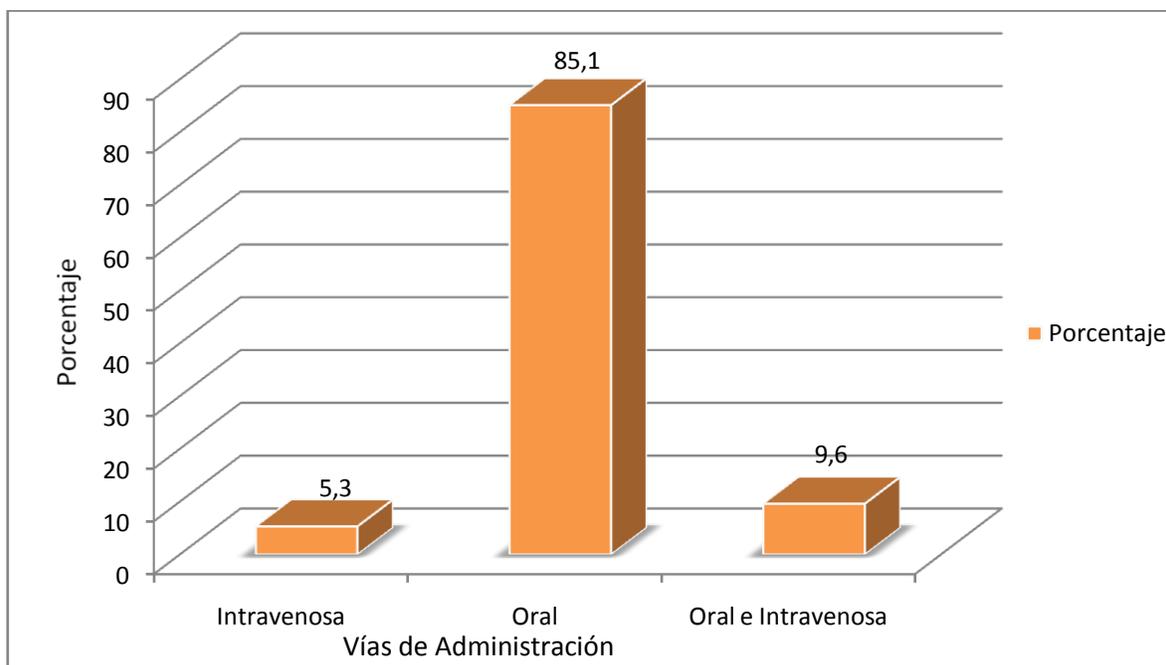
➤ Diagnóstico de Ingreso



Fuente: Ficha de recolección de datos.

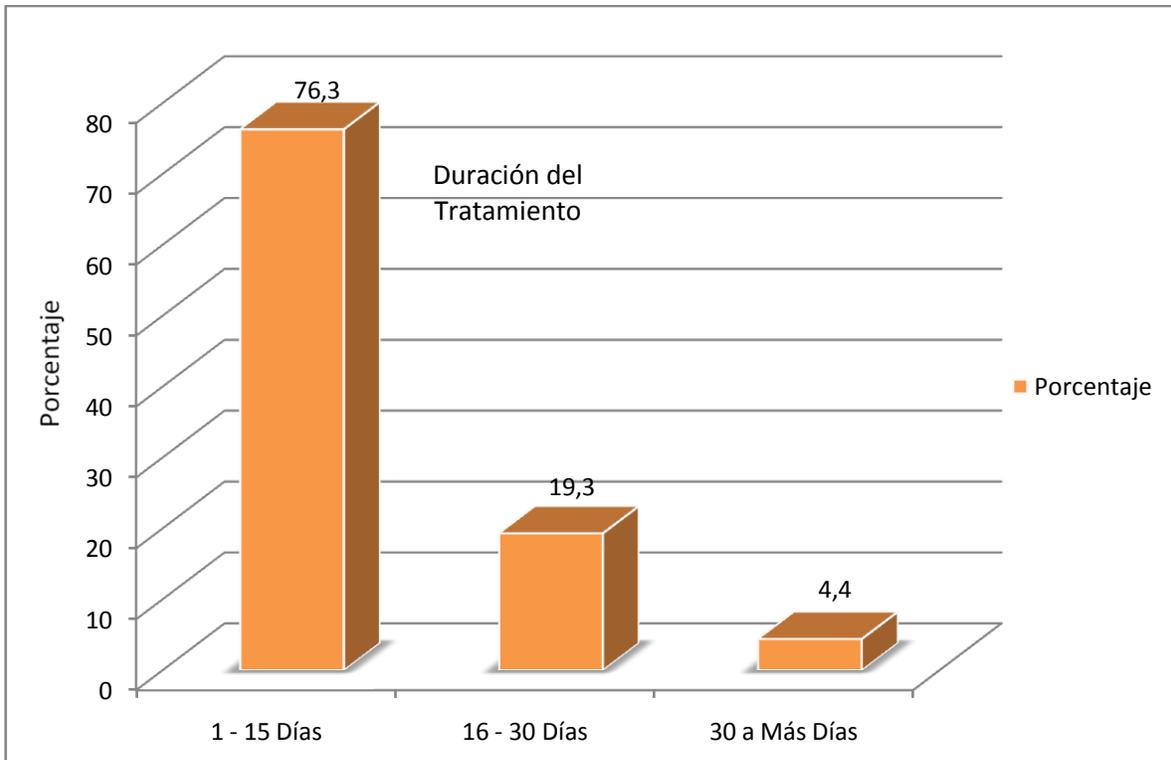
➤ Vías de administración

Según el formulario Nacional de medicamento indicado por el MINSA nos proporciona solo Haloperidol de 5 mg en vía oral y 5 mg en vía Intramuscular por tal razón el hospital es una institución del gobierno y les brinda a sus pacientes el medicamento en existencia en el estado.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

➤ Duración del Tratamiento



Fuente: Ficha de recolección de datos.

REACCIONES EXTRA PIRAMIDALES

➤ Tipo de Reacciones Extrapiramidales

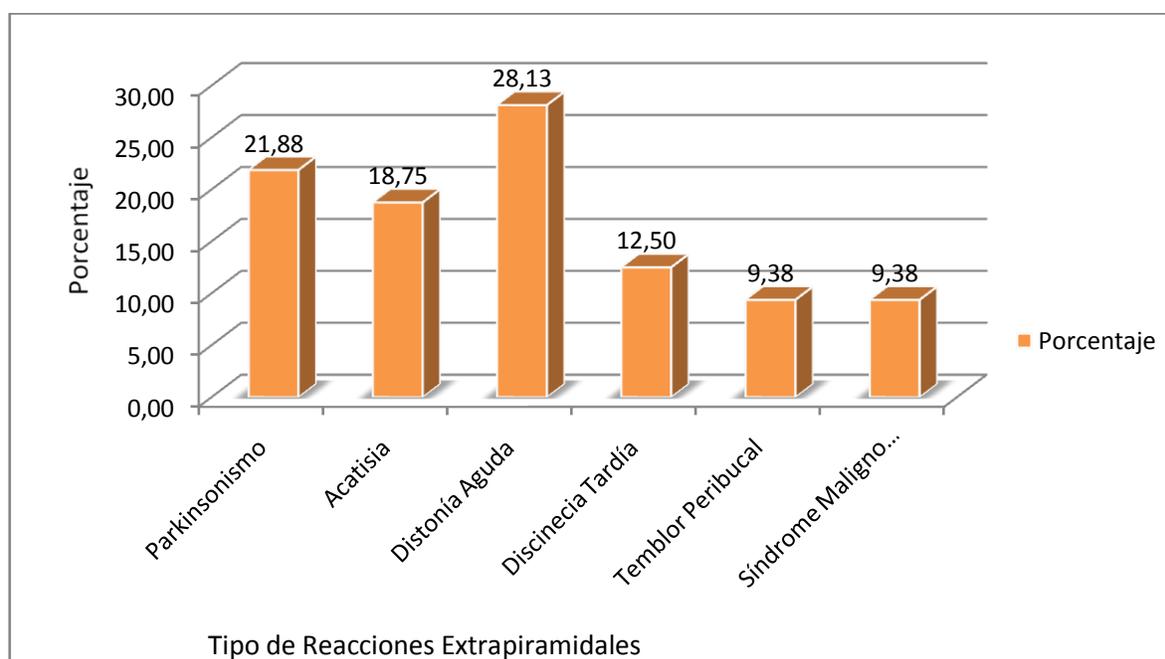
Según la literatura de las Bases farmacológicas de la terapéutica Goodman y Gilman en relación a los antipsicóticos como es Haloperidol nos indica que causa reacciones extra piramidales, en el estudio nos indica que se encontró pocas reacciones extrapiramidales, pero este fármaco es utilizado de primera elección en este hospital por su forma parenteral disponible ya que llega a realizar su acción farmacológica más rápida que otros antipsicóticos pero conlleva a una desviación muy usual en estos pacientes psiquiátricos como son los síndromes extra piramidales ya que para contrarrestar estas reacciones se utilizan otros fármacos como son : anticolinérgicos, antiparkinsoniano, antihistamínicos, y benzodiazepina.

De 114 pacientes que ingresaron en el pabellón tres y cuatro en el Hospital, 28.07% de ellos presentaron reacciones extrapiramidales siendo un equivalente a 32 pacientes afectados.

Conforme a las reacciones adversas a psicofármacos encontramos que la Distonía Aguda predominó con un 28.12%, seguida del parkinsonismo 21.87%, y la acatisia un 18.75%.

Estas reacciones se presentaron mayormente durante periodos de uno a cuatro días, según la literatura revisada, la distonía se presenta en un 50% de los casos en las primeras cuarenta y ocho horas, y en un 90% en los primeros cinco días, un efecto que no está en nuestro objetivo de estudio, pero es muy importante mencionarlo es el efecto sedante, ya que todos los antipsicóticos tienen efectos sedantes, siendo la fenotiacinas alifáticas y la clozapina, los fármacos que producen más sedación, las butirofenonas como el haloperidol, tienen un efecto sedativo poco significativo.

