

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



TESIS

**EVALUACIÓN DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LOS
ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS ADMINISTRADOS EN PACIENTES DEL
HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II PERÍODO DE
FEBRERO - ABRIL 2024**

PRESENTADO POR:

Br. SHOMARA SHEARMELY CANDIA COLLADO

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

ASESORA:

Dra. MAGALY VILLENNA TEJADA

CO-ASESORAS:

DRA. YANET CUENTAS ROMAÑA

QF. LENI NGUYENTHI AVILA ALATRISTA

CUSCO - PERÚ

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro. CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada: Evaluación de Resultados Negativos Asociados a los Antipsicóticos Atípicos Administrados en pacientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II período de Febrero - Abril 2024

Presentado por: Shomara Sheamely Candia Collado DNI N° 70517424
Para optar el título profesional/grado académico de Químico Farmacéutico

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 7 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 21 de Abril de 2025

Magaly Villena Tejada
Firma

Post firma Dr. Magaly Villena Tejada

Nro. de DNI 23984951

ORCID del Asesor 0000-0003-4756-0251

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: **oid:** 27259:451023457

TESIS final SHOMARA CANDIA COLLADO DESPUES DEL GRADO[1].docx

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:451023457

Fecha de entrega

21 abr 2025, 6:33 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

21 abr 2025, 6:59 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS final SHOMARA CANDIA COLLADO DESPUES DEL GRADO[1].docx

Tamaño de archivo

13.6 MB

156 Páginas

34.374 Palabras

203.653 Caracteres

7% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çıkarılan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.

Rapordan Filtrelenen

- ▶ Bibliyografya
- ▶ Alıntılanan Metin
- ▶ Atıf Yapılan Metin
- ▶ Küçük Eşleşmeler (20 sözcükten az)

Ön Sıradaki Kaynaklar

- 6%  İnternet kaynakları
- 1%  Yayınlar
- 3%  Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)

Bütünlük Bayrakları

İnceleme için 0 Bütünlük Bayrağı

Herhangi bir şüpheli metin manipülasyonu belirlenmedi.

Sistemimizin algoritmaları bir belgede, onu normal bir gönderiden ayırabilecek her türlü tutarsızlığı derinlemesine inceler. Tuhaf bir şey fark edersek incelemeniz için bayrak ekleriz.

Bir Bayrak mutlaka bir sorun olduğunu göstermez. Ancak daha fazla inceleme için dikkatinizi vermenizi öneririz.

INDICE

Abreviaturas.....	VII
Dedicatoria.....	VIII
Agradecimientos	IX
Resumen.....	X
Summary.....	XII
Introduccion.....	XIII
CAPITULO I.....	1
Generalidades.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulacion del problema.....	3
1.3 Objetivos.....	3
1.3.1 Objetivo general.....	3
1.3.2 Objetivos especificos	3
1.4 Justificacion	3
1.4.1. justificación teorica.....	3
1.4.2. Justificación práctica	4
1.4.3 Justificación social	5
1.5. Limitaciones.....	5
1.6. Hipotesis.....	6
CAPITULO II.....	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1 Vision histórica.....	7
2.2. Antecedentes.....	8
2.2.1. Antecedentes internacionales	8
2.2.2. Antecedentes nacionales	17
2.2.3. Antecedentes locales	19
2.3. Estado de la cuestion.....	19
2.4. Bases teórico científicas.....	20
2.4.1.La salud mental.....	20
2.4.1.1. Definición de esquizofrenia.	21

2.4.1.2. Bases etiológicas de la esquizofrenia.....	21
2.4.1.3. Epidemiología.....	21
2.4.1.4. Factores biológicos	21
2.4.1.5. Factores de riesgo asociados.....	22
2.4.2. Esquizofrenia y a los trastornos relacionados	22
2.4.2.1. Causas a la esquizofrenia	22
2.4.2.2. Síntomas de la esquizofrenia	23
2.4.2.3. Diagnóstico	24
2.4.2.4. Pronóstico	25
2.4.3. Trastorno bipolar	25
2.4.4. Fármacos antipsicóticos.....	27
2.4.3.1 Antipsicóticos tradicionales	27
2.4.3.2. Antipsicóticos atípicos.....	27
2.4.3.3.Los efectos adversos causan problemas.....	28
Clozapina.....	28
Olanzapina.....	30
Lurasidona.....	31
Risperidona.....	32
Ziprasidona.....	33
Quetiapina.....	34
Aripiprazol.....	35
Errores de la medicación (em)	36
Atención farmacéutica (af)	36
Seguimiento farmacoterapéutico -método dáder (sft).....	37
Problemas relacionados con medicamentos (prm).....	38
Resultados negativos de la medicación (rnm).....	39
2.5. Marco conceptual.....	42
CAPÍTULO III.....	43
Materiales y métodos.....	43
3.1. Materiales y equipos	43
3.1.1. Materiales	43

3.1.2. Servicios	43
3.1.3. Recursos.....	43
3.1.4. Software.....	43
3.1.6 Recursos humanos	43
3.1.6.7 Recursos de infraestructura	44
3.2. Diseño metodológico.....	44
3.4. Descripción del área	44
3.4.1. Población y muestra.....	44
3.4.2. Población	44
3.4.3. Muestra.....	44
3.5 Identificación y operacionalización de variables:	46
3.5.1 Variables implicadas	46
3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	63
3.8. Procedimiento	65
CAPÍTULO IV	66
Análisis y discusión de resultados.....	66
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES	109
BIBLIOGRAFÍA.....	110
ANEXOS.....	122
anexo nº 1. Autorización de proyecto de tesis por la directora del hospital de salud mental "SAN JUAN PABLO II".....	122
anexo nº 2. Validación de instrumentos	123
anexo nº 3. Validación por expertos.....	124
anexo nº 4. Validación por expertos.....	125
anexo nº 5. Validación por expertos	126
anexo nº 6. Validación por expertos	127
anexo nº 7. Validación por expertos	128
anexo nº 8. Validación por expertos	129
anexo nº 9. Instructivo para el algoritmo de decisión para evaluación de la relación causalidad de una rama.....	130

anexo nº 10. :Instructivo para el algoritmo decision para evaluacion de la relacion causalidad de una ram.....	131
anexo nº 11. Instruktivo para el algoritmo decision para evaluacion de la relacion causalidad de la Ram.....	132
anexo nº 12. Formato de anamesis	133
anexo nº 13. Pruebas de laboratorio.....	134
anexo nº 14. Formato n.º 05 seguimiento farmacoterapuetico en pacientes del hospital salud mental "SAN JUAN PABLO II.....	135

INDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1. TABLA Nº1: Número aproximado pacientes por mes de estudio.....	45
TABLA Nº 2. Operacionalización de variables implicadas.....	57
TABLA Nº 3. Operacionalización de variables e indicadores.....	60
TABLA Nº 4. Operacionalización de variables no implicadas.....	61
TABLA Nº 5. Frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos de los pacientes.....	66
TABLA Nº 6. Frecuencias y porcentajes de los diagnósticos y medicación de los pacientes.....	71
TABLA Nº 7. Frecuencias y porcentajes de la cantidad de diagnósticos de enfermedades mentales por pacientes.	75
TABLA Nº 8. Frecuencia y porcentaje de los tipos de medicación, subgrupo farmacológico y medicamentos consumidos por los pacientes	77
TABLA Nº 9. Frecuencia y porcentaje de medicamentos consumidos.	83
TABLA Nº 10. Frecuencia y porcentaje de los antipsicóticos atípicos y su dosificación diaria.	86
TABLA Nº 11. Frecuencia y porcentaje de gravedad de ram relacionado a antipsicóticos atípicos.....	89
TABLA Nº 12. Frecuencias y porcentajes de los casos de polifarmacia y cantidad de medicamentos consumidos.....	93

TABLA Nº 13. Frecuencia y porcentaje del número de comorbilidades por paciente.....	95
TABLA Nº 14. Frecuencia y porcentaje de comorbilidades por pacientes	97
TABLA Nº 15. Frecuencia y porcentaje de RNM en pacientes	99
TABLA Nº 16. Frecuencia y porcentaje de tipos de rnm presentados	100
TABLA Nº 17. Evaluación entre la presencia/ausencia de rnm y las variables independientes.....	102
TABLA Nº 18. Evaluación de la influencia de las variables agrupadas sobre la presencia/ausencia de rnm, y de la capacidad predictora	105

INDICE DE GRAFICOS

Grafico Nº 1. Datos sociodemográficos	67
Grafico Nº 2. (a) Diagnósticos agrupados y (b) de acuerdo al CIE-10.	73
Grafico Nº 3. Cantidad de diagnósticos determinados por pacientes	76
Grafico Nº 4. Subgrupos farmacológicos consumidos por los pacientes	81
Grafico Nº 5. Tipos de medicación consumidos por los pacientes.....	82
Grafico Nº 6. Medicamentos antipsicóticos atípicos (negro) y de otras categorías (gris) consumidos con mayor frecuencia.....	84
Grafico Nº 7. Cantidad de medicamentos clasificados como antipsicóticos atípicos dentro de la totalidad de medicamentos consumidos.....	85
Grafico Nº 8. Antipsicóticos atípicos y su dosificación diaria.	87
Grafico Nº 9. Gravedad de RAM relacionados a antipsicóticos atípicos.	91
Grafico Nº 10. Tipos de RAM de acuerdo con su gravedad.	91
Grafico Nº 11. Casos de polifarmacia y cantidad de medicamentos consumidos.....	94
Grafico Nº 12. Comorbilidades por paciente	96
Grafico Nº 13. Comorbilidades más frecuentes por pacientes.....	98
Grafico Nº 14. RNM en pacientes	100
Grafico Nº 15. Tipos de RNM presentados.....	101

INDICE DE FOTOGRAFICO

Fotografía 02: Tópico 01 del área de hospitalización.	140
Fotografía 01: Croquis del hospital salud mental.....	140
“San Juan Pablo II”	140
Fotografía 03: Área de hospitalización de Sala General.....	140
Fotografía 04: Área de hospitalización de	140
Residentes.....	140
Fotografía 06: Área de hospitalización. ESSALUD.....	141
Fotografía 05: Tópico 2 área de residentes.....	141
Fotografía 07: Revisión de vasos de dosis unitaria	141
Fotografía 08: entrevista a pacientes	141
Fotografía 10: conteo de vasitos por	142
paciente.....	142
Fotografía 09: Revisión de cumplimiento terapéutico	142
Fotografía 11: Medicación no administrada a los pacientes	142
Fotografía 12: Medicación no administrada a los pacientes	142

ABREVIATURAS

AA: Antipsicóticos atípicos

AT: Antipsicóticos típicos

AF: Atención farmacéutica

APA: Antipsicóticos de segunda generación o Atípicos

ATC: Clasificación Anatómica Terapéutico

DDD: Dosis Diaria Definida.

HNVLH: Hospital Nacional Víctor Larco Herrera.

HSM SJPII: Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II".

IMC: índice de masa corporal

MINSA: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PRM: Problemas relacionados a la medicación

RNM: Resultados negativos asociados a la medicación.

PS: Problemas de salud

RAM: Reacciones Adversas a los Medicamentos

SEP: Síntomas extrapiramidales

IPRESS: **Código único institución prestadora de servicios de salud**

DEDICATORIA

A mis mamitas Nelly y Aurelia por ser mi fortaleza y empuje durante toda mi vida que sin duda fueron y son mi ejemplo de resiliencia y coraje para lograr mi meta más ansiada, que desde pequeña me enseñaron con constancia y respeto a forjar mis objetivos, a mi ángel que desde el cielo estoy segura siempre me acompaña papito Daniel, a mi papi Yvan, por nunca cortar mis alas apoyarme y darme los consejos en los momentos adecuados para elegir la carrera que tanto amo, a mi tío y primo por ser círculo de protección más cercano.

A mis amistades que estuvieron presente en este trayecto alentando a no rendirme jamás, pero en especial a Mili y Nela, quienes siempre me sostuvieron, aconsejaron y apoyaron en los momentos más difíciles, por los abrazos reconfortantes y las risas que aliviaron tanto decirles que son ejemplo firme de superación.

Shomara Shearmely.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de esta tesis.

En primer lugar, quisiera agradecer a la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco por mi formación profesional y por ser una fuente inagotable de conocimientos, a la escuela profesional de Farmacia y Bioquímica y todos sus profesores que me han guiado todos estos años con su dedicación y enseñanza. Me gustaría agradecer especialmente a mi asesora y coasesoras, Dra. MAGALI VILLENA TEJADA, Dra. YANET CUENTAS ROMAÑA y QF. LENI NGUYENTI AVILA ALATRISTA Por su invaluable guía, apoyo y paciencia durante el desarrollo de esta investigación. Mis palabras de agradecimiento van también para el personal médico y asistencial del Hospital salud mental "SAN JUAN PABLO II", y en especial al químico farmacéutico QF. LENI NGUYENTI AVILA ALATRISTA, por brindarme la oportunidad de ser miembro del equipo farmacéutico, ayudándome a desarrollar una experiencia más profunda; gracias a su experiencia y conocimiento.

Finalmente, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todos ellos por sus sugerencias, cariño, orientación y, sobre todo, su amistad.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar los resultados negativos asociados a antipsicóticos atípicos administrados en pacientes del Hospital de Salud Mental SAN JUAN PABLO II, periodo febrero-abril 2024.

Metodología: El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, se evaluaron los resultados negativos asociados a los antipsicóticos atípicos, en el que fue empleado el seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes hospitalizados en dicho nosocomio. Se utilizaron instrumentos y base de datos de los medicamentos para la recolección, procesamiento y análisis de la información. Se evaluó la medicación de 91 pacientes.

Resultados: El (59.3%) son del género femenino, principalmente entre los 45 a 50 años (36.6%), de los cuales el (31.9%) tienen grado de instrucción secundaria y universitaria, observando que el (47.3%) son trabajadores independientes y el (85.7%) pertenecen al lugar de residencia urbana. Dentro de los diagnósticos el que más prevaleció según la clasificación del CIE10 fue la "Esquizofrenia paranoide" con un (23.47%), y resaltar que el (57.46%), de los medicamentos más usados fueron los coadyuvantes al tratamiento, seguido con medicamentos principales (antipsicóticos atípicos) con un (28.11%), además que el medicamento con mayor prescripción es dentro de los antipsicóticos atípicos fue la risperidona con un (10.7%). Dentro de las RAMs, el de mayor prevalencia fue el de RAMs leves con (26.92%), está el incremento de apetito, y RAMs moderados (20.27%), incremento de peso. Dentro de los casos de polifarmacia se encontró que resalto pacientes con 5 medicamentos consumidos en la terapia con un (26.37%) y hablando de las comorbilidades que presentaron los pacientes el (28.57%), con al menos una comorbilidad. El resultado negativo asociado a la medicación mas recurrente fue el RNM tipo 5 que es seguridad cualitativa (55.75%). Según el análisis bivariante y multivariante Chi-cuadrado (χ^2) entre las RNM y las variables sociodemográficas, de medicación y clínicas.), existe una relación con polifarmacia y gravedad de RAMs.