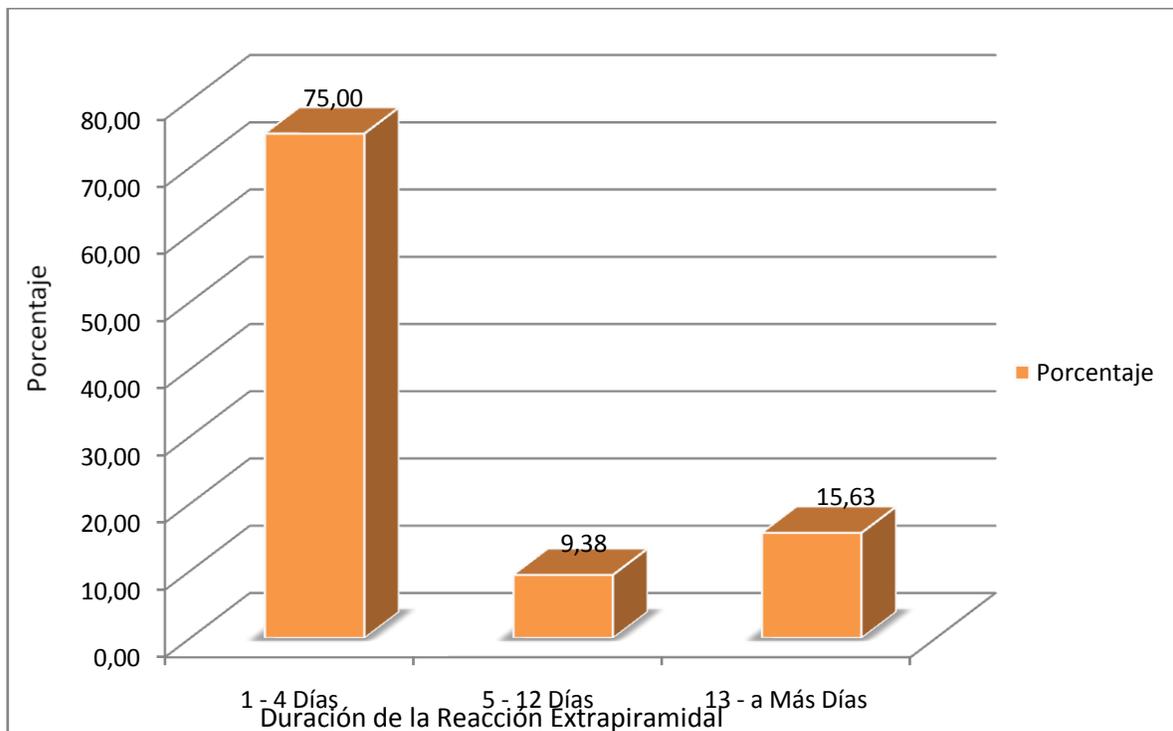
Todos los fármacos no son seguros.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

LATENCIA

➤ Duración de la Reacción Extrapiramidal



Fuente: Ficha de recolección de datos.

5.1 CONCLUSIONES

- En relación a los factores socio demográficos que presentaron los pacientes ingresados a la unidad de agudo del Hospital Psicosocial de Referencia Nacional “José Dolores Fletes” encontramos que el sexo masculino superó al femenino, predominando las edades de 16 – 26 años que fueron los pacientes con mayores ingresos, el mes de ingreso que mayor porcentaje obtuvo fue el mes de marzo, un 72.80 % de pacientes fue de zona urbana contra zona rural, la mayoría de los pacientes tienen un grado de escolaridad de primaria y presentan un estado civil de soltería.
- Con respecto a la identificación de los pacientes tratados con Haloperidol la mayoría de los pacientes ingresados en el Hospital son Tratados con este fármaco lo cual facilitó el estudio también el tipo de diagnóstico, el que obtuvo mayor frecuencia fue el Trastorno Afectivo Bipolar con un 23.68% Seguido de la Esquizofrenia Paranoide, Trastorno Psicótico, trastorno mental Orgánico con respecto a las vías de administración la que predominó más fue por vía oral en un 85.08%, la duración del tratamiento fue mayor de 1 – 15 días igual manera la estancia intra hospitalaria.
- De acuerdo a los 32 pacientes que presentaron reacciones extra piramidales en relación a su clasificación de dichas reacciones la reacción con mayor predominio fue la Disonía Aguda con 28.12% seguida del Parkinsonismo y Acatisia.
- El tiempo duración de la reacción o tiempo de latencia de acuerdo a la reacción extrapiramidal fue de uno a cuatro días en la mayoría de los pacientes que presentaron reacción.

6.1 RECOMENDACIONES

A los Médicos y Personal de Enfermería:

- 1- Realizar un monitoreo o vigilancia continua a los pacientes en los primeros días de tratamiento para detectar tempranamente las reacciones extrapiramidales e iniciar corrección inmediata.
- 2- Iniciar con bajas dosis de Haloperidol en el tratamiento de las psicopatologías.
- 3- Mejorar la escritura en los expedientes ya que es un factor que influye en la variación de la información.
- 4- Considerar el riesgo y beneficio cuando se presenta la necesidad de agregar un antipsicótico.
- 5- A todo paciente de primer ingreso que se le administre Haloperidol se debe tener mucha cautela y valoración más continua por la aparición de cualquier reacción.

A la Administración:

- 6- Instituir educación permanente estableciendo medidas en el personal que se consignen en el expediente si hay duda.
- 7- Capacitar permanentemente al personal de enfermería y auxiliares en temas relacionados a las reacciones extrapiramidales.
- 8- Usar el perfil farmacológico para el registro de las reacciones extrapiramidales ya que es un elemento gerencial para hacer cambios oportunos en el manejo de los pacientes.

Al Departamento de Química:

- 9- Continuar realizando estudios de este tipo para evaluar la situación actual en fármaco vigilancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Joel G. Hardman, Lee E. Limbird, Alfred Goodman Gilman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Volumen I. Décima Edición

- Anónimo. Eutimia.Com – Salud Mental.
<http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antipsicoticos/haloperidol.htm>

- <http://es.wikipedia.org/wiki/Haloperidol>

- Formulario Nacional de medicamentos (FNM) CIMPS.

- Tsuang, Ming T.; William S. Stone, Stephen V. Faraone (July de 2000). «Toward Reformulating the Diagnosis of Schizophrenia» *American Journal of Psychiatry*. Vol. 157. Nº 7. pp. 1041–1050

- Monografía “Reacciones adversas medicamentosas de los neurolépticos en pacientes ingresados en los servicios de agudos y en crisis del hospital docente de atención psicosocial "Dr. Jose Dolores Fletes Valle"” autor: Dra. Karla Patricia Brenes Alvarado, residente de psiquiatría I. febrero de 2009.

- Manual Merck sección 15→trastornos psiquiátricos, capítulo 189→trastornos bipolares.

- <http://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>

- Belloch, A., Sandín, B. (1996): *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill Interamericana. España.

- CIE 10, *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (1992) Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator.

- DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1997).
Barcelona. Masson.

- Vila, J., Fernández, M. (1990): *Activación y conducta*. Madrid. Alhambra.

- Vallejo-Nágera, J. A. (1997): *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Madrid.
Ed. Salvat.

- PICHOT, Pierre; LÓPEZ – IBOR ALIÑO, Juan J.; VALDÉS MIYAR, Manuel, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson S.A., Edición 1995.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuadro comparativo de los efectos extrapiramidales.

Según Goodman y Gilman Las bases farmacológica de la terapéutica pag n°478

| <i>Efectos Neurológicos adversos de los Neurolépticos</i> | | | | |
|---|---|--|-----------------------------|---|
| REACCION | ASPECTOS | TIEMPO DE RIESGO MAXIMO | MECANISMO PROPUESTO | TRATAMIENTO |
| Distonía Aguda | Espasmo de los músculos de la lengua, cara, cuello y dorso; puede dar la impresión de convulsiones; no es histeria. | 1-5 días | No se conoce. | Los antiparkinsonianos son diagnósticos y curativos. |
| Acatisia | Inquietud motora; no es ansiedad ni "agitación". | 5-60 días | No se conoce. | Reducir la dosis o cambiar de fármaco; pueden ser de utilidad los antiparkinsonianos, las benzodiacepinas o el propranolol. |
| Parkinsonismo | Bradincenesia, rigidez, temblor variable, facies de máscara, marcha pesada. | 5-30 días; puede recurrir incluso después de una dosis única | Antagonismo de la dopamina. | Resultan útiles los antiparkinsonianos. |

| REACCION | ASPECTOS | TIEMPO DE RIESGO MAXIMO | MECANISMO PROPUESTO | TRATAMIENTO |
|--|--|--|---|--|
| Síndrome neuroléptico maligno | Catatonía, estupor, fiebre, presión arterial inestable, mioglobinemia; pueden ser letales. | Semanas; quizá persista durante días después de la administración del neuroléptico | Puede contribuir al antagonismo de la dopamina. | Detener de inmediato el neuroléptico; pueden ser de utilidad el dantroleno o la bromocriptina, no son eficaces los antiparkinsonianos. |
| Temblor peribucal ("síndrome del conejo"). | Temblor peribucal (puede ser una variante tardía del parkinsonismo). | Después de meses o años de tratamiento. | No se conoce | Suelen resultar útiles los antiparkinsonianos. |
| Discinesia Tardía | Discinesia bucofacial; coreoatetosis o distonía generalizada | Después de meses o años de tratamiento (peor durante la abstinencia). | Se supone una función excesiva de la dopamina. | Es crucial la prevención; el tratamiento es insatisfactorio. |

➤ Diagnostico de Ingreso:

- a) Esquizofrenia Paranoide
- b) Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)
- c) Síndrome de Taurett
- d) Trastorno Psicótico Agudo (Psicosis)
- e) Comportamiento Violento
- f) Hipo intratable
- g) Trastorno Mental Orgánico
- h) Síndrome Depresivo

➤ Vías de Administración del Medicamento:

- a) Intramuscular
- b) Oral
- c) Ambas Vías

➤ Duración del Tratamiento:

- a) 1- 15 Días
- b) 16- 30 Días
- c) 31- Más días

➤ Estancia Intrahospitalaria:

- a) 1- 10 Días
- b) 11- 20 Días
- c) 21- Más días

➤ Tipo de Reacción Extra piramidal:

- a) Parkinsonismo
- b) Acatisia
- c) Distonía Aguda
- d) Discinesia Tardía
- e) Temblor Peri bucal
- f) Síndrome Maligno Agudo

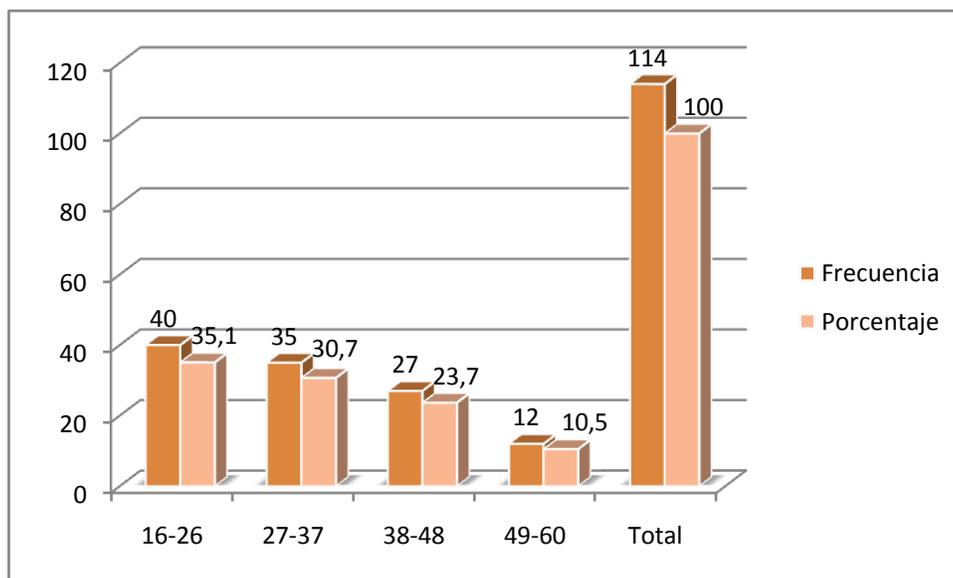
➤ Tiempo de Duración de la reacción:

- a) 1 – 4 Días
 - b) 5- 12 Días
 - c) 13- Más días
-

ANEXO 3

Edad

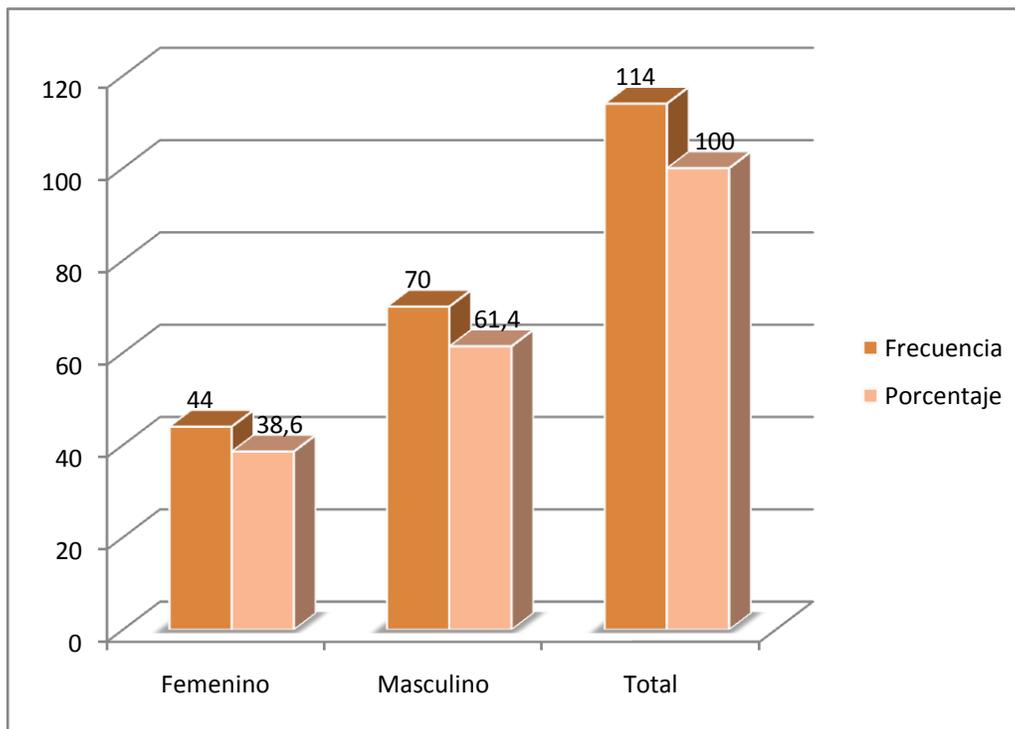
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 16-26 | 40 | 35,1 | 35,1 | 35,1 |
| 27-37 | 35 | 30,7 | 30,7 | 65,8 |
| 38-48 | 27 | 23,7 | 23,7 | 89,5 |
| 49-60 | 12 | 10,5 | 10,5 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 4

Sexo

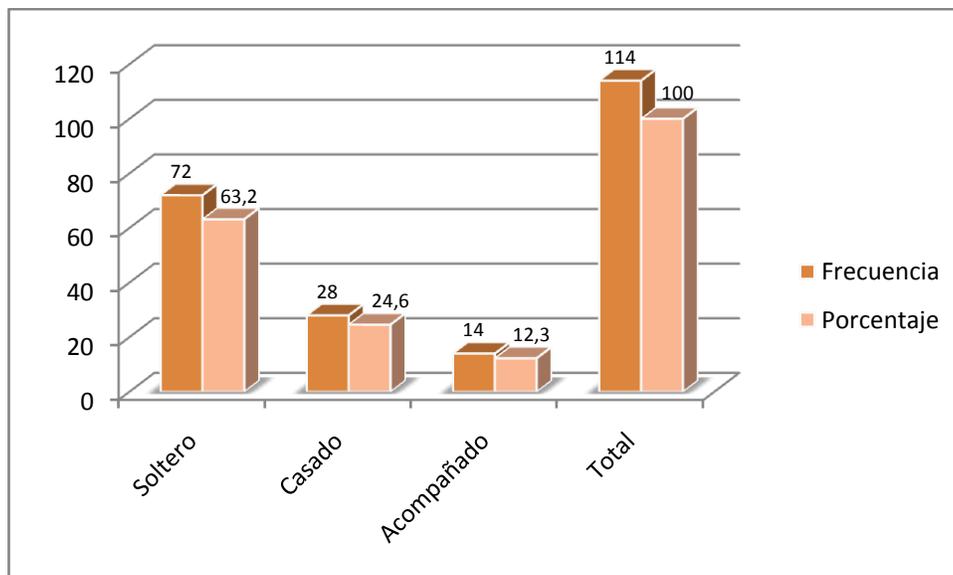
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Femenino | 44 | 38,6 | 38,6 | 38,6 |
| Masculino | 70 | 61,4 | 61,4 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 5

Estado Civil

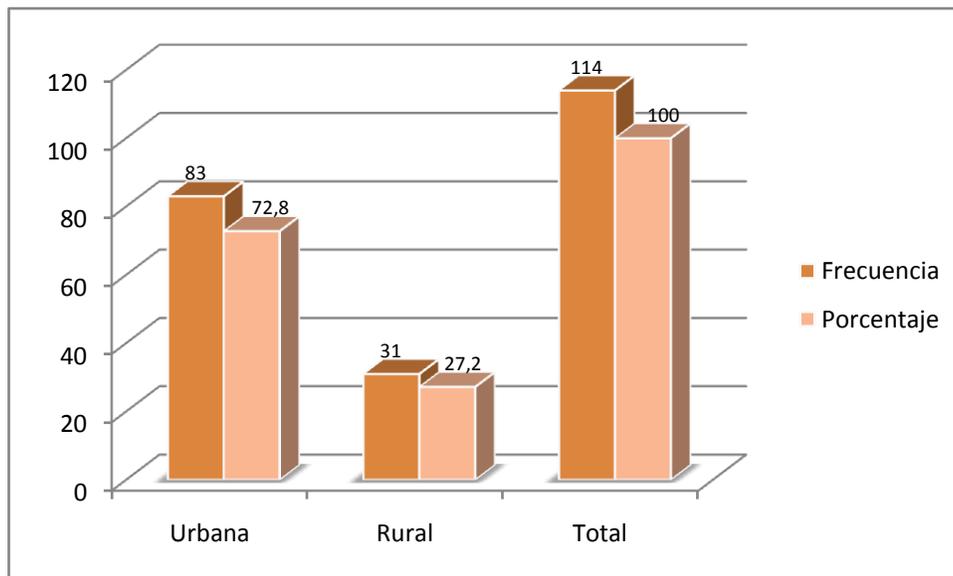
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Soltero | 72 | 63,2 | 63,2 | 63,2 |
| Casado | 28 | 24,6 | 24,6 | 87,7 |
| Acompañado | 14 | 12,3 | 12,3 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 6

Procedencia

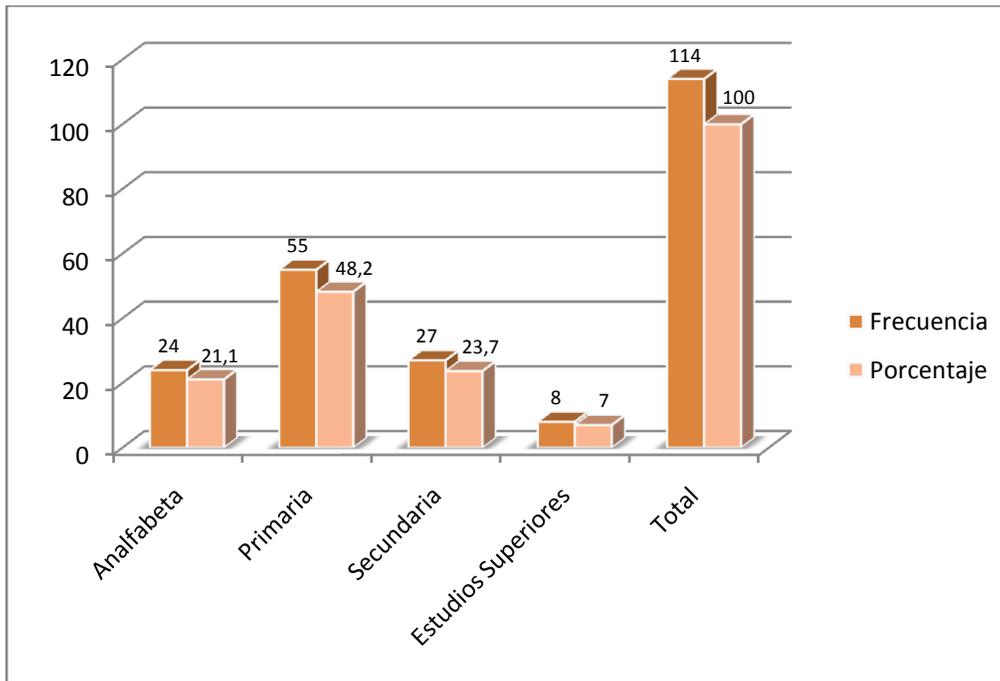
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Urbana | 83 | 72,8 | 72,8 | 72,8 |
| Rural | 31 | 27,2 | 27,2 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 7

Escolaridad

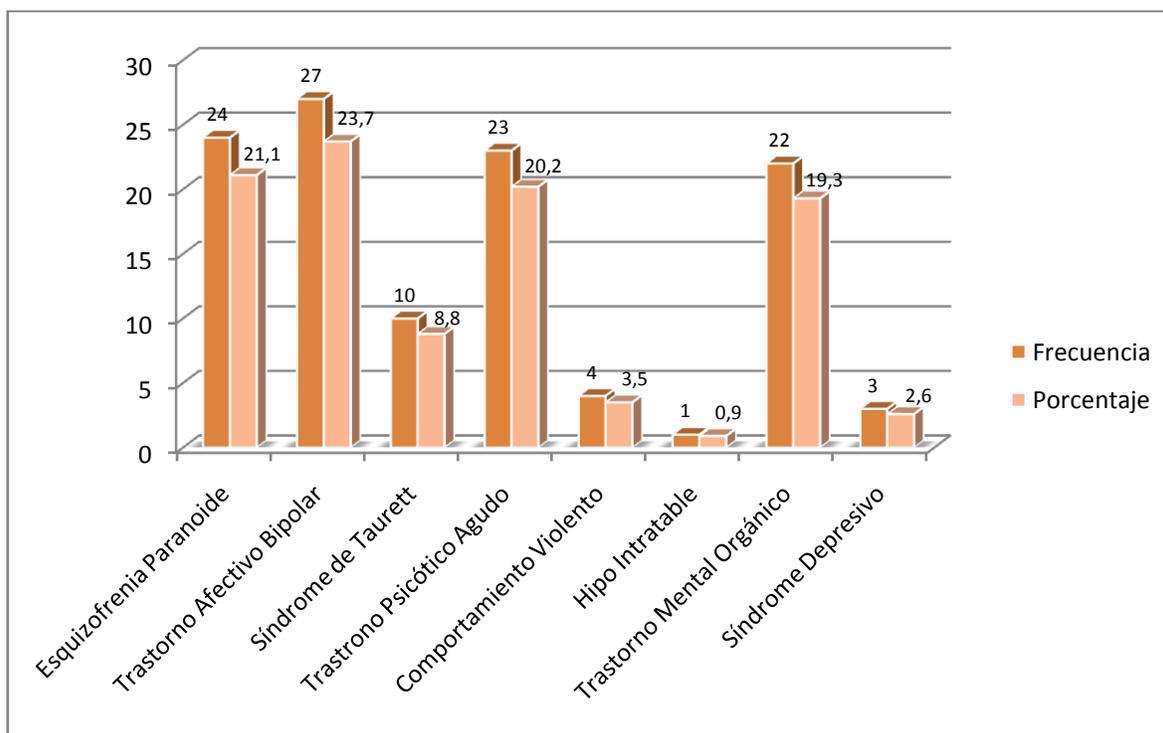
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Analfabeta | 24 | 21,1 | 21,1 | 21,1 |
| Primaria | 55 | 48,2 | 48,2 | 69,3 |
| Secundaria | 27 | 23,7 | 23,7 | 93,0 |
| Estudios Superiores | 8 | 7,0 | 7,0 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 8

Diagnóstico de Ingreso

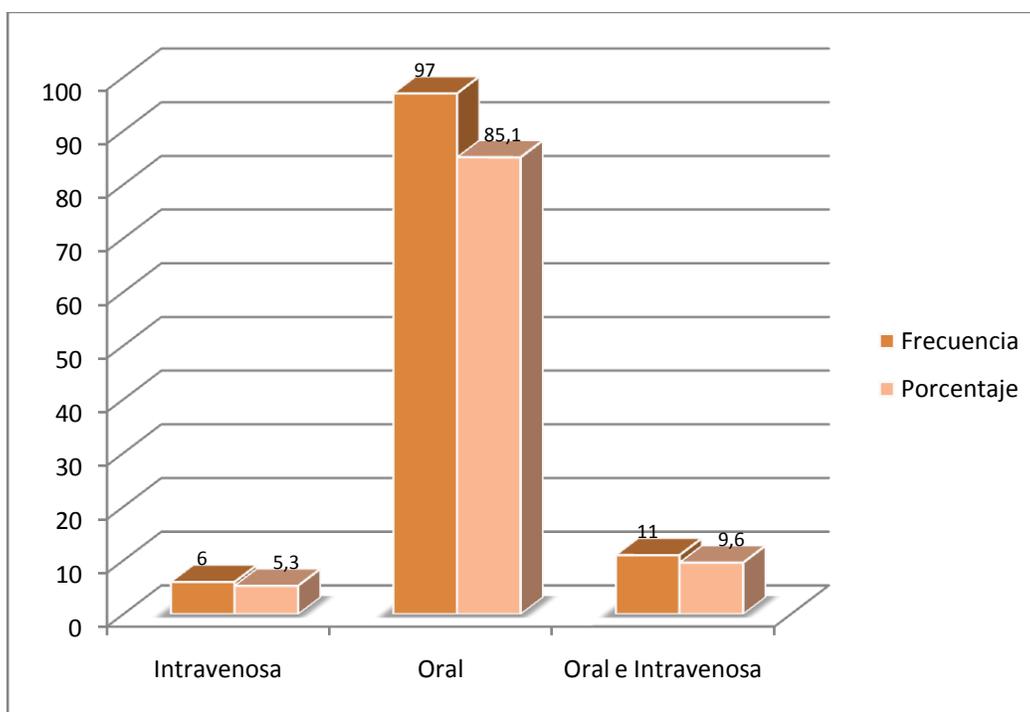
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Esquizofrenia Paranoide | 24 | 21,1 | 21,1 | 21,1 |
| Trastorno Afectivo Bipolar | 27 | 23,7 | 23,7 | 44,7 |
| Síndrome de Taurett | 10 | 8,8 | 8,8 | 53,5 |
| Trastrono Psicótico Agudo | 23 | 20,2 | 20,2 | 73,7 |
| Comportamiento Violento | 4 | 3,5 | 3,5 | 77,2 |
| Hipo Intratable | 1 | ,9 | ,9 | 78,1 |
| Trastorno Mental Orgánico | 22 | 19,3 | 19,3 | 97,4 |
| Síndrome Depresivo | 3 | 2,6 | 2,6 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 9

Vías de Administración

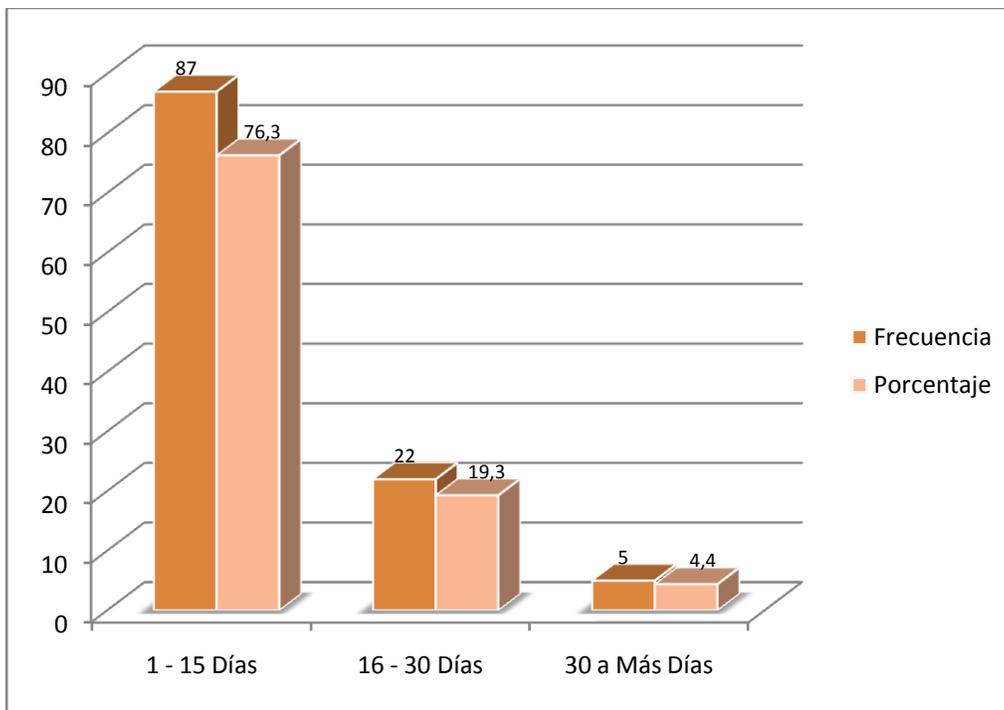
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Intravenosa | 6 | 5,3 | 5,3 | 5,3 |
| Oral | 97 | 85,1 | 85,1 | 90,4 |
| Oral e Intravenosa | 11 | 9,6 | 9,6 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 10