Y según la prueba de ómnibus de la razón de verosimilitud y el coeficiente de Nagelkerke, indica que según la regresión logística binaria la variable dependiente se relaciona con variable independiente denomina clínica dentro de la cual esta gravedad de RAMs con (57.7%).

Conclusión: Los resultados sugieren la necesidad de mejorar y monitorizar con mayor detenimiento la gravedad de RAMs y la polifarmacia en pacientes psiquiátricos que tengan dentro de su medicación antipsicóticos atípicos para evitar que presenten así este tipo de resultados negativos y se pueda lograr los resultados terapéuticos adecuados y optimizando los tratamientos para condiciones prevalentes en estas poblaciones.

Palabras clave: Resultados negativos asociados a la medicación (RNM), polifarmacia, antipsicóticos atípicos, RAMs.

SUMMARY

Objective: The objective of this study was to evaluate the adverse outcomes associated with atypical antipsychotics administered to patients at the SAN JUAN PABLO II Mental Health Hospital, from February to April 2024.

Methodology: This was a descriptive, prospective, and cross-sectional study. The adverse outcomes associated with atypical antipsychotics were evaluated. Pharmacotherapeutic monitoring was used in patients hospitalized at the hospital. Instruments and a medication database were used to collect, process, and analyze the information. The medication status of 91 patients was evaluated. **Results:** 59.3% were female, mainly between 45 and 50 years of age (36.6%), of whom 31.9% had secondary or university education. 47.3% were self-employed, and 85.7% lived in an urban area. Within the diagnoses, the most prevalent according to the ICD-10 classification was "Paranoid schizophrenia" with (23.47%), and highlight that (57.46%), of the most used medications were adjuvants to treatment, followed by main medications (atypical antipsychotics) with (28.11%), in addition to the fact that the most prescribed medication is within the atypical antipsychotics was risperidone with (10.7%). Within the ADRs, the most prevalent was mild ADRs with (26.92%), increased appetite, and moderate ADRs (20.27%), weight gain. Within the cases of polypharmacy, it was found that patients with 5 medications consumed in therapy stood out with (26.37%), and speaking of the comorbidities that the patients presented (28.57%), with at least one comorbidity. The most common negative outcome associated with the medication was type 5 ADR, which is qualitative safety (55.75%). According to the bivariate and multivariate chi-square (χ^2) analysis between ADRs and sociodemographic, medication, and clinical variables, there is a relationship between polypharmacy and the severity of ADRs.

And according to the omnibus likelihood ratio test and the Nagelkerke coefficient, binary logistic regression indicates that the dependent variable is related to the independent variable called clinical, within which this ADR severity is present (57.7%).

Conclusion: The results suggest the need to improve and more closely monitor the severity of ADRs and polypharmacy in psychiatric patients who have atypical antipsychotics on their medication to prevent these types of negative outcomes and to achieve appropriate therapeutic outcomes and optimize treatments for conditions prevalent in these populations.

Keywords: Medication-related adverse outcomes (MRO), polypharmacy, atypical antipsychotics, ADRs.

INTRODUCCION

En el presente trabajo se evaluara los resultados negativos asociado a la administración de antipsicóticos atípicos en pacientes de hospital de salud mental San Juan Pablo II los cuales son utilizados en el tratamiento de un grupo de enfermedades, lo que representa un avance significativo en la medicina moderna, el quizá dejar un poco de lado el uso de antipsicóticos clásicos o típicos por la relevancia de la gravedad de sus efectos extrapiramidales, por lo que es fundamental comprender que el uso antipsicóticos atípicos también podrían causar reacciones adversas en el paciente, pero no como los anteriormente mencionados a causa de la polifarmacia, interacciones, contraindicaciones, características personales, dosis, horario de administración y/o duración inadecuada, errores de dispensación, errores de prescripción, incumplimiento del a terapia,etc. Entre otros factores que podrían desencadenar un problema relacionado a los medicamentos (PRM) (1).

Por lo que es necesario mencionar que el estudio de investigación hace hincapié en el impacto significativo en la calidad de vida y la búsqueda de asistencia médica en personas que padecen trastornos de salud mental dentro de los cuales se puede mencionar genéticos, epigenéticos y los factores asociados en la aparición de la esquizofrenia y trastorno bipolar, y los pacientes que padecen estos tipos de trastornos tengan el acceso a la atención integral de salud del ministerio de salud, por lo que resulta de suma importancia que los gobiernos y los sistemas de atención médica brinden el acceso a servicios de alta calidad, teniendo a en cuenta lo que la OMS enfatiza, como la necesidad de un enfoque integral basado en la evaluación individual del paciente, el monitoreo continuo de los reacciones adversas y el uso de dosis mínimas efectivas. También promueve la integración de intervenciones psicosociales y el acceso equitativo a tratamientos seguros, efectivos y accesibles.(1)

Además, que dentro del estudio se podría evidenciar otros trastornos psicóticos y no psicóticos, que podrían empeorar el estado del paciente por posibles casos polifarmacia, comorbilidades, reacciones adversas que se relacionen con una mayor presencia de resultados negativos asociados a la terapia farmacológica para la salud mental.(2)

CAPITULO I

GENERALIDADES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los trastornos mentales son un problema de salud significativo a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada ocho personas en el mundo padece un trastorno mental, lo que equivale a aproximadamente 970 millones de personas. Dentro de los trastornos mentales más comunes:

- Trastornos de ansiedad: Afectan a 301 millones de personas, caracterizados por miedo y preocupación excesivos.
- Depresión: Afecta a 280 millones de personas, caracterizada por un estado de ánimo deprimido y pérdida de interés en actividades.
- Trastorno bipolar: Afecta a 40 millones de personas, caracterizado por episodios depresivos y maníacos.
- Esquizofrenia: Afecta a 24 millones de personas, caracterizada por alteraciones en la percepción y el comportamiento.
- Trastornos del comportamiento alimentario: Afectan a 14 millones de personas, caracterizados por alteraciones en la alimentación y preocupación por el peso y la forma corporal

A pesar de la existencia de tratamientos eficaces, la mayoría de las personas con trastornos mentales no tienen acceso a atención efectiva. El estigma, la discriminación y la falta de recursos son barreras significativas para el acceso a la atención.(3)

En el Perú, también evidenciamos que los casos de salud mental han aumentado significativamente en los últimos años. Según el Ministerio de Salud (Minsa), durante el 2022 se reportaron 1.631.940 casos atendidos de problemas de salud mental, lo que representa un incremento del 19,21% en comparación con el 2021 y en lo que va del año 2024, los diferentes establecimientos del [Ministerio de Salud \(Minsa\)](#), atendieron 1 315 976 casos por trastornos de salud mental y problemas psicosociales, y se brindó un total de 6 877 221 atenciones.

De los cuales los trastornos mentales más comunes en Perú son:

- ✚ Depresión: Afecta a aproximadamente 1 millón 700 mil personas en el país.
- ✚ Ansiedad: Un 1 millón 200 mil personas padecen de ansiedad

- ✚ Trastorno bipolar: Aproximadamente el 2% de la población peruana padece de este trastorno
- ✚ Esquizofrenia: También afecta al 2% de la población peruana.
- ✚ Trastornos de control de impulsos: Estos trastornos tienen una prevalencia de 8.1%.
- ✚ Trastornos por consumo de sustancias: Afectan al 5.8% de la población.(4)

Por lo que los antipsicóticos son medicamentos usados en muchos de los trastornos mentales ya mencionados debido al incremento de estos, dentro de ellos la esquizofrenia y trastorno bipolar podrían estar relacionados con resultados negativos, pudiendo así desarrollar reacciones adversas leves, moderados e incluso graves.

Es importante destacar que, según el Ministerio de Salud, el 80% de las personas que padecen algún trastorno mental en Perú no recibe tratamiento especializado a pesar de que el mismo ha implementado centros de salud mental comunitaria, unidades de hospitalización en hospitales generales y hogares protegidos para personas con discapacidad psicosocial por lo que es de vital importancia informar a los pacientes y familiares sobre los riesgos y beneficios de estos medicamentos. También es importante llevar a cabo una monitorización constante para detectar los resultados negativos que pudiesen causar, y si habría la necesidad se recomienda ajustar el tratamiento según sea necesario.(5)

Motivo por lo que estudio destacó la evaluación resultados negativos asociados a la administración de antipsicóticos atípicos (RNM) ,para mejorar los síntomas y reacciones adversas dentro de las que se describen según la bibliografía que se revisó a lo largo de la ejecución del estudio como la sedación, aumento de peso, disfunción sexual, trastornos metabólicos (como diabetes y dislipidemia), trastornos del movimiento (como discinesia tardía), alteraciones de los sistemas cardiovascular,toda esta problemática podría ser debido a que no se tiene un control minucioso por paciente debido la demanda de pacientes y el personal reducido en el área de farmacia del hospital de salud mental San Jun Pablo II ,por lo que se hace difícil de discernir si se trata de los síntomas propios de la enfermedad o netamente del medicamento administrado (6).

Es importante resaltar que en la ciudad de Cusco contamos con centros de atención primaria denominados centros comunitarios de salud mental para pacientes con problemas psiquiátricos, pero no se refiere estudios relacionados a los resultados negativos asociados a la medicación ,motivo por el cual en el trabajo de investigación se realizó utilizando herramientas como el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que cuenten con los requisitos de inclusión para el estudio y resaltar que resultados negativos podrían encontrarse tras su administración de los llamados

fármacos antipsicóticos atípicos ,con el afán de dejar registro y describir los resultados negativos asociados a los mismos así aportar, con los resultados obtenidos a futuros estudios e involucrarnos más de cerca con este grupo de medicamentos y diagnósticos clínicos para brindar un apoyo e información para el cumplimiento terapéutico y el tratamiento sea para el paciente seguro , eficiente y reducir molestias posteriores.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán los resultados negativos asociados a los antipsicóticos atípicos administrados en pacientes del Hospital SAN JUAN PABLO II, periodo febrero-abril 2024?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar los resultados negativos asociados al uso de antipsicóticos atípicos administrados en pacientes del Hospital de Salud Mental SAN JUAN PABLO II, periodo Febrero-abril 2024.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar los datos sociodemográficos de pacientes del Hospital de Salud Mental SAN JUAN PABLO II, periodo febrero-abril 2024.
2. Determinar los diagnósticos y medicación de los pacientes del Hospital de Salud Mental SAN JUAN PABLO II, periodo febrero-abril 2024.
3. Describir los factores clínicos asociados a los resultados negativos de los antipsicóticos atípicos de pacientes del Hospital de Salud Mental SAN JUAN PABLO II, periodo febrero-abril 2024.
4. Verificar de manera individual y en conjunto las variables sociodemográficas, variable relacionada con la de medicación y variables clínicas sobre los resultados negativos asociados a los antipsicóticos atípicos administrados en pacientes del Hospital de Salud Mental SAN JUAN PABLO II, periodo febrero - abril 2024, para medir la asociación entre ellas.

1.4 JUSTIFICACION

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEORICA

La justificación teórica para el uso de antipsicóticos atípicos radica en su capacidad para tratar eficazmente tanto síntomas positivos como negativos de la esquizofrenia con un perfil de efectos secundarios más favorable.

Los antipsicóticos atípicos han revolucionado el tratamiento de trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, ofreciendo ventajas significativas en comparación con los

antipsicóticos típicos. Esta se basa en su mecanismo de acción, eficacia en síntomas positivos y negativos, y perfil de efectos secundarios.

Los Antipsicóticos Atípicos son más eficaces que los Antipsicóticos Típicos en el tratamiento de síntomas negativos de la esquizofrenia. Se ha demostrado que estos medicamentos no solo controlan los síntomas positivos, sino que también abordan alteraciones cognitivas y síntomas depresivos asociados. Por ejemplo, la clozapina ha demostrado eficacia notable en pacientes tolerantes a otros tratamientos, lo que resalta su importancia clínica.

Uno de los principales beneficios de los Antipsicóticos Atípicos es su menor propensión a causar síntomas extrapiramidales (SEP). Mientras que los Antipsicóticos Típicos pueden provocar parkinsonismo, distonía y discinesia tardía, los Antipsicóticos Atípicos tienden a evitar estos efectos adversos graves. Esto se traduce en una mayor adherencia al tratamiento y mejor calidad de vida para los pacientes; sin embargo, es importante señalar que algunos Antipsicóticos Atípicos están asociados con efectos metabólicos significativos, como aumento de peso y alteraciones en el metabolismo lipídico.(7)

A pesar de sus ventajas, la elección del tratamiento debe ser individualizada. Aunque los Antipsicóticos Atípicos son generalmente preferidos por su perfil de seguridad y eficacia, su costo elevado y la posibilidad de efectos adversos metabólicos requieren un monitoreo cuidadoso. Además, se necesita más investigación para clarificar la eficacia comparativa entre diferentes Antipsicóticos Atípicos y Antipsicóticos Típicos en diversos contextos clínicos (9).

En cada uno de estos episodios de la enfermedad, es típico que el paciente requiera múltiples estancias hospitalarias a lo largo de su vida. Estos episodios son causados por una variedad de factores asociados, incluyendo la edad en la que se manifestó la enfermedad por primera vez, el cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, el apoyo social y familiar y la autocrítica que pueda tener el paciente. Entre otros factores de riesgo, pueden manifestar presencia de los resultados negativos, los cuales también están ligados al reingreso del paciente.(8)

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

La justificación práctica de los resultados negativos asociados con el uso de antipsicóticos atípicos (AA) es fundamental para comprender su aplicación clínica y los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud mental. A pesar de sus ventajas en comparación con los antipsicóticos típicos, los antipsicóticos atípicos presentan una serie de efectos adversos que pueden limitar su eficacia y aceptación. A continuación, se detallan los aspectos clave que justifican estos resultados negativos.

Uno de los principales problemas asociados con los (AA) es su tendencia a causar efectos secundarios metabólicos significativos, como el aumento de peso, hiperglucemia y dislipidemia. Estos efectos pueden llevar al desarrollo del síndrome metabólico, que incrementa el riesgo cardiovascular y afecta la calidad de vida del paciente. Por ejemplo, medicamentos como la olanzapina y la clozapina son conocidos por provocar un aumento considerable en el peso corporal y alteraciones en los niveles de glucosa y lípidos en sangre.

Este perfil metabólico desfavorable puede resultar en la interrupción del tratamiento o en la falta de adherencia por parte del paciente. Los antipsicóticos atípicos suelen ser más costosos que sus contrapartes típicas. Esta diferencia en precio puede limitar su accesibilidad para ciertos grupos poblacionales o sistemas de salud, lo que resulta en una menor implementación en la práctica clínica. La relación costo-beneficio debe ser cuidadosamente considerada, especialmente cuando se enfrenta a resultados negativos en términos de efectos secundarios o eficacia.

Estos factores deben ser tenidos en cuenta al desarrollar estrategias terapéuticas para el tratamiento de trastornos psicóticos, asegurando un enfoque equilibrado entre eficacia y seguridad. La evaluación continua y el monitoreo son esenciales para optimizar el uso clínico de estos medicamentos.(9).

1.4.3 JUSTIFICACIÓN SOCIAL

El trabajo de investigación se enfocó en la “Evaluación de resultados negativos asociados a los antipsicóticos atípicos administrados en pacientes del hospital de salud mental SAN JUAN PABLO II, período de febrero-abril 2024”. El trabajo de investigación permitió evidenciar los resultados negativos de los antipsicóticos atípicos que son administrados en pacientes de dicho nosocomio, lo que engloba interacciones medicamentosas, reacciones adversas, cumplimiento terapéutico, abandono de medicación, incluso las posibles enfermedades cardiovasculares y metabólicas, entre otras, que podrían ser causadas por los Antipsicóticos atípicos. Lo cual permitirá mejorar el bienestar del paciente debido a que muchos de los pacientes recibirán la medicación por un tiempo prolongado o hasta de por vida. (10)

1.5. LIMITACIONES

- La reticencia fue una limitante, debido a que la percepción negativa en muchas oportunidades hacia el tratamiento y la investigación puede limitar la disposición de los pacientes a participar.
- Recursos limitados y consideraciones éticas por parte de las autoridades administrativas del establecimiento de salud.

- El tiempo que sugieren para la toma de información, al no tener un convenio actual con la entidad, fue también una limitante.

1.6. HIPOTESIS

La administración de antipsicóticos atípicos se asocia a la presencia de resultados negativos en pacientes del Hospital de Salud Mental "SAN JUAN PABLO II".

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 VISION HISTÓRICA

Aunque los conceptos de problemas relacionados a los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM) se acordaron en 2007 y 2008, surgieron inconsistencias en la interpretación que requieren aclaración: las RAM como resultados adversos para la salud del paciente relacionados o potencialmente relacionados con el uso de drogas, lo que es sinónimo de problemas de salud (PS) no controlados asociados con el tratamiento farmacológico. A la hora de prescribir un tratamiento, los problemas de salud se consideran bajo control cuando un médico prescribe el tratamiento y logra los objetivos terapéuticos esperados (13). Por otro lado, en los RNM, existen probabilidades de que falle la prevención, en este caso, de la aparición del PS que se quiere evitar. En estas situaciones es cuando se puede afirmar que existe un mayor riesgo (probabilidad) de aparición de un RNM (14).

Es importante destacar que los RNM pueden estar relacionados con factores que influyen en el paciente así use o no los medicamentos, los cuales pueden ser la razón de un RNM en el paciente.(11)

Hoy en día, el avance en la medicina para tratar trastornos mentales como esquizofrenia es de suma importancia con el tratamiento de antipsicóticos atípicos, lo cual permite evitar procedimientos inhumanos en el tratamiento de estos pacientes en la antigüedad, los que eran sometidos a camisas de fuerza o las salas cuasi-carcelarias donde estaban internados. Su capacidad para controlar sus síntomas (principalmente la ansiedad y la agresividad) les permitió volver a la sociedad de donde habían sido expulsados. La psiquiatría se convirtió en un campo contemporáneo, donde algunos críticos sugieren que estos medicamentos eran solo "camisas de fuerza farmacológica". Sin embargo, aunque esto pueda interpretarse de manera restrictiva, la humanización de la atención a los pacientes ha representado un avance significativo (16). Algunos fármacos antipsicóticos de reciente aparición, como aquellos de segunda generación, tienen menos efectos secundarios, como el riesgo de desarrollar discinesia tardía; el riesgo de desarrollar discinesia tardía, muscular y temblores con estos fármacos es significativamente menor que con los antipsicóticos convencionales. Sin embargo, algunos de estos medicamentos provocan un aumento de peso significativo, lo que podría ocasionar aumentar el riesgo de síndrome metabólico. Este síndrome incluye la acumulación de grasa abdominal, niveles elevados de triglicéridos en sangre, niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (HDL, el colesterol "bueno") y presión arterial

alta. Además, la insulina se vuelve menos efectiva (fenómeno conocido como resistencia a la insulina), aumentando el riesgo de diabetes tipo 2.

Dentro de esos resultados negativos también tenemos a la discinesia tardía, que es un trastorno de movimientos involuntarios hiperactivos que puede ser causado por medicamentos antipsicóticos. Esto es más común con los medicamentos de primera generación que con los de segunda generación. La discinesia tardía suele caracterizarse por arrugas en los labios, protrusión de la lengua y flexión de brazos o piernas. La discinesia tardía puede persistir incluso después de suspender el fármaco. No existe un tratamiento eficaz para este tipo de discinesia persistente, aunque la clozapina y la quetiapina proporcionan cierto alivio. Sin embargo, se ha demostrado que la valbenazina es eficaz para aliviar los síntomas de la discinesia tardía. Las personas que requieren tratamiento antipsicótico a largo plazo deben someterse a pruebas de detección de síntomas de discinesia tardía cada 6 meses.

El síndrome neuroléptico maligno es un efecto secundario muy raro, pero potencialmente mortal de los fármacos antipsicóticos, el cual se caracteriza por rigidez muscular, fiebre, aumento de la presión arterial y cambios en la función mental (como confusión y letargo).

El síndrome de QT largo es una arritmia cardíaca potencialmente mortal que puede ser causada por diferentes tipos de fármacos antipsicóticos, dentro de los cuales se incluyen la tirdazina, haloperidol, olanzapina, risperidona y ziprasidona.(17).

2.2. ANTECEDENTES

2.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- **Hanna Lavallo, M. Análisis del Consumo de Psicofármacos en una Institución de Salud Mental en Córdoba, Colombia, realizo un estudio en el año 2022. (13)**

Los psicofármacos son medicamentos utilizados en la práctica médica para tratar enfermedades mentales. Estos incluyen una variedad de fármacos como antidepresivos, antipsicóticos y anticonvulsivantes, entre otros. El uso de estos medicamentos es crucial para el manejo adecuado de diversas condiciones mentales, pero su consumo debe ser monitoreado y analizado para asegurar su uso racional y efectivo.

El objetivo de este estudio fue el de realizar un análisis comparando indicadores de consumo en la utilización de psicofármacos en una institución de salud mental en el departamento de Córdoba, Colombia. Este es un estudio longitudinal, retrospectivo y transversal de utilización de medicamentos. Se compararon indicadores de consumo

como la dosis diaria definida (DDD) y el número de envases, considerando el diagnóstico y variables sociodemográficas.

La población estudiada consistió en 3,089 pacientes, de los cuales: El 48% presentó diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, el 17% presentó trastorno afectivo bipolar, el 15% presentó esquizofrenia paranoide, de los cuales el 70% eran hombres y el 30% mujeres. Los medicamentos más consumidos fueron: Ácido valproico en cápsulas de 250 mg, carbonato de litio en tabletas de 300 mg, sertralina en tabletas de 50 mg.

En términos de categorías de medicamentos, los más consumidos fueron: Antidepresivos: 45.77%, antipsicóticos: 23.19%, anticonvulsivantes: 22.39%.

En el estudio se observaron diferencias en la tendencia del aumento en el consumo de psicofármacos, utilizando como indicadores de consumo la dosis diaria definida (DDD) versus el número de envases en los años de estudio. Esta investigación difiere de los resultados a nivel nacional y departamental, indicando que la depresión y otros problemas de salud mental tienen una mayor incidencia en los hombres en esta región específica.

Este análisis resalta la importancia de monitorear y analizar el consumo de psicofármacos para mejorar las prácticas de tratamiento y asegurar un uso racional de estos medicamentos en la población.

➤ **Molina O, Muñoz PA, Angulo NY. Incidencia de resultados clínicos negativos asociados a la utilización de medicamentos trazadores/señaladores en pacientes hospitalizados, realizaron estudio en Medellín Colombia, en el año 2015 (14).**

Para determinar la tasa de hallazgos clínicos negativos (RMN), a los pacientes hospitalizados se les recetaron medicamentos durante su estadía en el hospital. El estudio tuvo un diseño de cohorte abierto; la muestra se estratificó en grupos (expuestos y no expuestos) y se clasificó como pacientes que tomaban uno o más medicamentos marcadores y no tomaban medicamentos, según una proporción de 1 (contacto), 2 (sin contacto). En ambos grupos se midieron variables sociodemográficas y clínicas; la diferencia de edad no es mayor a ½ año, principalmente género, diagnóstico principal y comorbilidades. El número total de pacientes que participaron en el estudio fue 324, de los cuales 108 (33,3%) estaban expuestos y 216 (66,7%) no expuestos. La edad media fue de 52 años (DE 25,7); 198 (61%) eran hombres. Al 31,2 % (101) de los pacientes se les realizó resonancia magnética; en sujetos expuestos, la tasa de RMN fue del 43,5 % (47 pacientes) y en sujetos no expuestos, la tasa de RMN fue del 25 % (54 pacientes). Se observó una tasa de RMN más alta en pacientes que recibieron 2-3 fármacos (49,1%) (RD: 0,666; IC del 95 %: 0,503–0,883). El riesgo de exposición (RR) fue de 1,74

(IC del 95%: 1,27–2,38) (P = 0,01). El uso de fármacos es relevante para las imágenes de RMN. Por tanto, esta estrategia puede utilizarse para identificar, priorizar y seleccionar pacientes en programas de farmacovigilancia.

➤ **Portillo A, Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013, realizo un estudio en San Salvador, en el año 2013 (15).**

El estudio identificó factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia al Hospital General Arce del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en 2012 y 2013, y evaluó factores protectores como la información brindada por el terapeuta sobre la enfermedad y su tratamiento, la relación entre el médico y el paciente, entre otros, a través del análisis del paciente mediante entrevistas clínicas y análisis de notas clínicas listas. Los resultados indican que la adherencia a la medicación es el factor más importante asociado con el reingreso de pacientes con esquizofrenia, lo que depende en gran medida de la presencia de reacciones adversas a los medicamentos, así como de la relación entre médico y paciente, años de medicación antipsicótica y apoyo familiar.

En las características epidemiológicas también predominan el género masculino y el estado civil. Se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos porque brindan beneficios en el control de los síntomas psicóticos y negativos, tienen menos efectos secundarios y, por lo tanto, mejoran el cumplimiento del tratamiento, mientras que el uso de terapia ocupacional dentro o fuera del centro puede servir como factor protector y alentar a los profesionales de la salud mental a compartir información sobre enfermedades y tratamientos para mejorar la adherencia al mismo y, en última instancia, evaluar los servicios de visitas domiciliarias para los pacientes con dificultades de acceso.

➤ **Ortega López I. Problemas relacionados con los medicamentos asociados con los fármacos psicoactivos utilizados en pacientes geriátricos y hospitalizados, realizo un estudio en Pharmacy Department, Orient University, Santiago de Cuba, Cuba en el año 2012 (16)**

El estudio prospectivo en un entorno hospitalario con pacientes geriátricos que consumían psicofármacos tuvo como objetivo identificar y prevenir o solucionar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y los resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Utilizando el Método DADER de monitorización farmacoterapéutica, adaptado al hospital y basado en la lógica teórica del Tercer Consenso de Granada, se incluyeron 35 pacientes de entre 60 y 90 años.

Se identificaron 36 RNM en 34 pacientes, representando una incidencia del 97.14%. Los RNM más prevalentes estuvieron relacionados con la necesidad de medicación, seguidos de aquellos relacionados con la seguridad de la medicación, de los cuales el PRM predominante fue el uso inadecuado de medicamentos, que fue el PRM más frecuente en la muestra.

Los ansiolíticos, el meprobamato y los neurolépticos fueron los psicofármacos principalmente relacionados con los RNM identificados.

El 82.35% de las intervenciones propuestas fueron aceptadas, logrando resolver el 47.06% de los RNM. Estos hallazgos resaltan la importancia de la monitorización farmacoterapéutica en pacientes geriátricos, especialmente aquellos que consumen psicofármacos, para mejorar la seguridad y eficacia del tratamiento y reducir los riesgos de resultados negativos asociados a la medicación.

➤ **Alonso JM. Prevalencia de resultados negativos asociados a la medicación (RNM) y factores de riesgo en un servicio de urgencias: conocimientos y demandas del paciente en información de medicamentos, realizaron una investigación en la Universidad de La Laguna, España en el año 2012 (17).**

En el transcurso de un año, los pacientes que visitaron la sala de emergencias del hospital Nuestra Señora de Candelaria, afiliado a la universidad, fueron examinados para determinar la prevalencia de reacciones adversas a medicamentos (RAM). También se analizó la cantidad de información que los pacientes reciben sobre su tratamiento y se observaron las posibles fuentes de información, como la comunicación verbal y escrita de médicos y farmacéuticos, respectivamente. Además, se evaluó la iniciativa de los pacientes de buscar información en otros lugares.

Los hallazgos indicaron que el 33,5% de los pacientes que acudieron a urgencias lo hicieron como resultado de reacciones adversas a medicamentos. El 19,1% de los hallazgos se relacionaron con la eficacia del tratamiento, el 12,3% con su necesidad y el 21% con la seguridad. Además, el 74,8% de las RAM se podrían haber evitado. En cuanto a la información verbal brindada por médicos y farmacéuticos, el 64,6% de los pacientes se mostró satisfecho, mientras que el 41% de los pacientes se mostró satisfecho con la información brindada por los farmacéuticos. Los pacientes consultaron con mayor frecuencia el prospecto del medicamento (61,8%), seguidos de las autoridades sanitarias (7,3%), amigos y familiares (5,4%) e internet (3,9%). Sin embargo, el 22,4% de los pacientes no buscó fuentes adicionales de información.

En conclusión, la alta prevalencia de RAM en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria enfatiza la importancia de este problema de salud pública y sus ramificaciones clínicas, sociales y económicas. Es fundamental

apoyar la investigación para examinar y mejorar la información sobre medicamentos que se proporciona a los pacientes y evaluar la contribución de las nuevas tecnologías a este proceso.

- **Aburto Tillería D, Yáñez Pontino Carmona J, Carvajal E. Determinación de resultados negativos asociados a la medicación en pacientes con diagnóstico de trastornos del humor, hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Iquique Dr. Ernesto Torres Galdames, durante el año 2009 - España, 2012 (18).**

Los Resultados Negativos Asociados a Medicamentos (RNM) son eventos adversos que ocurren frecuentemente en pacientes que reciben tratamiento farmacológico, impidiendo alcanzar los objetivos terapéuticos deseados. En un estudio realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Iquique, se investigaron los RNM en los expedientes clínicos de pacientes ingresados en 2009 con diagnósticos de trastornos del estado de ánimo. Los RNM se identificaron y clasificaron utilizando la metodología de Dáder y la clasificación del tercer consenso de Granada.