Duración del Tratamiento

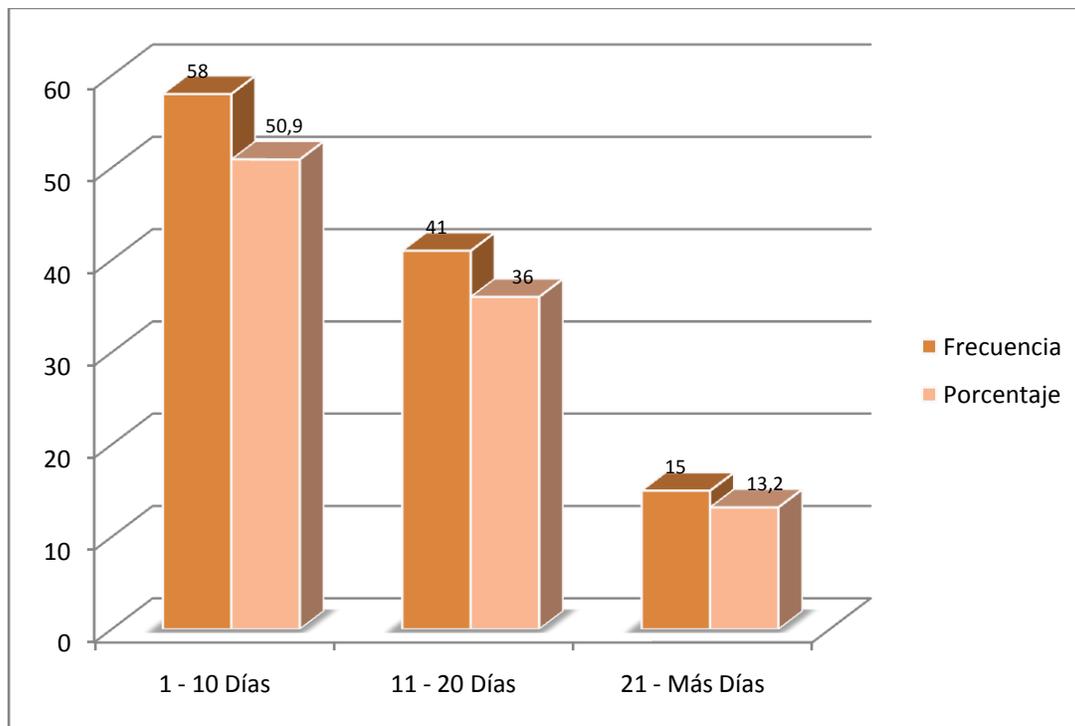
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 1 - 15 Días | 87 | 76,3 | 76,3 | 76,3 |
| 16 - 30 Días | 22 | 19,3 | 19,3 | 95,6 |
| 30 a Más Días | 5 | 4,4 | 4,4 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 11

Estancia Hospitalaria

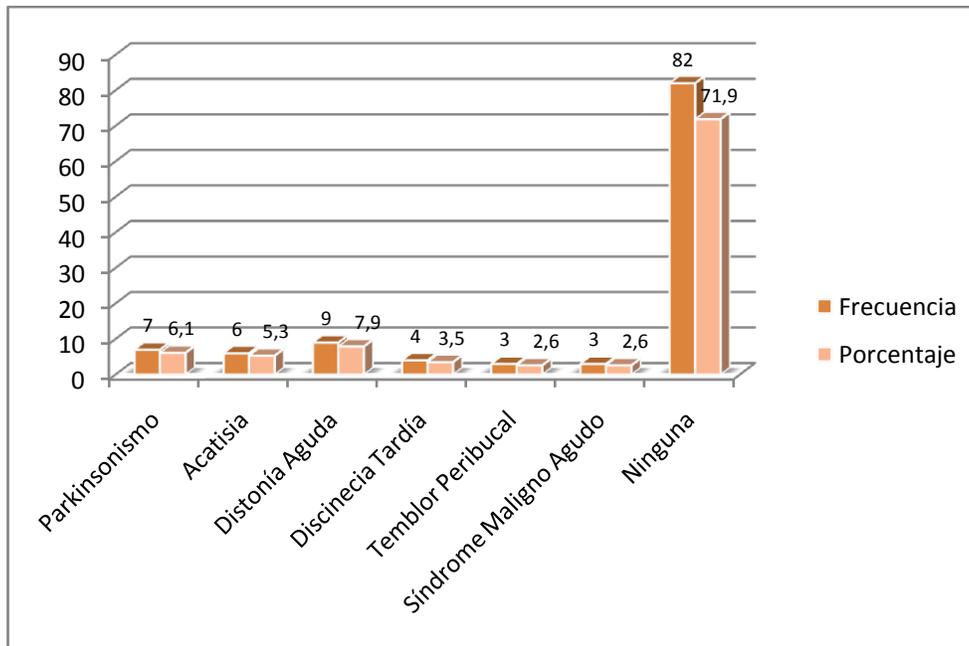
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 1 - 10 Días | 58 | 50,9 | 50,9 | 50,9 |
| 11 - 20 Días | 41 | 36,0 | 36,0 | 86,8 |
| 21 - Más Días | 15 | 13,2 | 13,2 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 12

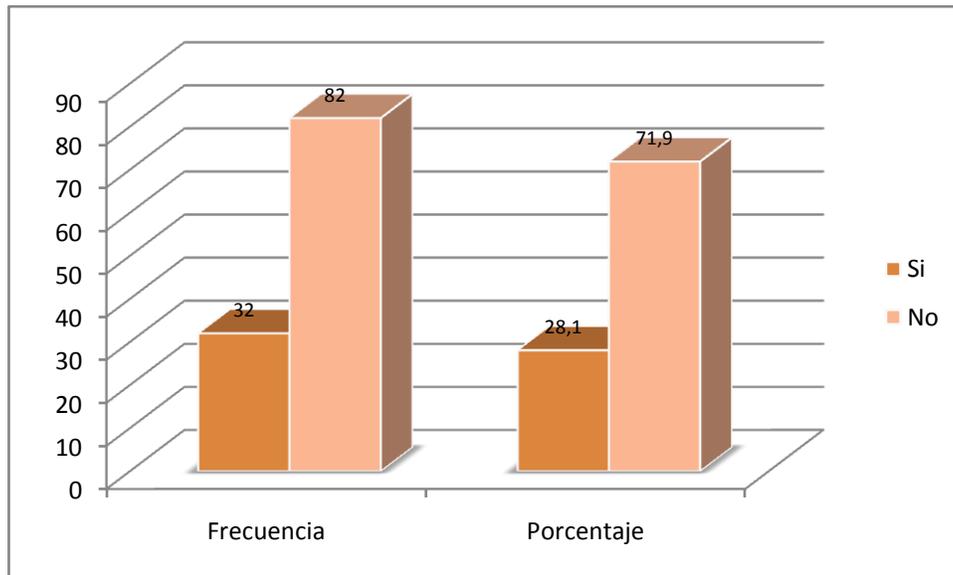
Tipo de Reaccion Extrapiramidal

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Parkinsonismo | 7 | 6,1 | 6,1 | 6,1 |
| Acatisia | 6 | 5,3 | 5,3 | 11,4 |
| Distonía Aguda | 9 | 7,9 | 7,9 | 19,3 |
| Discinecia Tardía | 4 | 3,5 | 3,5 | 22,8 |
| Temblor Peribucal | 3 | 2,6 | 2,6 | 25,4 |
| Síndrome Maligno Agudo | 3 | 2,6 | 2,6 | 28,1 |
| Ninguna | 82 | 71,9 | 71,9 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



Presentó Reacción Extrapiramidal

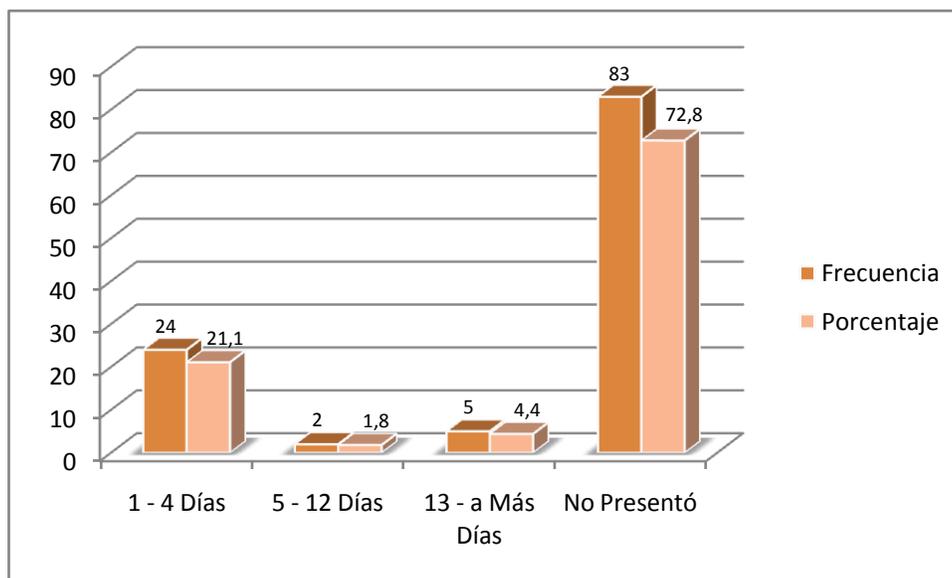
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Si | 32 | 28,1 | 28,1 | 28,1 |
| No | 82 | 71,9 | 71,9 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 13