El estudio incluyó 164 casos, de los cuales el 38.4% presentaba un RNM, principalmente de tipo "seguridad". Los RNM se concentraron en pacientes del sexo femenino, entre 18 y 44 años, con polifarmacia y una estancia hospitalaria prolongada de hasta 30 días. La prueba estadística chi-cuadrado se utilizó para evaluar la relación entre estos factores y el desarrollo de un RNM, revelando variaciones estadísticamente significativas en el caso de la polifarmacia y la duración de la hospitalización.

En conclusión, se descubrió que la polifarmacia y la duración de la hospitalización están relacionadas con la aparición de RNM en pacientes del servicio de psiquiatría con trastornos del estado de ánimo. Estos hallazgos subrayan la importancia de regular y optimizar la prescripción de medicamentos, así como de monitorear activamente a los pacientes hospitalizados para identificar y detener los RNM.

- **Leiva M. Reacciones adversas asociadas al uso de antipsicóticos en la unidad de salud mental del hospital universitario de Neiva realizó un estudio en Colombia en el año 2012.(19)**

El estudio observacional, descriptivo y transversal de farmacovigilancia realizado entre el 8 de febrero y el 8 de abril de 2012 en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva tuvo como objetivo identificar las reacciones adversas relacionadas con la administración de medicamentos antipsicóticos en pacientes hospitalizados. Los resultados mostraron que, de 118 pacientes, 22 (18%) presentaron

alguna reacción adversa, documentándose un total de 39 casos (33%) debido a que algunos pacientes presentaron más de una reacción.

El medicamento más frecuentemente administrado fue el haloperidol, utilizado en el 89,7% de los casos, mayoritariamente por vía intramuscular (83%) a dosis de 5 mg (79,3%). La mayoría de las reacciones adversas (72,4%) ocurrieron durante los primeros 3 días de administración. El 77% de las reacciones adversas secundarias a la administración de antipsicóticos fueron síndromes extrapiramidales, destacando la distonía en el 49% de los casos, principalmente en la cara (53%), seguida de la sialorrea (10,3%).

Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar estrategias de seguimiento y detección temprana de reacciones adversas a medicamentos (RAM), especialmente en pacientes que reciben haloperidol por vía intramuscular, para reducir la incidencia de RAM y prevenir complicaciones posteriores.

➤ **Takahashi P. Evaluación de los resultados negativos asociados a la medicación (NOM) por parte de farmacéuticos en un programa de asistencia domiciliaria en un hospital docente brasileño, realizaron un trabajo de investigación en Brasil el año 2011 (20)**

Este estudio tuvo como objetivo detectar, clasificar y cuantificar las necesidades de atención médica no optimizada (NOM), según el Tercer Consenso de Granada, en pacientes tratados en domicilio, asistidos por el Programa de Asistencia Domiciliaria del Hospital Universitario de la Universidad de Paulo, Brasil. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. El plan farmacoterapéutico se completó durante la entrevista con el paciente o cuidador.

Se incluyeron 87 pacientes con una edad media de 66 años: adultos (89%), niños (11%), mujeres (58%) y jubilados (62%). El 62% de los pacientes presentó requerimientos de necesidades no optimizadas (RNO), con una media de 1,13 RNO por paciente. Los RNO incluyeron problemas de salud no tratados (20,6%), efectos de medicamentos innecesarios (9,1%), ineficacia no cuantitativa (34,5%), ineficacia cuantitativa (3,4%), problemas de seguridad no cuantitativos (11,4%) y problemas de seguridad cuantitativos (3,4%).

Los pacientes con las siguientes características fueron más prevalentes de lo esperado en el grupo de efectividad de RNO: aquellos con edades comprendidas entre 65 y 74 años ($p=0,0199$), aquellos con un nivel educativo bajo ($p=0,0266$), aquellos con mayor comorbilidad ($p=0,0461$), aquellos que utilizan medicamentos para el tracto digestivo y el metabolismo ($p=0,0475$) y los que utilizan medicamentos para la sangre y los órganos hematopoyéticos ($p=0,0466$). Para el grupo de necesidad NOM, los pacientes con

enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas ($p=0,0587$) fueron mayores de lo esperado; y para el grupo de seguridad NOM, solo los pacientes mayores de 74 años ($p=0,01809$) se encontraban en mayor número.

Para esta población se concluyó que existen diversos factores relacionados con la ocurrencia de NOM, como la edad, escolaridad, número de comorbilidades, uso de medicamentos para el tracto digestivo y el metabolismo, y medicamentos para la sangre y órganos hematopoyéticos. El uso de la clasificación del tercer consenso de Granada fue muy importante para el reconocimiento y medición de los NOM.

- **Ramos Linares S, Díaz Ruiz P, Mesa Fumero J, Núñez Díaz S, Suárez González M, Callejón G. realizaron una investigación titulada Incidencia de resultados negativos de medicación en un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. España, 2010 (21).**

De acuerdo con los hallazgos de este estudio, una parte considerable de las emergencias hospitalarias (33%) fueron provocadas por reacciones adversas a medicamentos (NDR). En un gran número de casos, estos RNM pueden evitarse. Los pacientes fueron seleccionados para el estudio mediante un proceso de muestreo aleatorio en dos etapas en la sala de emergencias de un hospital terciario. Para la recogida de datos se utilizó la historia clínica de los pacientes y un cuestionario validado. Se utilizó una estructura de causa y efecto para organizar los datos, que incluían posibles factores de riesgo de NRD, posibles efectos secundarios de los medicamentos, consecuencias de NRD y posibles factores de confusión. Cuatro evaluadores imparciales utilizaron la metodología Dáder para evaluar la información recopilada. Los hallazgos del estudio revelaron que la frecuencia de RMN fue mayor en mujeres, usuarios de drogas, pacientes mayores, aquellos con enfermedades subyacentes y aquellos de clases socioeconómicas más bajas. La cantidad de drogas consumidas, tener relaciones sexuales y el índice de prácticas de salud fueron factores que aumentaron el riesgo de RNM. La discusión del estudio apunta a que cerca de un tercio de las emergencias hospitalarias examinadas fueron causadas por NRD, y estas NRD estaban vinculadas a las mismas variables encontradas en otros estudios, incluyendo la cantidad de drogas consumidas, el sexo de la usuaria, la edad y la clase social. Además, se encontró que los pacientes con enfermedades de base y bajos índices de práctica de salud tenían una mayor incidencia de ENR.

En conclusión, este estudio enfatiza la importancia de una prescripción juiciosa y un seguimiento farmacoterapéutico para minimizar la ocurrencia de resultados negativos de medicación y las consiguientes visitas a las salas de emergencia de los hospitales. Para prevenir los NRD y mejorar la seguridad del paciente cuando usa medicamentos,

puede ser efectivo identificar los factores de riesgo y promover prácticas de salud apropiadas.

- **García V, Marquina I, Olabarri A, Miranda G, Rubiera G, Baena MI. Resultados negativos asociados con la medicación en un servicio de urgencias hospitalario. Trabajo de investigación Hospital agrícola– España, 2008 (22).**

El propósito de este estudio fue determinar con qué frecuencia los pacientes que visitaron la sala de emergencias (ED) de un hospital terciario experimentaron reacciones adversas a medicamentos (NDR). El objetivo fue describir estos resultados negativos en términos de su gravedad, costo y prevención, así como identificar las causas de los mismos. Para realizar el estudio se utilizaron métodos transversales, descriptivos y observacionales. Se utilizaron los testimonios de los pacientes y un examen de sus registros médicos de emergencia para recopilar información. Los principios del Tercer Consenso de Granada y el método Dáder sirvieron de base para este trabajo. Se utilizó la prueba de Pearson 2 para analizar los datos con el fin de buscar correlaciones entre la presencia de RMN y la edad, el sexo o el número de medicamentos. El Baena et al. Se utilizaron criterios para determinar la evitabilidad de los NRD. mientras que el grado de gravedad estuvo determinado por si el paciente estaba ubicado en un área de observación o en un hospital. Los hallazgos del estudio mostraron que el 24% de los pacientes visitaron la sala de emergencias como resultado de una resonancia magnética. De este grupo, la hospitalización fue necesaria para el 61% de la población para tratar su problema de salud relacionado con RNM. Según la investigación, el 77,3% de los ingresos provocados por NRD y el 83,9% del total de NRD podrían haberse evitado. Además, hubo una correlación estadísticamente significativa entre tener RNM y tomar cinco o más medicamentos. Se estimó que el tratamiento de las ENR prevenibles costó 14.666.178 € en 2003. En conclusión, la alta prevalencia de la RMN entre los pacientes atendidos en urgencias, su alto porcentaje de evitabilidad y la carga económica que supone para el sistema sanitario avalan la necesidad de establecer programas de prevención basados en el seguimiento farmacoterapéutico. De acuerdo con estos resultados, los NRD son un problema importante que requiere atención y medidas preventivas.

- **Figuroa Calderón RI, Navarro Prada. EL Estudio de utilización de medicamentos antipsicóticos en combinación, para manejo de la esquizofrenia tipo paranoide en pacientes hombres del servicio de hospitalización de Psiquiatría General del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, realizaron un trabajo de**

investigación en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Brasil, en el periodo 2008 – 2017 (23).

El objetivo del estudio fue investigar las características clínicas y sociodemográficas de las personas que recibieron apoyo de la Asociación de Atención Farmacéutica Especializada (CEAF) para el tratamiento antipsicótico de la neuropatía atípica por esquizofrenia en Brasil entre 2008 y 2017.

Estudio de cohorte retrospectivo utilizando registros de complejos, procedimientos de alto rendimiento del Sistema de Información Ambulatoria del sistema de salud unificado de todos los estados brasileños.

El total de usuarios es de 759.654 personas, de las cuales el 50,5% son mujeres de la región Sudeste (60,2%) diagnosticadas con esquizofrenia paranoide (77,6%). La Risperidona se utilizó con mayor frecuencia en niños/adolescentes (63,3%); Olanzapina (34,0%) en adultos; y Quetiapina (47,4%) en ancianos. Aproximadamente el 40% de los niños/adolescentes utilizan antipsicóticos no aprobados, según la edad. El cumplimiento del CEAF fue alto (82%) y la tasa de abandono a los 6 meses fue del 24%.

➤ **Gardner D.” Fármacos antipsicóticos modernos. revisión crítica”. Estados Unidos (EE. UU) el año 2005 (24)**

Los antipsicóticos han sido fundamentales en el tratamiento de trastornos psiquiátricos graves, utilizados tanto en situaciones agudas como en tratamientos a largo plazo. Los antipsicóticos convencionales, utilizados durante más de cincuenta años, han sido gradualmente reemplazados por los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, como aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona y ziprasidona. A continuación, se presenta una reseña crítica que evalúa la farmacología, eficacia terapéutica, tolerabilidad, efectos adversos y costos de los antipsicóticos modernos en comparación con los convencionales. Desde el punto de vista farmacológico, los antipsicóticos convencionales, como las fenotiazinas, tioxantenos y butirofenonas, actúan principalmente bloqueando los receptores de dopamina D2. Por otro lado, los antipsicóticos atípicos tienen un mecanismo de acción más diverso, afectando no solo los receptores D2, sino también otros sistemas de neurotransmisores, como la serotonina. Por lo que la eficacia terapéutica de un antipsicótico atípico denominado Clozapina demostró en un estudio de 1988 ser superior a la clorpromazina y al haloperidol en pacientes con esquizofrenia resistente, mostrando una mayor eficacia y menos efectos adversos neurológicos. Sin embargo, la evidencia sobre la superioridad general de los antipsicóticos atípicos sobre los convencionales es problemática y no siempre consistente, debido a que inicialmente fueron promocionados por su menor riesgo de síntomas extrapiramidales, comunes con los antipsicóticos convencionales.

Sin embargo, los atípicos también presentan sus propios efectos adversos, como el aumento de peso, dislipidemia y diabetes. Es crucial evaluar estos efectos adversos en el contexto del tratamiento a largo plazo.

Los antipsicóticos atípicos suelen ser significativamente más caros que los convencionales. Este factor económico es importante a considerar, especialmente cuando la eficacia y la tolerabilidad no muestran diferencias marcadas. Debido a las diferencias menores en la eficacia clínica y la tolerabilidad entre los antipsicóticos convencionales y los atípicos, junto con las preocupaciones sobre las consecuencias adversas a largo plazo de algunos antipsicóticos modernos, es razonable considerar ambos tipos de fármacos en la práctica clínica. Es esencial informar a los pacientes sobre los beneficios, riesgos y costos relativos de cada opción, para que puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y, aunque los antipsicóticos atípicos han dominado la práctica clínica moderna, los antipsicóticos convencionales aún tienen un papel importante y no deben ser descartados sin una evaluación cuidadosa de cada caso individual.

2.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES

➤ **Villanueva, D. Frecuencia de trastornos mentales y sus características sociodemográficas en pacientes con COVID-19 ingresados en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana en el año 2023(25)**

La descripción de las características y los diagnósticos de pacientes psiquiátricos con COVID-19 durante la pandemia ha sido poco descrita en el Perú.

Describir la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos y sus características sociodemográficas en pacientes con prueba antigénica positiva a COVID-19 en un hospital psiquiátrico peruano durante julio 2020 a julio 2021.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo basado en la revisión de 100 historias clínicas de pacientes entre 18 y 70 años. Las variables estudiadas fueron el diagnóstico de ingreso y variables sociodemográficas como edad, sexo, nivel académico, ocupación y días de estancia. Los diagnósticos más frecuentes fueron esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes (49%) y los trastornos del humor (37%). El 66% pertenecía a los niveles socioeconómicos más bajos y el 60% eran pacientes continuadores. El mes de abril de 2021 presentó la mayor cantidad de ingresos (n=15). Durante un año de observación en tiempos de emergencia sanitaria por la COVID-19, ingresaron a un hospital psiquiátrico de referencia 100 pacientes con diagnóstico psiquiátrico que además tuvieron infección por SARS-CoV-2; la mayoría de estos pacientes tuvo trastornos psicóticos.

- **Iliquin, T. Frecuencia de la esquizofrenia en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Virgen de Fátima, realizó un estudio en Chachapoyas, en el periodo de 2017-2019 (26).**

Este estudio es de carácter descriptivo, cuantitativo, no experimental y retrospectivo. Su objetivo fue determinar la incidencia de esquizofrenia en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017-2019. También se utilizó como herramienta la técnica de actigrafía "Ficha de incidencia de esquizofrenia en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017-2019". Los resultados mostraron que las tasas de diagnóstico fueron: 2017 (62%), 2018 (19%) y 2019 (18,8%), respectivamente. Frecuencia por género: 2017 (35,2%) femenino y (26,8%) masculino, 2018 (11,7%) femenino y (7,5%) masculino, 2019 (12,2%) femenino y (6,6%) masculino. Tasas de incidencia por edad: 2017 [15 a 29 años] 25,4%, 2018 [15 a 29 años] 6,1% y 2019 [15 a 29 años] 8,5%. Frecuencia por tipo: paranoide 2017 (61%), hebefrénico (0,5%) y no especificado (0,5%), paranoico 2018 (17,8%), paranoia no especificada (1,4%) y 2019 (17,4%), depresión post-esquizofrénica (0,5%), residuo (0,5%) y natural (0,5%). Colocaciones realizadas: Tercer lugar en 2017 (3%), tercer lugar en 2018 (0,9%) y cuarto lugar en 2019 (0,9%). La esquizofrenia en 2017 ocurrió con mayor frecuencia que en 2018 y 2019. La frecuencia depende del género y es mayor en mujeres. La incidencia por edad fue mayor entre los 15 y los 29 años. La incidencia por tipo fue paranoica y ocupó el tercer lugar en 2017-2018 y el cuarto en 2019.