Tiempo de Duración de la Reacción

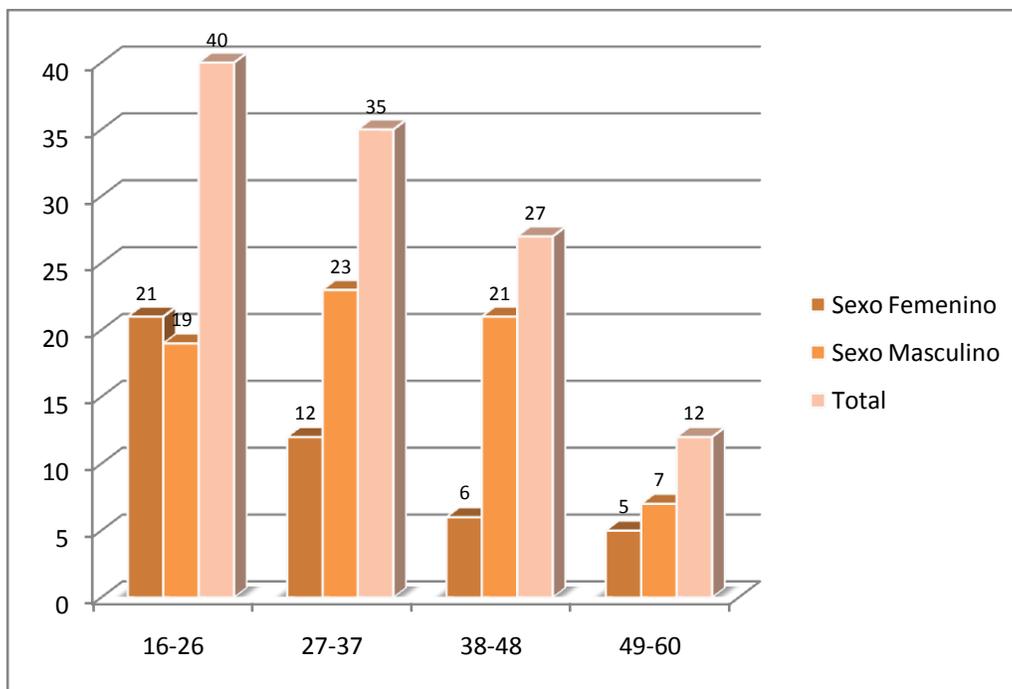
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 1 - 4 Días | 24 | 21,1 | 21,1 | 21,1 |
| 5 - 12 Días | 2 | 1,8 | 1,8 | 22,8 |
| 13 - a Más Días | 5 | 4,4 | 4,4 | 27,2 |
| No Presentó | 83 | 72,8 | 72,8 | 100,0 |
| Total | 114 | 100,0 | 100,0 | |



ANEXO 14

Edad * Sexo

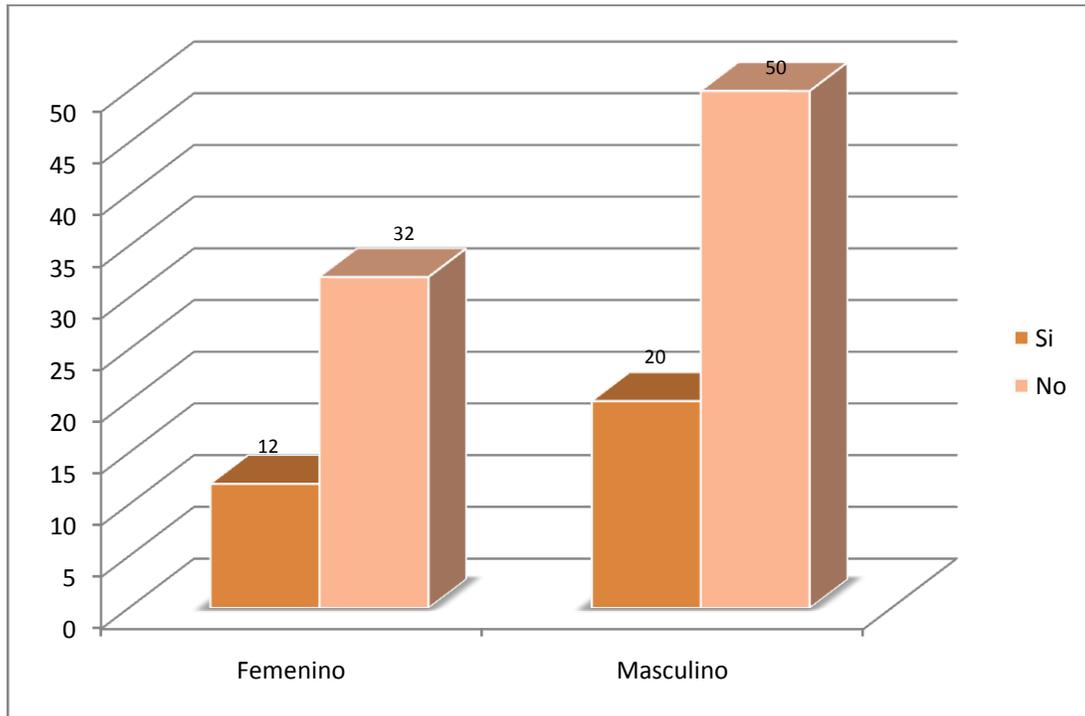
| | | Sexo | | Total |
|-------|-------|----------|-----------|-------|
| | | Femenino | Masculino | |
| Edad | 16-26 | 21 | 19 | 40 |
| | 27-37 | 12 | 23 | 35 |
| | 38-48 | 6 | 21 | 27 |
| | 49-60 | 5 | 7 | 12 |
| Total | | 44 | 70 | 114 |



ANEXO 15

Presentó Reacción Extrapiramidal * Sexo

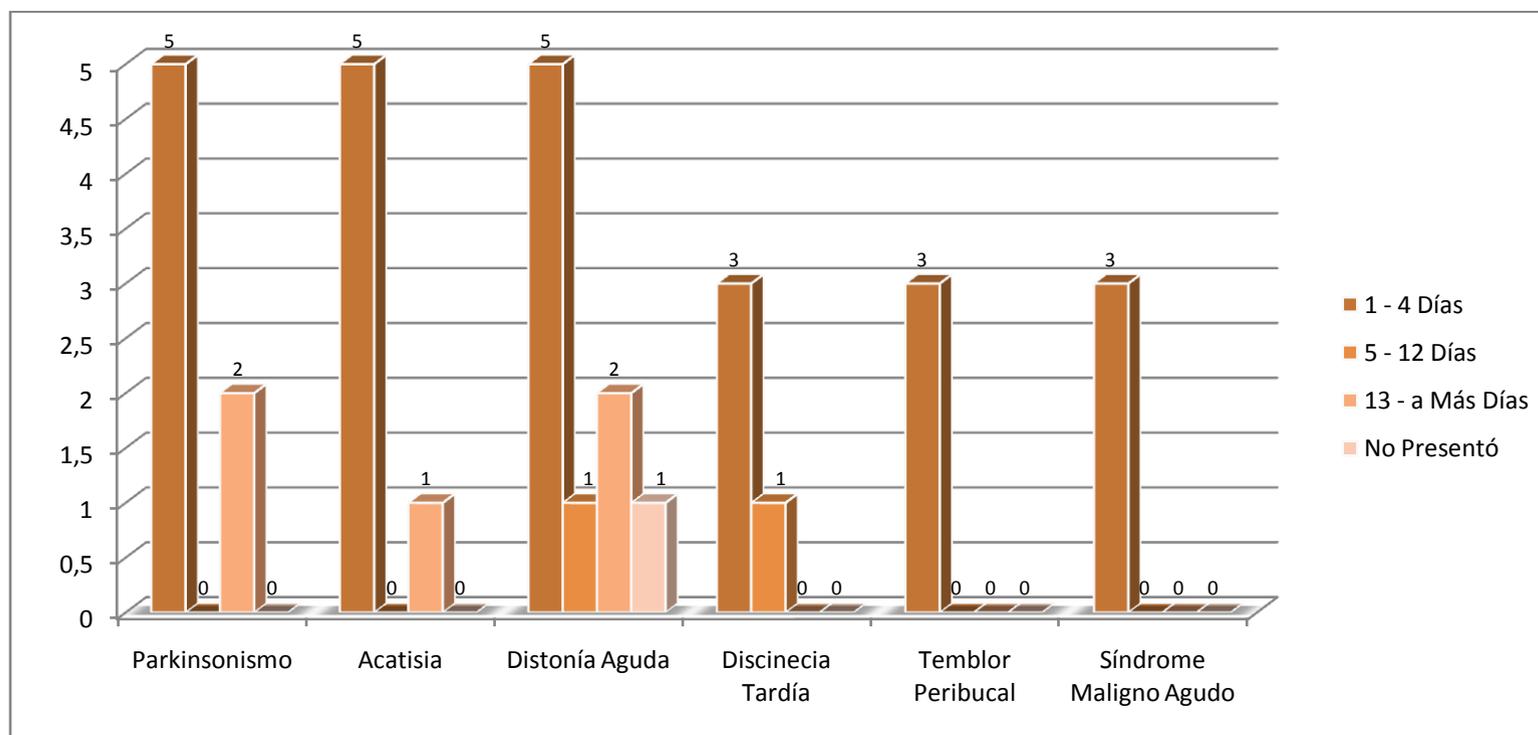
| | | Sexo | | Total |
|----------------------------------|----|----------|-----------|-------|
| | | Femenino | Masculino | |
| Presentó Reacción Extrapiramidal | Si | 12 | 20 | 32 |
| | No | 32 | 50 | 82 |
| Total | | 44 | 70 | 114 |