- **Saavedra JE. Polifarmacia psiquiátrica en personas con esquizofrenia en un establecimiento público de salud mental, realizó un estudio en Universidad Peruana Cayetano Heredia, en Lima, Perú en el año 2018(27)**

El propósito de este estudio fue determinar retrospectivamente la prevalencia de múltiples medicamentos psiquiátricos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que reciben atención ambulatoria en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (Lima, Perú).

Se analizaron 430 historias clínicas de pacientes clínicamente estables con diagnóstico de esquizofrenia que en 2016 fueron atendidos en una clínica para adultos o en el módulo de intervención a corto plazo del instituto.

El 84,4% de la muestra tomaba más de un psicofármaco, con una media de 3,0 psicofármacos por paciente. El 40,5% tomaba más de un antipsicótico, con una media de 1,5 antipsicóticos por paciente. El 96,2% de los que tomaban antipsicóticos de depósito tenían uno o más medicamentos psicotrópicos adicionales, y el 86,2% tenía

uno o más antipsicóticos orales adicionales. En cuanto a los medicamentos psicotrópicos adicionales, el 50,9% tomaba benzodiazepinas, el 47,0% tomaba anticolinérgicos, el 24,4% tomaba antidepresivos, inhibidores de la recaptación de serotonina y el 21,2% tomaba al menos un estabilizador del estado de ánimo. El número de medicamentos psicotrópicos utilizados en general y de antipsicóticos en particular se asoció significativamente con el número de hospitalizaciones previas, el tratamiento anticonvulsivo previo y el uso de antipsicóticos de primera generación y el uso de antipsicóticos de depósito.

Se encontraron altas tasas de polifarmacia psiquiátrica en la población de estudio, lo que debería impulsar la revisión de guías clínicas y el desarrollo de estándares que regulen el uso de medicamentos psicotrópicos.

2.2.3. ANTECEDENTES LOCALES

- **Ramos Quispe CR, Montes Sence MM. Evaluación del uso de psicofármacos en pacientes con trastornos mentales del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II en el periodo 2014 - 2015. Universidad Nacional de San Antonio Abad del, realizaron un trabajo de investigación en departamento de Cusco en el año 2017 (28).**

El objetivo del estudio fue el uso de psicofármacos en pacientes con trastornos mentales del hospital de salud mental “SAN JUAN PABLO II”. Para llevar a cabo la investigación, se recopilaron datos sobre el uso de drogas psicotrópicas entre los pacientes del hospital durante el período de tiempo mencionado anteriormente. También realizaron evaluaciones periódicas para rastrear la eficacia de las drogas psicoactivas utilizadas, así como los efectos secundarios y cualquier cambio en el tratamiento a lo largo del tiempo. Se recopiló información sobre el tipo de trastorno mental diagnosticado, los medicamentos prescritos, la dosis y duración del tratamiento, etc. El estudio determinó que los fármacos más utilizados fueron los ansiolíticos con un 223.50%, antipsicóticos atípicos con 21.88%, barbitúricos 2121.13% antidepresivos con 8.75% y **antipsicóticos picos** con un 5.8%. Se identificó que los 70 fueron calificados como probables RAMs, 52 casos como definidos.

2.3. ESTADO DE LA CUESTION

El estudio busca resaltar la importancia de abordar los resultados negativos de la medicación (RNM) como un grave problema de salud pública y la necesidad de colaboración entre los profesionales de la salud para reducirlos. La morbilidad relacionada con fallas de medicamentos se refiere a enfermedades o complicaciones que pueden surgir como resultado de errores o problemas con los medicamentos. Estos

errores pueden incluir la administración inadecuada de medicamentos o la prescripción incorrecta.(29).

El estudio busca resaltar la importancia de abordar los resultados negativos de la medicación (RNM) como un grave problema de salud pública y la necesidad de colaboración entre los profesionales de la salud para reducirlos. La morbilidad relacionada con fallas de medicamentos se refiere a enfermedades o complicaciones que pueden surgir como resultado de errores o problemas con los medicamentos. Estos errores pueden incluir la administración inadecuada de medicamentos o la prescripción incorrecta.(30).

Se puede evidenciar mediante bibliografía que mencionar a los antipsicóticos típicos, también conocidos como “neurolépticos” o de primera generación, como tratamiento para dichas enfermedades ya mencionadas, es claramente visible que podrían causar efectos como el síndrome neuroléptico, efectos extrapiramidales, entre otros, que, a diferencia de los antipsicóticos atípicos, son los efectos clínicamente desfavorables, en general reacciones metabólicas.(31)

Por consiguiente, el interés por los resultados negativos asociados al uso de estos medicamentos es relevante, por lo que debe tener en cuenta la revisión de las mismas a través de las historias clínicas y el evaluar el seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes, dado que las poblaciones afectadas suelen ser vulnerables, como adultos de edad avanzada, niños , adolescentes e incluso mujeres en gestación, en los que se prescriben antipsicóticos con mayor frecuencia y hay pocos datos clínico-bioquímicos para monitorear los efectos secundarios.

2.4. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.4.1. La salud mental.

El bienestar general de un individuo, en particular su salud mental, afecta en gran medida su capacidad para funcionar y disfrutar de la vida. Se refiere al estado emocional, psicológico y social de una persona y está influenciado por una serie de elementos, incluidas las experiencias de vida, el entorno social, la predisposición genética y las condiciones biológicas.

Promover el acceso equitativo a los servicios de salud mental y reducir el estigma relacionado con los trastornos mentales requiere reconocer la importancia de la salud mental como un derecho humano fundamental. Para garantizar el bienestar integral de las personas, la salud mental debe cuidarse adecuadamente, al igual que la salud física.(32)

2.4.1.1. Definición de esquizofrenia.

Manifestaciones clínicas de una enfermedad mental crónica, la que se caracteriza por cambios o distorsiones en el pensamiento y la percepción tanto de las emociones como de las acciones, en el que existe confusión de ideas. Las alucinaciones son una característica del mismo estado de la enfermedad y la percepción puede extenderse más allá de los límites de la realidad. Dentro de ello, todos los pensamientos auditivos e irracionales, el cese de actividades rutinarias y habla incoherente, egocentrismo, descuido con la higiene personal y comportamiento extravagante.(33)

2.4.1.2. Bases etiológicas de la Esquizofrenia

La esquizofrenia generalmente se presenta con una combinación de factores de riesgo, con una predisposición genética. Actualmente, se basa en esta vulnerabilidad genética, que es compleja en la implicación de una combinación de variables genéticas con un impacto mínimo. Los factores de riesgo ambiental también son parte de la etiología de la esquizofrenia, y algunos pacientes desarrollan la enfermedad en edad temprana de la vida, generando vulnerabilidad y alteraciones durante las etapas del neurodesarrollo.(34)

2.4.1.3. Epidemiología

Según estudios internacionales de la (OMS), la prevalencia estimada en los hombres y las mujeres es respectivamente entre los 24 y 27 años hasta que se manifiesta la enfermedad. La incidencia es de 0,84 % para hombres y 0,79 % para mujeres.(35)

2.4.1.4. Factores Biológicos

- Modificaciones en la estructura del cerebro, específicamente en las regiones frontal, temporal, límbica y ganglionar, que presentan niveles basales no patológicos en los que existe una asociación entre la expansión de los ventrículos cerebrales.
- Los signos negativos como la apatía y la anhedonia (incapacidad para experimentar placer), así como la tolerancia, incluyen cambios de la irrigación cerebral y el metabolismo.
- El desarrollo cambiante del cerebro adolescente según la teoría del neurodesarrollo por el crecimiento de axones y dendritas en las neuronas.
- Varias alteraciones neuroquímicas como la actividad dopaminérgica aumentada, cambios en los sistemas colinérgico, serotoninérgico y noradrenérgico, neuropéptidos, gaba y glutamatérgicos.
- Influencias endocrinas. En las que se presentan modificaciones de la función en la prolactina, melatonina y tiroides. (36)

2.4.1.5. Factores de riesgo asociados

a) Predisposición genética:

El riesgo de desarrollar la esquizofrenia es:

- Población general: 1%
- Familiar de paciente esquizofrénico. (no gemelo). 8 %
- Hijo con uno de los padres esquizofrénico. 12%
- Gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico. 12%
- Hijo con padre y madre esquizofrénicos. 40%
- Gemelo monocigótico de un paciente esquizofrénico. 47%

b) **Ambiente familiar:** La existencia de familias con predominio de “emoción expresada” (intercambio de comentarios críticos, hostilidades o excesivo compromiso emocional) hace que el paciente, a pesar de un buen tratamiento, tenga la enfermedad con síntomas.

c) **Factores socioeconómicos y culturales:** La esquizofrenia prevalece en los grupos socioeconómicos más bajos.

d) **Personalidad:** Antes de iniciar el cuadro los pacientes son descritos como personas retraídas, tímidas, excéntricas, desconfiadas o excesivamente sumisas.(36)

2.4.2. Esquizofrenia y los trastornos relacionados

Se refiere a problemas con diversas facetas del pensamiento y la función cognitiva en los que podría haber problemas con el enfoque y la atención, el recuerdo de la información, la incapacidad para planificar y organizar, y problemas con el pensamiento abstracto y la resolución de problemas, afectando el funcionamiento diario y la calidad de vida. La medicación, la terapia psicoterapéutica y el apoyo psicosocial se utilizan con frecuencia en el tratamiento multidisciplinario de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos relacionados. El grupo de fármacos que se utiliza con mayor frecuencia para tratar los síntomas psicóticos es el de los antipsicóticos. Las personas pueden controlar los síntomas, mejorar la funcionalidad y fomentar mecanismos de afrontamiento efectivos con la ayuda de la terapia psicoterapéutica, como la terapia cognitiva conductual. El tratamiento a largo plazo de estos trastornos también requiere la prestación de apoyo psicosocial, que puede adoptar la forma de educación, asistencia familiar y servicios de rehabilitación psicosocial.(37)

2.4.2.1. Causas de la Esquizofrenia

Según los estudios, se puede considerar que existen componentes genéticos como ambientales en la esquizofrenia. En comparación con la población general, aquellos que tienen familiares de primer grado con esquizofrenia, como padres o hermanos, tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad. Si un pariente cercano se ve afectado, se cree que el riesgo aumenta a alrededor del 10% en esos individuos.

Algunos de estos factores incluyen problemas con el embarazo y el parto, como la infección materna por influenza durante el segundo trimestre del embarazo, la falta de oxígeno durante el parto, el bajo peso al nacer y la incompatibilidad del grupo sanguíneo entre la madre y el hijo. El riesgo de esquizofrenia también se ha relacionado con infecciones cerebrales y el consumo de cannabis, que especialmente durante la adolescencia, también puede aumentar el riesgo de esquizofrenia en personas con ciertas predisposiciones genéticas. El consumo temprano y frecuente de cannabis se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar síntomas psicóticos, incluidos los relacionados con la esquizofrenia. Es crucial tener en cuenta que la ausencia de estos factores de riesgo no impide el desarrollo de la enfermedad, ya que la esquizofrenia puede ocurrir en personas que no tienen estos factores de riesgo.(38)

2.4.2.2. Síntomas de la Esquizofrenia

- La esquizofrenia puede ser repentina o gradual, y los síntomas de cada persona afectada serán únicos tanto en gravedad como en la naturaleza de la misma; sin embargo, a veces, los síntomas son tan graves que dificultan el funcionamiento en el trabajo, la interacción con los demás o el cuidado de uno mismo. Los eventos estresantes de la vida, como perder un trabajo o terminar una relación romántica, por ejemplo, pueden causar o exacerbar los síntomas de la esquizofrenia; el uso de drogas, incluida la marihuana, también puede causar o exacerbar los síntomas. En general, hay cuatro categorías principales en las que se pueden dividir los signos de la esquizofrenia.
- Los delirios, las alucinaciones, los pensamientos confusos y el comportamiento extraño son ejemplos de síntomas positivos.
- Los síntomas negativos, como la falta de expresión emocional, la falta de motivación y el aislamiento social, sugieren una disminución o ausencia de las capacidades emocionales, sociales y motivacionales.
- Los síntomas de desorganización incluyen problemas con el lenguaje y la comunicación, así como dificultades con la organización y coherencia del pensamiento.
- Los problemas de atención, memoria, pensamiento abstracto y funciones ejecutivas son síntomas de deterioro cognitivo.(39)

Los síntomas positivos de la esquizofrenia: Son aquellos que implican una distorsión de las funciones normales y pueden incluir delirios y alucinaciones. Los delirios son falsas creencias que no se corresponden con la realidad y las alucinaciones son percepciones sensoriales que no existen en el entorno real.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia: Se caracterizan por una disminución o pérdida de las funciones emocionales y sociales normales. Estos síntomas pueden

incluir expresión reducida de emociones, pobreza del habla, anhedonia (incapacidad para experimentar placer) y falta de sociabilidad.

El deterioro cognitivo: Implica dificultades en la concentración, organización, planificación y resolución de problemas. Los síntomas depresivos, la desesperanza, el desempleo y los episodios psicóticos recientes aumentan el riesgo de suicidio.(40)

Es importante destacar que el tratamiento adecuado y el apoyo psicosocial son fundamentales para ayudar a las personas con esquizofrenia a gestionar sus síntomas y reducir los riesgos asociados. Los médicos y los profesionales de la salud mental trabajan en colaboración con los pacientes para desarrollar planes de tratamiento individualizados que aborden sus necesidades específicas. Es esencial desafiar los estereotipos y promover una comprensión más precisa de la esquizofrenia y otros trastornos mentales lo cual es clave para fomentar un entorno de apoyo y compasión hacia las personas que viven con enfermedades mentales, ayudándoles a tener una vida plena y significativa.(37)

2.4.2.3. Diagnóstico: Sobre la base de una serie de criterios específicos, la evaluación de un médico en el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia es importante; entre ellos tenemos:

- **Pruebas y análisis de imágenes:** Las pruebas de imágenes, como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética nuclear (RMN), se pueden realizar para excluir la presencia de un tumor cerebral u otras afecciones neurológicas que puedan manifestar síntomas similares a los de la esquizofrenia. Sin embargo, el diagnóstico de esquizofrenia no se puede hacer únicamente con base en estas pruebas.
- **Evaluación completa del historial médico y los síntomas:** Se requiere la presencia de dos o más de los síntomas típicos de la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento desorganizado, síntomas negativos) durante al menos tres meses para realizar el diagnóstico, así como el hecho de que estos síntomas afectan significativamente al paciente en el trabajo, en el salón de clases o en las interacciones sociales. Para determinar la fecha de inicio del trastorno, puede requerir información de familiares, amigos o maestros.
- **Las pruebas de laboratorio:** Se usan para descartar otros trastornos que pueden tener síntomas similares a la esquizofrenia, como trastornos por uso de sustancias, afecciones médicas subyacentes, afecciones neurológicas y trastornos hormonales, para descartar trastornos por uso de sustancias, trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno esquizotípico de la personalidad.

2.4.2.4. Pronóstico

En cuanto al pronóstico de la esquizofrenia, destaca lo siguiente:

- La detección y el tratamiento tempranos son importantes porque mejoran los resultados.
- La adherencia al tratamiento con medicamentos puede disminuir la probabilidad de nuevos episodios y la gravedad de los síntomas. Sin embargo, muchos pacientes con esquizofrenia no toman sus medicamentos según las indicaciones, lo que aumenta la posibilidad de recaída y readmisión en el hospital.
- El pronóstico a largo plazo varía en términos de mejoría y discapacidad. Un tercio de los afectados presenta una discapacidad grave y permanente, otro tercio presenta mejoras intermitentes, pero también recaídas e incapacidad residual, y el tercio restante presenta una mejora significativa y duradera. Solo el 15% de las personas con esquizofrenia aún pueden realizar sus tareas diarias como lo hacían antes de enfermarse.(38)

Factores asociados a un mejor pronóstico:

- **Detección y tratamiento tempranos:** Cuanto antes se inicie el tratamiento, mejores serán los resultados. El pronóstico depende de la adherencia al tratamiento farmacológico.
- **Adherencia al tratamiento:** La adherencia a la terapia con medicamentos puede disminuir la gravedad de los síntomas y la posibilidad de nuevos episodios. Si bien esto puede aumentar el riesgo de recaída y readmisión en el hospital, muchos pacientes con esquizofrenia no toman los medicamentos recetados según las indicaciones.(36)
- **Un pronóstico no favorable es causado por una serie de factores:** Incluidos problemas de funcionamiento antes del inicio de la enfermedad, antecedentes familiares de esquizofrenia, la presencia de muchos síntomas negativos y un largo retraso entre el primer episodio psicótico y el tratamiento. Aunque las mujeres responden mejor a la medicación antipsicótica, los hombres suelen tener un peor pronóstico que las mujeres. Es fundamental tener en cuenta que el pronóstico de cada persona puede ser diferente y que la calidad de vida de las personas con esquizofrenia puede mejorar con el apoyo y el tratamiento adecuados(38)

2.4.3. TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar se caracteriza por estados de ánimo muy fluctuantes, que pueden ir desde la depresión (tristeza extrema) hasta la manía (euforia extrema) o la hipomanía

(una forma más leve de manía). Los episodios maníacos o hipomaníacos pueden causar una felicidad extrema, una oleada de energía, habla rápida, pensamientos acelerados, falta de juicio y, ocasionalmente, un comportamiento impulsivo o arriesgado. Tratamiento: Una estrategia completa que combine medicamentos y terapia puede ayudar a las personas con trastorno bipolar a controlar sus síntomas. Los cambios de humor extremos pueden reducirse con la ayuda de medicamentos como estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos y antidepresivos. La terapia de conversación es una forma de terapia psicológica que puede ayudar a controlar los síntomas y mejorar el funcionamiento emocional.

Estrategia de tratamiento: Dependiendo de sus necesidades y la gravedad de sus síntomas, cada persona puede tener una estrategia de tratamiento única. Encontrar la combinación ideal de tratamientos y medicamentos requiere una estrecha colaboración con los profesionales de la salud mental.

El apoyo de familiares, amigos y grupos de apoyo puede ser extremadamente útil para controlar el trastorno bipolar. Las personas que reciben apoyo emocional son más capaces de manejar las dificultades y continuar con su tratamiento(41)

- Para que se le diagnostique el trastorno bipolar I, una persona debe tener al menos un episodio maníaco que dure al menos siete días o que sea tan grave que deba ser hospitalizado de inmediato. Los episodios maníacos se caracterizan por un aumento del vigor, euforia exagerada, locuacidad inusual, comportamiento impulsivo y, en casos graves, psicosis. Los episodios depresivos, que son períodos de tristeza extrema, pérdida de interés y otros síntomas depresivos que duran al menos dos semanas, son otro síntoma del trastorno bipolar I, además de los episodios maníacos. También es posible experimentar episodios mixtos, que muestran simultáneamente síntomas maníacos y depresivos.
- Los episodios maníacos del trastorno bipolar II, también conocidos como episodios hipomaníacos, son menos graves. En una forma más leve de manía conocida como hipomanía, los síntomas se asemejan a los de un episodio maníaco, pero no alcanzan su máxima intensidad. Las personas con trastorno bipolar II suelen pasar por al menos un episodio depresivo mayor y un episodio hipomaníaco. Este tipo tiene episodios depresivos que son más severos.
- La ciclotimia se caracteriza por episodios de hipomanía y depresión que no son tan graves como en otros tipos de trastorno bipolar. De naturaleza crónica, estos síntomas duran al menos dos años en adultos y un año en niños y adolescentes.

A pesar de no ser tan graves como los episodios maníacos o depresivos, los síntomas aún pueden dificultar las tareas diarias.

Es crucial recalcar que el trastorno bipolar solo debe ser diagnosticado y tratado por especialistas en salud mental, como psiquiatras o psicólogos, debido a la complejidad de la condición y la amplia gama de síntomas que pueden manifestarse en diferentes personas.(41)

2.4.4. FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS

Los antipsicóticos, también conocidos como neurolépticos, son fármacos que se utilizan para tratar los signos y síntomas de trastornos psicóticos como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos. Por tanto, además de la acción antipsicótica, poseen otras acciones farmacológicas.(42)

2.4.3.1 ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS

Todos los antipsicóticos típicos, poseen propiedades similares en el mecanismo de acción (antidopaminérgica, estimulación de la producción de prolactina, antiemético, anticolinérgico, sedante y bloqueador alfa-adrenérgico) y el perfil de seguridad. Dentro los AT el de primera elección es la clorpromazina, se usan para tratar la agitación y el comportamiento combativo en los pacientes, pero para los signos positivos de la psicosis, como los delirios y las alucinaciones, tienen menor éxito. Posteriormente, se introdujeron otros antipsicóticos que demostraron tener más éxito en la reducción de los síntomas positivos. La tioridazina y la flufenazina son algunos ejemplos de estas fenotiazinas más potentes. Además de las fenotiazinas, se desarrollaron otros medicamentos antipsicóticos, como el haloperidol y loxapina, y también se ha demostrado que son eficaces en el tratamiento de los síntomas positivos de la psicosis.(43)

2.4.3.2. ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Los antipsicóticos atípicos pueden tener un impacto en otros sistemas de neurotransmisión cerebral, incluidos los receptores de glutamato y norepinefrina, además de los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico.

Su eficacia en el tratamiento de los síntomas de la esquizofrenia puede atribuirse a estos mecanismos de acción más amplios. Los antipsicóticos atípicos pueden ser efectivos para tratar los síntomas de la esquizofrenia, pero es importante recordar que también pueden tener efectos secundarios graves como la sedación, aumento de peso,

impotencia sexual y problemas metabólicos; la diabetes y la dislipidemia son algunos de estos efectos secundarios. Los usuarios de antipsicóticos deben ser monitoreados de cerca por un médico y/o químico farmacéutico para determinar la efectividad y manejar cualquier posible efecto secundario.(44)

2.4.3.3. Los efectos adversos causan problemas

Al igual que ocurre con los antipsicóticos típicos o de primera generación, las reacciones adversas en general son comunes a todos los antipsicóticos, aunque puede diferir la frecuencia y/o intensidad. Existen algunas precauciones que hay que tener en cuenta siempre que se inicie un tratamiento antipsicótico. Riesgo de mortalidad en ancianos con demencia, por lo que se debe tener precaución cuando se utilizan en esta población.

Sedación y somnolencia: Es un efecto adverso frecuente en los antipsicóticos; se recomienda administrar las dosis más altas por la noche. La sedación es mayor con antipsicóticos como clozapina, quetiapina y olanzapina.

Síndrome metabólico: Siendo un conjunto de alteraciones metabólicas consistentes en aumento de peso, intolerancia a la glucosa, dislipemia e hipertensión arterial.

Los fármacos antipsicóticos atípicos, pueden causar los efectos adversos siguientes: Estreñimiento, sequedad de boca, congestión nasal, visión borrosa, fotofobia, midriasis, hipotensión ortostática, taquicardia, retención de orina, sedación, aumento del peso corporal, ictericia, elevación de las enzimas hepáticas, disfunción sexual, agranulocitosis, convulsiones, diabetes. (42)

➤ CLOZAPINA

- **Mecanismo de acción:** Bloquea los receptores dopaminérgicos D1 y D2, bloquea los receptores serotoninérgicos tipo 2A (5-HT_{2A}), además que estimula levemente la producción de prolactina y tiene actividad antiemética, anticolinérgica, sedante y bloqueante alfa-adrenérgica tiene débil actividad bloqueante ganglionar, antihistamínica y anti serotoninérgica.(45)

Farmacocinética	
Absorción	50-60%
Unión a Proteínas plasmáticas	95%
Metabolismo hepático	CYP1A2 y en menor medida por el CYP3A4, 2D6 y 2C19
Semivida de eliminación	12 h

Fuente: Guía práctica en esquizofrenia(34)

En fumadores, los niveles plasmáticos de clozapina son menores que en no fumadores, ya que el humo del tabaco actúa como potente inductor del CYP1A2. Hay que tenerlo

en cuenta cuando el paciente deja de fumar; es esperable un incremento de los niveles plasmáticos de clozapina y, por tanto, vigilar sintomatología y ajustar las dosis.(36)

- **Indicaciones:**

- Tratamiento de los desórdenes bipolares
- Tratamiento del temblor y de las psicosis en la enfermedad de Parkinson
- Tratamiento de alteraciones graves del comportamiento (p. ej. agitación, agresión, fobias, psicosis, etc.) debido a síndromes orgánicos del cerebro o demencias.(43)

- **Reacciones adversas:**

- Agranulocitosis-. Puede ocurrir independientemente de la dosis, La mayoría de los casos ocurren al inicio del tratamiento, dentro de las seis semanas a seis meses, y requieren un control exhaustivo del recuento absoluto de neutrófilos en sangre.
- Miocarditis-. Es poco frecuente que afecta a menos del 3% de los pacientes.
- Síndrome metabólico-. Se asocia con un aumento de peso significativo, diabetes tipo 2, cetoacidosis diabética y un aumento de los niveles de lípidos debido a una mayor resistencia a la insulina
- Convulsiones-. El riesgo suele depender de la dosis, alrededor del 1% al 6%, especialmente con una titulación rápida, y podría ser más frecuente en pacientes más jóvenes.
- Salivación excesiva-. La sialorrea es una afección benigna y dependiente de la dosis.
- Constipación-. Pueden afectar el sistema gastrointestinal y provocar estreñimiento o incluso íleo.
- Síndrome neuroléptico maligno-. incluyen rigidez muscular, alteración del estado mental, disfunción autonómica, hipertermia y fluctuación de la presión arterial.(46)

- **Dosis:**

- ✚ Dosis inicial:12.5 mg
- ✚ Dosis mantenimiento:300mg a 450 mg
- ✚ Dosis máxima:900 mg

- **Presentaciones**

- ✚ Clozapina 25mg en tabletas.
- ✚ Clozapina 100mg en tabletas.

➤ OLANZAPINA

Es un fármaco antipsicótico que se utiliza principalmente para tratar trastornos psicóticos como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Su mecanismo de acción implica el antagonismo de diferentes tipos de receptores en el cerebro.

- **Mecanismo de acción:** Los receptores de dopamina tipo 1, 2 y 5, así como los receptores de hidroxitriptamina (serotonina) tipo 2A y 2C, son todos poderosamente antagonistas de la olanzapina. También inhibe los receptores de histamina H1 y los receptores muscarínicos tipo 1 a 5. Debido a su mayor afinidad por los receptores serotoninérgicos que por los dopaminérgicos, la olanzapina tiene una menor frecuencia de efectos extrapiramidales. Debido a esta diferencia en la actividad, la olanzapina tiene más éxito en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia, que son los relacionados con la disminución de la función cognitiva y emocional(47)

Farmacocinética	
Absorción	Buena absorción oral
Unión a Proteínas plasmáticas	93%
Metabolismo hepático	CYP1A2, CYP 2D6
Semivida de eliminación	33-51 h

Fuente: guía de práctica clínica en esquizofrenia(36)

- **Indicaciones:**

- Tratamiento de enfermedades psicóticas, incluidas psicosis aguda y esquizofrenia.
- Tratamiento de alteraciones graves del comportamiento debido a la demencia en pacientes geriátricos, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson terminal o la demencia con cuerpos de Lewy.
- Tratamiento del desorden bipolar agudo con manía aguda con características psicóticas.(48)

- **Reacciones adversas:**

Perfil de efectos adversos

- Los efectos más frecuentes son aumento de peso, intolerancia a la glucosa, dislipemia y sedación.
- Puede producir hiperprolactinemia y prolongación del intervalo QT.
- Baja incidencia de distonía y discinesia tardía.
- En general produce efectos anticolinérgicos transitorios y leves.

Fuente: Guía de práctica clínica en esquizofrenia(36)

- **Dosis:**

- ✚ Dosis inicial:5 mg
- ✚ Dosis mantenimiento:10 mg a 20 mg
- ✚ Dosis máxima:30 mg

- **Presentación:**

- ✚ Olanzapina 10 mg en tabletas
- ✚ Olanzapina 5 mg en tabletas

➤ **LURASIDONA**

Un medicamento antipsicótico atípico, el cual es usado para tratar la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

- **Mecanismo de acción:** Actúa como antagonista de receptores de dopamina D2 y de serotonina 5HT2A y 5HT7 y adrenérgicos y también actúa como agonista parcial de receptores de serotonina 5HT1A. Bloquea receptores alfa2-adrenérgicos, los cuales no se unen a receptores muscarínicos ni de histamina.(49)

Farmacocinética	
Absorción	La absorción aumenta al tomarlos con alimentos
Unión a Proteínas plasmáticas	99%
Metabolismo hepático	CYP3A4
Semivida de eliminación	20-40h

Fuente: guía de práctica clínica en esquizofrenia(36)

- **Reacciones adversas**

Perfil de efectos adversos

- Alta incidencia de acatisia, somnolencia y mareos.
- Baja incidencia de aumento de peso y síndrome metabólico, e hiperprolactinemia.
- No se asocia con prolongación del intervalo QT.
- No se une a receptores muscarínicos por lo que no produce efectos anticolinérgicos.