ANEXO 16

Tiempo de Duración de la Reacción * Tipo de Reacción Extrapiramidal

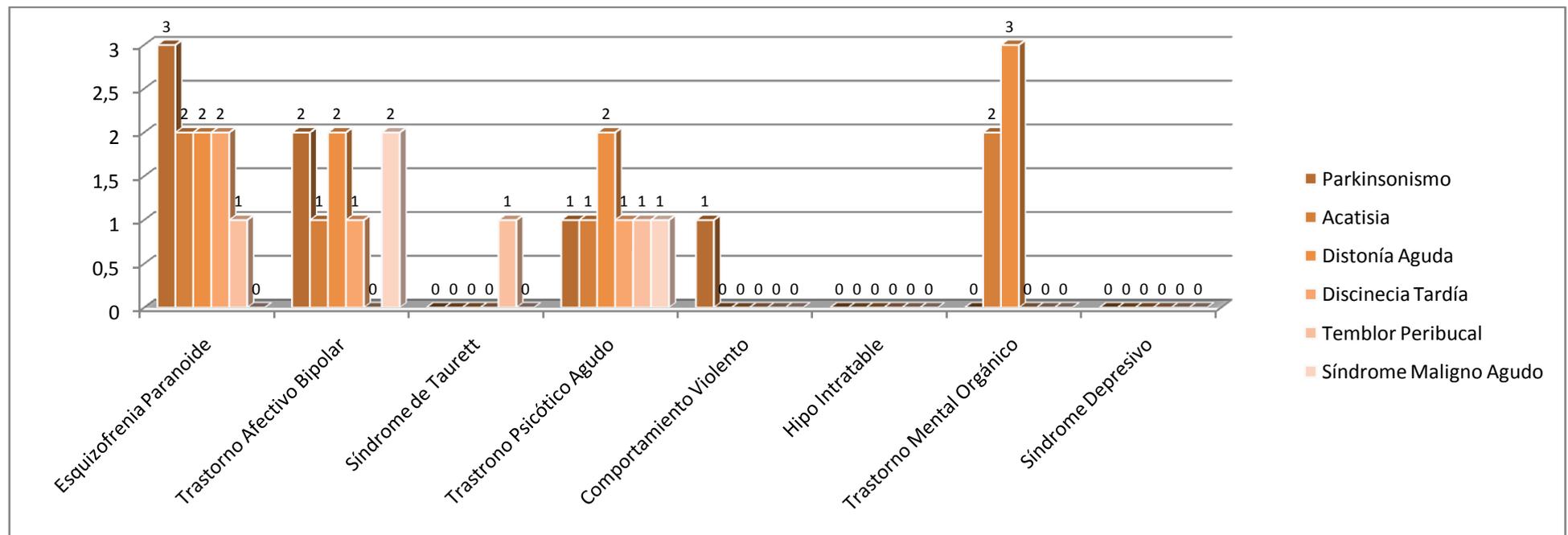
| | Tipo de Reacción Extrapiramidal | | | | | | | Total | |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------|----------------|-------------------|-------------------|------------------------|---------|-------|-----|
| | Parkinsonismo | Acatisia | Distonia Aguda | Discinesia Tardía | Temblor Peribucal | Síndrome Maligno Agudo | Ninguna | | |
| Tiempo de Duración de la Reacción | 1 - 4 Días | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 0 | 24 |
| | 5 - 12 Días | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | 13 - a Más Días | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | No Presentó | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 82 | 83 |
| Total | | 7 | 6 | 9 | 4 | 3 | 3 | 82 | 114 |



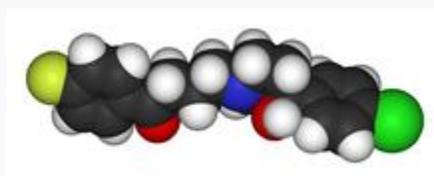
ANEXO 17

Diagnóstico de Ingreso * Tipo de Reaccion Extrapiramidal

| | | Tipo de Reaccion Extrapiramidal | | | | | | | Total |
|------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------|----------------|-------------------|------------------|------------------------|---------|-------|
| | | Parkinsonismo | Acatisia | Distonía Aguda | Discinecia Tardía | Temblo Peribucal | Síndrome Maligno Agudo | Ninguna | |
| Diagnóstico de Ingreso | Esquizofrenia Paranoide | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 14 | 24 |
| | Trastorno Afectivo Bipolar | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 19 | 27 |
| | Síndrome de Taurett | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 9 | 10 |
| | Trastrono Psicótico Agudo | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 16 | 23 |
| | Comportamiento Violento | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| | Hipo Intratable | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | Trastorno Mental Orgánico | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 17 | 22 |
| | Síndrome Depresivo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Total | | 7 | 6 | 9 | 4 | 3 | 3 | 82 | 114 |



ANEXO 18



Haloperidol

Nombre (IUPAC) sistemático

4-[4-(4-chlorophenyl)-4-hydroxy-1-piperidyl]-
1-(4-fluorophenyl)-butan-1-one

Datos químicos

Fórmula $C_{21}H_{23}NCIFO_2$

Peso mol. 375.9 g/mol

Farmacocinética

Biodisponibilidad Aproximadamente 60
a 70%

Metabolismo Hepático

Vida media 12 a 36 horas

Excreción biliar, renal

Vías adm. Oral, intramuscular,
intravenosa.

Glosario.

A

Acatisia : es la incapacidad para mantenerse quieto que se acompaña de una sensación de intranquilidad a nivel corporal, sin llegar a la angustia.

Antiparkinsoniano: Que disminuye la rigidez o el temblor de la enfermedad de Parkinson. Medicamento que posee estas propiedades.

Anticolinérgicos: Un agente anticolinérgicos es un compuesto farmacéutico que sirve para reducir o anular los efectos producidos por la acetilcolina en el Sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico.

Alteraciones disautonomicas: se define como un estado en el cual una alteración de la función del sistema nervioso autónomo afecta de forma adversa la salud. Puede comprender desde alteraciones benignas y transitorias, hasta desórdenes neurodegenerativos potencialmente letales.

B

Blefarospasmo: El blefarospasmo es el cierre excesivo involuntario de los párpados por espasmo del orbicular de los párpados.

Barrera Hematoencefálica: La barrera hematoencefálica es una barrera entre los vasos sanguíneos y el encéfalo. La barrera impide que muchas sustancias tóxicas la atraviesen, al tiempo que permite el pasaje de nutrientes y oxígeno. De no existir esta barrera muchas sustancias nocivas llegarían al cerebro afectando su funcionamiento y tornando inviable al organismo.

Catatonía: es un estado físico y psíquico, se define desde una crisis hasta un trastorno, dependiendo del tiempo que dure, ya que puede durar desde unas horas, hasta meses. O simplemente puede presentarse en variaciones o intervalos en la vida de una persona que tiende a la catatonía (esquizofrénico catatónico).

C

Coreiforme: Movimientos involuntarios, forzosos, rápidos, y convulsivos que pueden ser sutiles o hacerse confluentes, y que alternan con los patrones normales del movimiento. A menudo se asocian con hipotonía y reflejos pendulares.

Cinturón escapular: La cintura escapular es el segmento proximal del miembro superior. Se extiende desde la base del cuello hasta el borde inferior del músculo pectoral mayor.

Carbonatación: La carbonatación es un proceso lento que ocurre en el hormigón, donde la cal apagada (hidróxido cálcico) del cemento reacciona con el dióxido de carbono del aire formando carbonato cálcico. Esta reacción, necesariamente se produce en medio acuoso, ya que el dióxido de carbono reacciona con el agua formando ácido carbónico, ya que éste reaccionará con el hidróxido de calcio, obteniendo como resultado el carbonato de calcio y agua. Dado que la carbonatación provoca una bajada de pH (ácido) esto puede llevar a la corrosión de la armadura y dañar la construcción.

D

Depresión post parto: La depresión postparto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque no es normal. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido: " Deseaba tanto tener este hijo y ahora que lo tengo me siento completamente desdichada", "¿Qué me está pasando?", "El parto fue magnífico, mucho mejor de lo que esperaba, y todo el mundo se portó maravillosamente conmigo, especialmente mi marido. Yo debería dar saltos de alegría", "Tenía miedo que el bebé tuviera algún defecto al nacer, pero es perfecto", " Entonces, ¿Porqué no lo estoy disfrutando?, Quizás no valgo para ser madre".

Dantroleno: El dantroleno es un relajante del músculo esquelético directo. Inhibe la liberación de calcio del retículo sarcoplasmático. Las propiedades eléctricas y de transmisión no se alteran en la membrana del músculo.

Distonía Aguda: La distonía aguda consiste en crisis de movimientos lentos y posturas anormales, de carácter involuntario, que afectan especialmente a la cara, ojo, musculatura faringo-laríngeo-buco-lingual, cuello y en menos ocasiones tronco y extremidades.

Discinesia Tardía: La discinesia tardía (DT) es un síndrome extrapiramidal inducido por agentes bloqueadores de los receptores dopaminérgicos, siendo los más frecuentes, los agentes antipsicóticos clásicos, caracterizado por movimientos involuntarios, anormales y repetitivos, Tardía significa "demorada" y discinesia significa "movimiento anormal".

E

Encefalitis: es una inflamación del cerebro. Suele estar provocada por un virus, aunque también pueden tener otras causas, como una infección bacteriana. Aunque su nombre impone bastante, la mayoría de los casos no son graves.