Fuente: guía de práctica clínica en esquizofrenia(50)

- **Dosis:**

- ✚ Dosis inicial: 40mg
- ✚ Dosis mantenimiento:40 mg a 120 mg
- ✚ Dosis máxima:160 mg

- **Presentación**

- ✚ Lurasidona 80mg en tabletas
- ✚ Lurasidona 40 mg en tabletas

➤ RISPERIDONA

Cuando se trata de síntomas extrapiramidales y riesgo de agranulocitosis, la risperidona es un fármaco antipsicótico atípico que tiene una ventaja sobre otros antipsicóticos.

- **Mecanismo de acción:** Con una fuerte afinidad por los receptores serotoninérgicos (5-HT₂) y dopaminérgicos (D₂), la risperidona es un antagonista monoaminérgico selectivo, por lo que el enfoque tradicional para tratar los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, se basa en la idea de que las vías dopaminérgicas hiperactivas forman parte de la fisiopatología de la enfermedad. La risperidona tiene una alta afinidad por los receptores 5-HT₂, que son receptores de serotonina, además de su efecto sobre los receptores D₂. Se cree que la combinación de los efectos antagonistas de la dopamina y la serotonina de la risperidona es la causa de sus efectos terapéuticos. La risperidona puede modificar la actividad de las vías serotoninérgicas involucradas en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos al actuar sobre los receptores serotoninérgicos.(51)

Farmacocinética	
Absorción	Buena absorción oral, intenso efecto de primer paso
Unión a Proteínas plasmáticas	83%
Metabolismo hepático	CYP3A4
Semivida de eliminación	7-12h

Fuente: guía de práctica clínica en esquizofrenia(36)

- **Reacciones adversas:**

Perfil de efectos adversos

- Alta capacidad de aumentar los niveles de prolactina.
- Produce reacciones extrapiramidales mayores a dosis más altas.
- Apenas produce efectos anticolinérgicos.
- Se asocia con aumento de peso y prolongación del intervalo QT.

Fuente: guía de práctica clínica en esquizofrenia(36)

- **Dosis:**
 - ✚ Dosis inicial: 1 mg
 - ✚ Dosis mantenimiento: 2 mg a 4 mg
 - ✚ Dosis máxima: 16 mg
- **Presentación:**
 - ✚ Risperidona 1 mg en tabletas
 - ✚ Risperidona 2 mg en tabletas

✚ Risperidona 1mg/ ml en solución (gotas)

➤ **ZIPRASIDONA**

Es un medicamento antipsicótico que se usa para tratar la esquizofrenia, la manía bipolar y otras afecciones relacionadas con los estados esquizofrénicos. Es miembro de un grupo de medicamentos conocidos como antipsicóticos atípicos o de segunda generación.

- **Mecanismo de acción:** La ziprasidona bloquea los receptores D2 de dopamina en el sistema mesolímbico, reduciendo los síntomas positivos de la esquizofrenia, como alucinaciones y delirios, al igual que tiene una alta afinidad por los receptores 5-HT2A, lo que contribuye a reducir los síntomas negativos y cognitivos. Sin embargo, esta acción es más moderada en comparación con los antipsicóticos típicos, lo que resulta en un menor riesgo de efectos extrapiramidales.(52)

Farmacocinética	
Absorción	50-60%. Aumenta al 100% en presencia de alimentos
Unión a Proteínas plasmáticas	99%
Metabolismo hepático	Principalmente por el CYP 3A4, algo por CYP1A2
Semivida de eliminación	6,6h

Fuente: guía de práctica clínica en esquizofrenia(36)

- **Reacciones adversas:**

Perfil de reacciones adversas

- Efecto hipotensor débil y baja somnolencia.
- Carece casi por completo de efectos anticolinérgicos. Sin embargo, produce pocos efectos extrapiramidales debido a la actividad agonista 5HT1.
- No produce aumento de peso y la incidencia de síndrome metabólico es baja.
- Riesgo alto de prolongación del intervalo QT.

Fuente: Guía de práctica clínica en esquizofrenia (53)

- **Dosis:**

- ✚ Dosis inicial: 40 mg
- ✚ Dosis mantenimiento:80 mg a 160 mg
- ✚ Dosis máxima:320 mg

- **Presentación:**

- ✚ Ziprasidona 40mg en tabletas
- ✚ Ziprasidona 80 mg en tabletas

➤ QUETIAPINA

El medicamento antipsicótico quetiapina se usa principalmente para tratar afecciones psiquiátricas como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. El trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada también pueden tratarse con él en ocasiones.

- **Mecanismo de acción:** Antipsicótico atípico, de tipo dibenzotiazepina, el cual ha mostrado elevada afinidad para bloquear los receptores de la 5-hidroxitriptamina (5HT, serotonina) cerebral (5HT₂) y moderada afinidad por los receptores de la dopamina D₁ y D₂. Por lo que el antagonismo del receptor con una mayor selectividad es para 5HT₂ que los receptores D₂, contribuye a las propiedades antipsicóticas y a la baja incidencia de efectos secundarios extrapiramidales, ni a producir hiperprolactinemia.(54)

Farmacocinética	
Absorción	Buena absorción oral, intenso efecto de primer paso
Unión a Proteínas plasmáticas	83 %
Metabolismo hepático	CYP3A4
Semivida de eliminación	7-12h

Fuente: guía de práctica clínica en esquizofrenia(36)

- **reacciones adversas:**

Perfil de efectos adversos

- Antipsicótico muy sedante.
- Produce alteraciones en los niveles de triglicéridos, anomalías en el metabolismo de la glucosa y aumento de peso.
- Poca incidencia de reacciones extrapiramidales, puede ser una alternativa cuando se necesite utilizar en personas con Enfermedad de Parkinson.
- Se asocia con hipotensión ortostática y prolongación del intervalo QT.

Fuente: Medline plus quetiapina en vademécum (55)

- **Dosis:**

- ✚ Dosis inicial: 25 mg a 50 mg
- ✚ Dosis mantenimiento: 400 mg a 800 mg
- ✚ Dosis máxima: 800 mg

- **Presentación:**

- ✚ Quetiapina 25 mg en tabletas
- ✚ Quetiapina 50 mg en tabletas
- ✚ Quetiapina 200 mg en tabletas
- ✚ Quetiapina 300 mg en tabletas

✚ Quetiapina 400 mg en tabletas

➤ **ARIPIPAZOL**

El aripiprazol es un medicamento psicoactivo que se clasifica como antipsicótico o neuroléptico. Estos medicamentos están especialmente creados para tener un impacto positivo en la reducción y eliminación de los síntomas de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, incluidos los delirios y las alucinaciones, así como la agitación psicomotora.(56).

- **Mecanismo de acción:** se comporta como agonista parcial de los receptores D2 de la dopamina y 5HT1a de la serotonina y como antagonista de los receptores 5HT2 de la serotonina.(57)

Farmacocinética	
Absorción	Buena absorción oral, intenso efecto de primer paso
Unión a Proteínas plasmáticas	83 %
Metabolismo hepático	CYP3A4
Semivida de eliminación	7-12h

Fuente: guía de práctica clínica en esquizofrenia(36)

- **Reacciones adversas:**

Perfil de efectos adversos

- El efecto más frecuentemente observado con aripiprazol es acatisia e inquietud psicomotriz.
- Presenta una baja incidencia de otros efectos extrapiramidales, sedación e hipotensión ortostática.
- No produce aumento de peso ni S. metabólico, no se asocia con hiperprolactinemia ni prolongación del intervalo QT.
- No se aprecia afinidad por receptores colinérgicos muscarínicos, baja incidencia de efectos anticolinérgicos.

Fuente: guía de práctica clínica en esquizofrenia (53)

- **Dosis:**

- ✚ Dosis inicial: 10 mg a 15 mg
- ✚ Dosis mantenimiento:10 mg a 15 mg
- ✚ Dosis máxima:30 mg

- **Presentación:**

- ✚ Aripiprazol 5 mg en tabletas
- ✚ Aripiprazol 10 mg en tabletas
- ✚ Aripiprazol 15 mg en tabletas
- ✚ Aripiprazol 1mg/ml en solución.

➤ **ERRORES DE LA MEDICACIÓN (EM)**

El error en la medicación es una situación prevenible y provocada por el uso inadecuado de un medicamento mientras se encuentra en manos de profesionales médicos, pacientes o consumidores.

Un error en la medicación ocurre cuando el medicamento es administrado o consumido de manera diferente a como fue recetado o pedido. Puede haber una serie de circunstancias involucradas, incluidos los errores cometidos durante la prescripción, dispensación, administración o uso por parte del paciente.

Estos errores pueden tener efectos perjudiciales para el paciente, como daño físico, deterioro de su salud, reacciones adversas y, en algunos casos extremos, la muerte. Dar la dosis incorrecta, combinar erróneamente medicamentos con medicamentos con nombres similares, olvidar administrar las dosis prescritas o administrar medicamentos a pacientes que tienen alergias conocidas son algunos ejemplos de errores en la medicación. Es fundamental enfatizar que, si bien los errores en la medicación pueden deberse a errores cometidos por profesionales médicos durante la prescripción, dispensación o administración de medicamentos, también pueden ser causados por la ignorancia o el desprecio por parte del paciente o consumidor de las indicaciones y advertencias del medicamento.

Es crucial que los miembros del personal médico estén debidamente capacitados y se adhieran a los protocolos establecidos al recetar, dispensar y administrar medicamentos para prevenir estos incidentes. Los pacientes y consumidores también deben recibir una educación completa sobre los medicamentos que se les recetan, incluidos los detalles sobre la dosis, el horario, los posibles efectos secundarios y las precauciones de seguridad.

Para evitar interacciones y complicaciones, se recomienda que los pacientes informen siempre a su médico sobre alergias o reacciones adversas a medicamentos en el pasado, así como sobre cualquier otro medicamento o suplemento dietético que estén tomando. También es fundamental seguir los consejos que le dé el médico o el farmacéutico y hablar si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cómo debe tomarse el medicamento. Para detener y reducir los errores de medicación y garantizar la seguridad del paciente, es fundamental una buena comunicación entre el personal médico y los pacientes, así como la supervisión de prácticas seguras de medicación.(58)

➤ **ATENCIÓN FARMACÉUTICA (AF)**

La atención farmacéutica es un campo que se concentra en brindar atención médica a los pacientes mediante el uso seguro y eficaz de medicamentos. Al optimizar el uso de medicamentos y reducir los riesgos asociados, el objetivo principal de la atención

farmacéutica es mejorar los resultados de salud de los pacientes; el farmacéutico juega un papel crucial en la atención farmacéutica.

Las siguientes son solo algunas de las tareas que realiza el farmacéutico como parte de la atención farmacéutica:

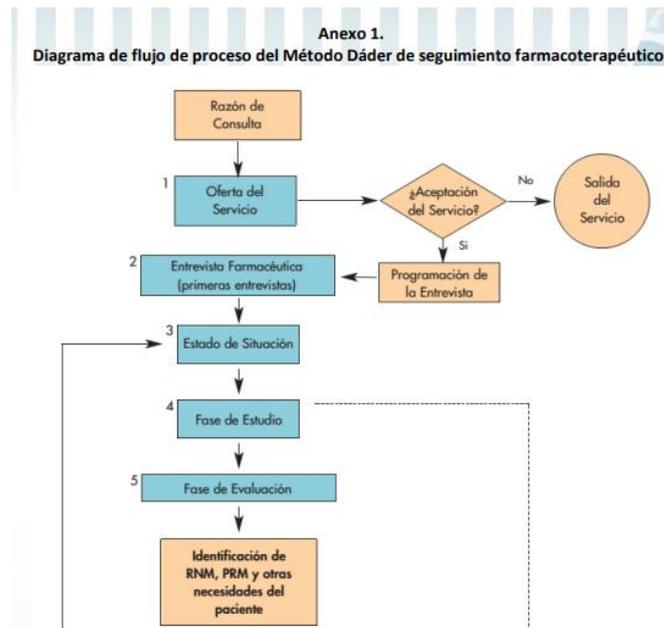
- ❖ **Dispensación de medicamentos:** El farmacéutico es el responsable de recibir la prescripción médica, velar por su veracidad y dar al paciente los medicamentos adecuados, asegurándose de que sepa cómo tomarlos correctamente.
- ❖ El farmacéutico educa a los pacientes sobre cómo usar los medicamentos de manera segura, incluida la dosis, la frecuencia, los efectos secundarios y las posibles interacciones entre medicamentos y alimentos.
- ❖ **Monitoreo farmacoterapéutico:** El farmacéutico evalúa continuamente la terapia con medicamentos del paciente, identificando y resolviendo problemas relacionados con los medicamentos y haciendo los ajustes necesarios.
- ❖ El farmacéutico es un actor clave tanto en la promoción de la salud como en la prevención de enfermedades.

Es crucial enfatizar que la atención farmacéutica se brinda en coordinación con otros profesionales médicos, incluidos médicos, enfermeras y especialistas, para garantizar que el paciente reciba una atención integral y bien coordinada. Para mejorar la salud y el bienestar de las personas, la atención farmacéutica se centra en brindar atención de alta calidad centrada en el paciente, maximizando el beneficio terapéutico de los medicamentos y minimizando los riesgos asociados.(59)

➤ **SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO -MÉTODO DÁDER (SFT).**

El Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada en España creó el Método Dáder como estrategia farmacoterapéutica. Los objetivos principales de este enfoque son mejorar la atención farmacéutica y garantizar la seguridad y eficacia del paciente al usar medicamentos, que incluye la detección, evitación y tratamiento de problemas relacionados con las drogas. Varios entornos de atención, incluidas farmacias comunitarias, hospitales y clínicas de atención primaria, pueden utilizar esta estrategia. El Método Dáder fomenta la comunicación interprofesional eficaz y se basa en la colaboración interprofesional. También enfatiza la educación del paciente y promueve la participación activa del paciente en el proceso de tratamiento farmacéutico.(60)

El procedimiento del Método Dáder se desglosa en las siguientes etapas:



Fuente: Diagrama del proceso de Método Dáder (61)

➤ PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM)

Los PRM pueden aparecer tanto en el ámbito hospitalario como durante la atención ambulatoria. Pueden tener un impacto en la eficacia y seguridad del tratamiento, generar problemas de salud para el paciente e incluso generar gastos adicionales para el sistema de salud. El monitoreo de la seguridad de los medicamentos y la atención centrada en el paciente enfatizan en gran medida la detección y prevención de los PRM. A través de la revisión de medicamentos, la educación del paciente, el seguimiento de la terapia y la comunicación interprofesional, los profesionales de la salud, como médicos, farmacéuticos y enfermeras, desempeñan un papel crucial en la detección y el manejo de los PRM. Es crucial enfatizar que los PRM pueden evitarse o reducirse con una adecuada evaluación y monitoreo de la terapia con medicamentos, una comunicación honesta y abierta entre el paciente y el equipo de atención médica, y el uso de sistemas de información y tecnología médica que respalde la seguridad del paciente y el uso más eficaz posible de los medicamentos.(62)

CLASIFICACION SEGÚN EL SEGUNDO CONSENSO DE GRANADA (2002).