Embotamiento afectivo: Trastorno caracterizado por la ausencia de reacciones afectivas significativas, incluso ante circunstancias biográficas de trascendencia para el individuo.

Enfermedad de hurtington: La enfermedad de Huntington (llamada también corea¹ de Huntington y conocida antiguamente como baile de San Vito o mal de San Vito, aunque también se llamaba así a la corea de Sydenham) es una enfermedad neurodegenerativa hereditaria (se desencadena por una mutación genética) que destruye paulatinamente unas regiones específicas del cerebro llamadas ganglios (núcleos) basales. Conduce inevitablemente a la muerte.

Estupor: Las características son la inmovilidad física ya que internamente la persona que sufre de la crisis catatónica piensa perfectamente bien. Solamente está inconsciente de que no está moviéndose, simplemente esa persona está demasiado metida en sus pensamientos para poder moverse. El porcentaje más alto de sus pensamientos están desconectados del mundo exterior ya que en algunas ocasiones puede reaccionar ante estímulos como cuando el médico hace movimientos con el cuerpo del paciente y quedan en esta posición ("flexibilidad de cera").

Exógeno En geología, los **agentes exógenos** son aquellos cambios en la superficie terrestre. Las formas de relieve creadas por los procesos internos (o endógenos) son modificadas por los procesos exógenos (llamados así porque las fuerzas provienen del exterior de la corteza y actúan sobre su superficie) a través de sus agentes. Los agentes exógenos son acompañados por los procesos exógenos.

Episodio maniaco: Un episodio maniaco se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de estado de ánimo anormal debe durar al menos 1 semana (o menos si se requiere hospitalización)

F

Fototerapia: La fototerapia es el empleo de luz visible para el tratamiento de hiperbilirubinemia en el recién nacido (RN). Esta terapia relativamente común baja el nivel de bilirrubina en el suero por transformación de la bilirrubina en isómeros solubles en agua que pueden ser eliminados sin la conjugación en el hígado. La dosis de fototerapia determina en gran parte cuan rápidamente esto trabaja; la dosis es determinada por la longitud de onda de la luz, la intensidad de la luz (la irradiación), la distancia entre la luz y niño, y el área de la superficie de cuerpo expuesta a la luz. Sistemas de fototerapia disponibles en el comercio incluyen aquellos que entregan luz vía bulbos fluorescentes, lámparas de cuarzo de halógeno, diodos electroluminescentes, y colchones de fibra óptica. El cuidado apropiado de enfermería realza la eficacia de la fototerapia y minimiza las complicaciones. Los cuidados responsables incluyen la aseguración de la entrega de irradiación eficaz, el maximizar la exposición de la piel, proveer protección ocular y cuidado ocular, monitorización de la termorregulación, mantenimiento de hidratación adecuada, promoción de la eliminación, y apoyar a la interacción paterno - infantil.

G

Gesticulación facial: Las expresiones faciales de las emociones están configuradas en los genes y son innatas, más que resultado de un aprendizaje cultural,

Glaucoma del Angulo cerrado: es una enfermedad del ojo que se presenta de forma abrupta y que cursa, con dolor ocular, ojo rojo doloroso, percepción de halos alrededor de las luces, midriasis (dilatación pupilar), hipertensión ocular, náuseas y vómitos.

H

Hemorragia Subaracnoidea: Es un sangrado en el área comprendida entre el cerebro y los delgados tejidos que lo cubren, llamada espacio subaracnoide.

Hipertrofia prostática: es una de las enfermedades más frecuentes en el hombre. Consiste en el aumento anormal del tamaño de la próstata. Suele dificultar la evacuación de orina y producir retención urinaria.

Hipotensión ortostática: es una caída de la presión arterial sanguínea que viene como resultado de cuando una persona ha estado de pie durante un tiempo prolongado, o cuando

se pone de pie después de haber estado sentada o acostada. Una gran cantidad de sangre se acumula en las piernas impidiendo que la cantidad normal de sangre regrese al corazón, lo que da como consecuencia que tampoco sea posible que una cantidad adecuada de sangre salga del corazón para circular hacia el cuerpo, principalmente al cerebro.

Hipertonicidad: Músculos contraídos.

Hipopotasemia: Disminución de potasio en la sangre.

Hiponatremia: El sodio (Na) es un electrolito importante cuya concentración en el plasma sanguíneo es regulada con precisión mediante diferentes mecanismos. La hiponatremia se define como una concentración de sodio en sangre por debajo de 135 mmol/l. Se considera un trastorno fisiológicamente significativo cuando indica un estado de hipo-osmolaridad y una tendencia del agua a ir desde el espacio intersticial al intracelular.

I

Ictericia: La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y mucosas debida a un aumento de la bilirrubina (valores normales de 0,3 a 1 mg/dl) que se acumula en los tejidos, sobre todo aquellos con mayor número de fibras elásticas (paladar, conjuntiva).

L

Leucopenia: Leucopenia es la disminución del número de leucocitos totales por debajo de 4.000 - 4.500 /mm³. La leucopenia suele caracterizarse por una disminución del número de neutrófilos sanguíneos, aunque el descenso del número de linfocitos, monocitos, eosinófilos o basófilos también puede contribuir a la disminución del recuento celular total.

Levodopina : es un fármaco precursor de la dopamina, se convierte en ésta a nivel sistémico y del sistema nervioso central en un solo paso por la enzima dopa descarboxilasa. Es utilizado generalmente para trastornos degenerativos del sistema nervioso central, principalmente de neuronas dopaminérgicas.

M

Miastenia Grave: Es un trastorno neuromuscular caracterizado por debilidad variable de los músculos voluntarios, que mejora a menudo con el descanso y empeora con la actividad. La afección es provocada por una respuesta inmunitaria anómala.

Movimientos estereotipados: Comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo y no funcional (p. ej., sacudir o mover las manos, balancear el cuerpo, golpear la cabeza, morder objetos, auto morderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

Motor extrapiramidal: Este sistema motor esta formado por los núcleos de la base y núcleos que complementan la actividad del Sistema Piramidal, participando en el control de la actividad motora cortical, como también en funciones cognitivas.

N

Niveles plasmáticos, La determinación de niveles plasmáticos de fármacos es un instrumento adicional racionalización de uso clínico.

R

Receptores pos sinápticos: La endocrinología es la especialidad médica encargada del estudio de la función normal, la anatomía y los desórdenes producidos por alteraciones de las glándulas endocrinas, que son aquellas que vierten su producto a la circulación sanguínea (denominados hormonas).

Receptor Dopaminergico Central: Neurotransmisor adrenérgico que juega importante rol en la presión arterial, estado anímico y sistema nervioso. Su deficiencia produce una baja de la presión arterial, palidez, fenómenos depresivos y retención hídrica.

P

Privación de sueño Es una carencia general de la cantidad suficiente de sueño. Puede ocurrir a causa de algún trastorno del sueño, por decisión activa, por razones laborales o por inducción deliberada para efectos de interrogación o tortura.¹

Potente Antagonista: cualquier agente, como puede ser un fármaco o un músculo, que ejerce una acción opuesta a la de otro, o bien compite con él por los mismos receptores.

Propanolol: es un beta bloqueante no selectivo, es decir, bloquea la acción de la epinefrina tanto en receptores adrenérgicos β_1 y receptores adrenérgicos β_2 .

Psicosis: La **psicosis** (locura) es un término genérico utilizado en la psicología para referirse a un estado mental descrito como una pérdida de contacto con la realidad. A las

personas que lo padecen se les llama psicóticas. En la actualidad, el término «psicótico» es a menudo usado incorrectamente como sinónimo de psicopático

T

Temblo peribucal: forma tardía del parkinsonismo.

Temblo Burdor: es un movimiento involuntario de carácter alternante y generalmente rítmico, que desaparece con el sueño y se observa con mayor frecuencia al nivel de las extremidades. Este movimiento puede aparecer en relación con determinadas posturas, tareas motoras específicas o simplemente en reposo.

Torticolis: La **torticolis** es un tipo de distonía (contracciones musculares prolongadas) en que los músculos del cuello, particularmente el músculo esternocleidomastoideo, se contraen involuntariamente y hacen que se incline la cabeza.

Trastorno Somático: El rasgo esencial del trastorno somático es la preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico de una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas la preocupación del individuo es excesiva. Se considera que los factores psicológicos pueden estar etiológicamente relacionados con el síntoma debido a una conexión temporal con un estrés psicosocial, aparentemente relacionado con un conflicto o necesidad psicológica y con la iniciación o exacerbación del síntoma.

Temblo: Un temblor es un tipo de movimiento estremecedor involuntario. Involuntario quiere decir que uno tiembla sin que trate de hacerlo. El temblor a menudo es más notorio en las manos, pero puede afectar a cualquier parte del cuerpo (incluso la cabeza o la voz).

Terapia Ap: Cuando uno está deprimido no solo esto afecta a uno mismo, si no a todo el entorno. Tal vez se escuche como un cliché, pero la pareja es uno de los apoyos más grandes que se puede tener cuando una situación así sucede, y este estudio que se muestra a continuación nos demuestra que al asistir a terapia de pareja no solo se mejoran los síntomas de la depresión, si no que también se mejora la relación familiar, así como la satisfacción de la misma.

S

Síndrome Neurológico maligno: es el más raro de todos los trastornos del movimiento inducidos por fármacos, siendo el más grave y representando casi siempre una emergencia neurológica. Si no se trata adecuadamente, puede ser fatal.

Se caracteriza por fiebre, rigidez extra piramidal, deterioro cognitivo y disfunción autonómica. Aunque puede ser desencadenado por todos los fármacos antipsicóticos (clozapina, risperidona, prometazina, etc.), son los neurolépticos más potentes como el haloperidol o la flufenazina los que lo producen con mayor frecuencia. El síndrome neuroléptico maligno también ha estado asociado a fármacos no neurolépticos que actúan sobre las vías dopaminérgicas (como por ejemplo la metoclopramida o el litio)