TABLA 2
Clasificación de Problemas Relacionados
con Medicamentos
(PRM)

<p>Necesidad: PRM 1: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita PRM 2: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita</p> <p>Efectividad: PRM 3: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación PRM 4: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación</p> <p>Seguridad: PRM 5: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento PRM 6: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento</p>
--

fuelle: metodo dader (guia seguimiento farmacoterapeutico),3raedicion,2007.(63)

➤ RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNM)

Los resultados inadecuados en salud del paciente vinculados al uso o no uso de drogas (RNM) se clasifican en tres grandes grupos en el Tercer Consenso de Granada.

1. Cuando un paciente no alcanza el objetivo terapéutico predeterminado, se denomina Resultados no Adecuados al Objetivo Terapéutico (RNMOT). Esto puede deberse a la ineficacia del medicamento, una dosis insuficiente, una interacción con el medicamento o problemas con la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

2. Un paciente experimenta un daño adicional como resultado de tomar un medicamento, que se incluye en la categoría de resultados inadecuados como resultado de un daño adicional (RNMDA). Esto puede deberse a efectos secundarios desfavorables, reacciones adversas a medicamentos (ADR), interacciones medicamentosas de riesgo o errores en la prescripción, dispensación o administración de medicamentos.

3. Resultados inadecuados por uso innecesario (RNMUI): Esta categoría describe situaciones en las que se utiliza un medicamento sin una indicación clara o una necesidad médica. Esto podría implicar la prescripción de medicamentos innecesarios, el uso excesivo o prolongado de drogas sin suficiente apoyo clínico o el uso inapropiado de drogas con fines recreativos.(64)

Esta clasificación RNM ofrece un marco para identificar y clasificar los problemas relacionados con el uso de medicamentos que tienen un impacto en la salud del

paciente. Su objetivo es avanzar en la optimización de la farmacoterapia y mejorar los resultados de salud mientras se evitan o minimizan los resultados inapropiados.(65)

TABLA 5. Clasificación de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM).
Tercer Consenso de Granada. 2007.
TABLE 5. Classification of Negative Outcomes associated with Medication (NOM),
Third Consensus of Granada. 2007.

<p>NECESIDAD</p> <p>Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.</p> <p>Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.</p> <p>NECESSITY</p> <p>Untreated health problem. The patient suffers from a health problem as a consequence of not receiving the medicine that he needs.</p> <p>Effect of unnecessary medicine. The patient suffers from a health problem as a consequence of receiving the medicine that he does not need.</p>
<p>EFFECTIVIDAD</p> <p>Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.</p> <p>Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.</p> <p>EFFECTIVENESS</p> <p>Non-quantitative ineffectiveness. The patient suffers from a health problem associated with of a non-quantitative ineffectiveness of the medication.</p> <p>Quantitative ineffectiveness. The patient suffers from a health problem associated with of a quantitative ineffectiveness of the medication.</p>
<p>SEGURIDAD</p> <p>Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.</p> <p>Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.</p> <p>SAFETY</p> <p>Non-quantitative safety problem. The patient suffers from a health problem associated with a non-quantitative safety problem of the medication.</p> <p>Quantitative safety problem. The patient suffers from a health problem associated with a quantitative safety problem of the medication.</p>

fuelle: Clasificación de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 3ra edición, 2007.(66)

➤ REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS (RAM)

Los efectos secundarios no deseados o dañinos que se desarrollan después de tomar un medicamento se conocen como reacciones adversas a los medicamentos. De leves a graves, incluso son posibles reacciones potencialmente mortales. Las siguientes son algunas reacciones adversas típicas.

1. Los efectos secundarios son reacciones indeseables pero esperadas que ocurren como resultado del modo de acción del fármaco. Mareos, somnolencia, náuseas, vómitos, diarrea y boca seca son solo algunos ejemplos de los síntomas que pueden causar.
2. Ciertos medicamentos pueden causar reacciones alérgicas en algunas personas. Una erupción cutánea leve a la condición potencialmente fatal conocida como anafilaxia son ejemplos de reacciones alérgicas. La urticaria, el rascado, los problemas respiratorios y la hinchazón de la cara o la lengua son solo algunos de los posibles síntomas.
3. Toxicidad: En algunas circunstancias, las drogas pueden acumularse a niveles tóxicos en el cuerpo debido a problemas con la eliminación o cuando se toman en dosis excesivas. Diferentes órganos y sistemas pueden verse afectados por la toxicidad, y los síntomas pueden cambiar dependiendo de la droga y el órgano involucrado.
4. Interacciones medicamentosas: Varios medicamentos tienen el potencial de interactuar negativamente. Estas interacciones pueden hacer que los medicamentos sean más o menos efectivos, o incluso pueden desencadenar nuevas reacciones adversas. Para evitar interacciones negativas, es crucial informar a su médico sobre

todos los medicamentos que está tomando, incluidos los remedios y suplementos de venta libre.

5. Reacciones idiosincrásicas: Ocasionalmente, algunas personas pueden experimentar reacciones adversas al medicamento distintas o inusuales como resultado de factores genéticos o personales. Estos resultados pueden ser impredecibles y no están relacionados con la dosis o el modo de acción del medicamento.(67)

➤ **CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO**

El cumplimiento, también llamado adherencia, se refiere al grado en que un paciente sigue las recomendaciones de tratamiento del médico. Esto incluye tomar medicamentos recetados, seguir pautas dietéticas y de estilo de vida, asistir a citas médicas programadas y realizar otras actividades necesarias para un tratamiento exitoso. La falta de adherencia al tratamiento es un problema frecuente y puede tener graves consecuencias para la salud del paciente. Algunos de los efectos adversos de la falta de adherencia incluyen control deficiente de la enfermedad, empeoramiento de los síntomas, mayor riesgo de complicaciones, mayor carga de enfermedad y reducción de la calidad de vida.(68)

➤ **CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE 10)**

El CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a Revisión) es un sistema de clasificación desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para registrar, analizar, interpretar y comparar datos de mortalidad y morbilidad recopilados en diferentes países o regiones y en diferentes períodos. Este sistema proporciona códigos para enfermedades, signos y síntomas, hallazgos anormales, quejas, circunstancias sociales y causas externas de lesiones o enfermedades.

El CIE-10 se utiliza ampliamente en el ámbito de la salud para diversas aplicaciones, como la codificación de diagnósticos en registros médicos, la facturación y reembolso de servicios de salud, y la investigación epidemiológica. Cada enfermedad o condición de salud se asigna a una categoría y se le da un código único, lo que permite una comunicación precisa y estandarizada de información médica.(69)

➤ **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

Una descripción sociodemográfica abarca diversas características de una población, tales como:

- ❖ Edad: Distribución de la población por grupos etarios (niños, jóvenes, adultos, ancianos).
- ❖ Género: Proporción de hombres y mujeres en la población.

- ❖ Estado civil: Proporción de personas solteras, casadas, divorciadas, viudas, etc.
- ❖ Nivel educativo: Distribución de la población según el nivel de educación alcanzado (sin estudios, educación primaria, secundaria, universitaria, etc.).
- ❖ Ocupación: Tipos de empleo predominantes, tasa de empleo y desempleo, sectores económicos más representativos (agricultura, industria, servicios, etc.).
- ❖ Ingresos: Distribución de la población según sus ingresos económicos, niveles de pobreza y riqueza.
- ❖ Etnicidad: Composición étnica y racial de la población.
- ❖ Religión: Distribución de la población según sus creencias religiosas.
- ❖ Lugar de residencia: Proporción de la población que vive en áreas urbanas versus rurales.
- ❖ Migración: Tasas de inmigración y emigración, orígenes y destinos principales.

La recopilación y análisis de estos datos permiten entender mejor las características y necesidades de una población, facilitando la toma de decisiones en políticas públicas, planificación urbana, educación, salud, entre otros ámbitos. (70).

2.5. MARCO CONCEPTUAL

- ✚ **Prevalencia:** Se refiere al número de casos de una enfermedad en una población específica y en un punto temporal definido o durante un periodo de tiempo determinado.(71)
- ✚ **Prescripción de medicamentos:** Con en el diagnóstico establecido, prescribir determinados medicamentos. Estos pueden incluir medicamentos para aliviar los síntomas, tratamientos con antibióticos, antiinflamatorios, hormonas u otros medicamentos apropiados para la condición del paciente. Recomendar cambios en la dieta y el estilo de vida del paciente, como una dieta equilibrada, menos consumo de sal y azúcar, más ejercicio, dejar de fumar o moderación en el consumo de alcohol.(72)
- ✚ **Características sociodemográficas:** Las características sociodemográficas son los atributos que describen a los individuos y a los grupos en función de aspectos sociales y demográficos. Estas características permiten analizar patrones y tendencias dentro de una población. (73)
- ✚ **Reacciones idiosincrásicas:** La gravedad y la presentación clínica de las reacciones idiosincrásicas pueden diferir mucho. Las idiosincrasias pueden incluir reacciones alérgicas graves, problemas con el metabolismo de los fármacos o reacciones erráticas que afectan al sistema nervioso central.(74)

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES Y EQUIPOS

3.1.1. MATERIALES

- ❖ Lapiceros
- ❖ Tablero
- ❖ Engrapadora
- ❖ Perforador
- ❖ Corrector
- ❖ Resaltador
- ❖ Lápiz
- ❖ archivador

3.1.2. SERVICIOS

- ❖ Asesoramiento Estadístico
- ❖ Internet
- ❖ Impresiones
- ❖ Fotocopias
- ❖ Anillados

3.1.3. RECURSOS

- ❖ Historias clínicas
- ❖ Hojas de Indicaciones Terapéuticas
- ❖ Formato de Seguimiento
- ❖ Ficha de Recolección de Datos (Anexo N°1)
- ❖ Cuadro de Evaluación de Interacciones Medicamentosas (Anexo N°2)

3.1.4. SOFTWARE

- ❖ Microsoft Excel 2019
- ❖ Utilizando IBM SPSS versión Statistics 273.1.5.

3.1.5. RECURSOS ECONÓMICOS

- ❖ Recursos Propios

3.1.6 RECURSOS HUMANOS

- ❖ Investigadora: Shomara Shearmely Candia Collado
- ❖ Asesora: Dra. Magaly Villena Tejada

- ❖ Co asesora: Mgt. Yanet Cuentas Romaña
- ❖ Co asesora: QF. Leni Nguyenthi Ávila Alatrística.

3.1.6.7 RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA

- ❖ Hospital de Salud Mental “SAN JUAN PABLO II”

3.2. DISEÑO METODOLÓGICO

UBICACIÓN Y TIEMPO DEL ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, ubicado en el Distrito de Santiago, provincia del Cusco, departamento de Cusco.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- ❖ Observacional: Porque no existe intervención o manipulación de los datos por parte del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos.
- ❖ Descriptivo: Porque implica la recopilación de datos, recoge características de los pacientes durante el periodo de estudio.
- ❖ Cuantitativo: La investigación cuantitativa: este proceso se lleva a cabo con el uso de herramientas estadísticas y matemáticas con el propósito de cuantificar el problema de investigación.
- ❖ Transversal: Porque se recopilaron datos en un periodo de tiempo determinado que será entre los meses de febrero 2024 y abril del 2024.
- ❖ Prospectivo: Porque los datos se irán recolectando a medida que se realiza el seguimiento.

3.4. DESCRIPCION DEL AREA

3.4.1. POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio fue constituida por pacientes que dentro de su terapia farmacológica tengan 1 o más antipsicóticos atípicos.

3.4.2. POBLACIÓN

El proyecto fue llevado a cabo en el Hospital de Salud Mental “**SAN JUAN PABLO II**”. La institución no tiene un límite exacto de pacientes que ingresan al área de hospitalización, pero se cuenta con alrededor de 40 pacientes mensuales, por lo que nos basamos en un aproximado de pacientes que ingresaron entre los meses de febrero a abril del año 2023. El estudio contó con un aproximado de 120 pacientes en los tres meses de estudio, por lo que se utilizará fórmula de poblaciones finitas, la cual permitió tener la muestra adecuada para el estudio.

3.4.3. MUESTRA

Cada una de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el hospital de salud mental “SAN JUAN PABLO II”, que cumplan con los criterios de selección.

TABLA N° 1. Número aproximado pacientes por mes de estudio.

MES	N.º de pacientes aprox. ESSALUD	N.º de pacientes aprox. SALA GENERAL	N.º DE RESIDENTES
FEBRERO 2023	15	15	30
MARZO 2023	15	15	30
ABRIL 2023	15	15	30
Total	45	45	30
Número total de paciente por 3 meses del año 2023, para sacar un estimado en meses del presente año 2024			120 pacientes aproximadamente

Fuente: Elaboración propia.

FÓRMULA N° 1 Cálculo de tamaño muestral, población conocida (FINITA), en las investigaciones donde la variable principal es de tipo cualitativo, que se reporta mediante la proporción del fenómeno en estudio en la población de referencia; la muestra se calcula a través de la fórmula:

$$n = \frac{(Z^2) \cdot p \cdot q \cdot N}{(E^2)(N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

FUENTE: División Académica Ciencias de la Salud División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco(75).

DONDE:

n = Magnitud de la muestra a calcular.

Z = Valor calculado de 1,96, según el índice de confianza (95%) = (1.96)

p = Probabilidad a favor (0.5)

q = Probabilidad en contra (0.5)

N = Tamaño del universo o población = 120

E = Margen de error máximo que se admite (5%) = 0,05

$$n = \frac{(1.96^2) \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 120}{(0.05^2)(120-1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \cdot 0.25 \cdot 120}{(0.0025)(119) + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{(115.248)}{(0.2075) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{(115.248)}{1.2579}$$

n=91 pacientes

✚ LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LA MUESTRA DE ESTUDIO FUERON:

Los pacientes que fueron incluidos en el estudio fueron aquellos que cumplieron con las siguientes características:

- ❖ Pacientes que en la medicación tengan medicamentos antipsicóticos atípicos.
- ❖ Pacientes que estén hospitalizados en HSM "San Juan Pablo II"- Cusco.
- ❖ Pacientes que presenten más de 1 medicamento en su terapia.
- ❖ Pacientes que presente comorbilidades diferentes a las psiquiátricas

✚ LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LA MUESTRA DE ESTUDIO FUERON:

Se excluyeron del estudio los siguientes pacientes:

- ❖ Pacientes que estén hospitalizados menos 1 semana.

✚ ASPECTOS ÉTICOS

La aplicación de normas éticas y metodológicas apropiadas en la investigación en salud se asegura con apego a las normas establecidas según resuelve Ley N° 26842: **La Ley General de Salud del Perú** fue promulgada en 1997 y establece las normas y regulaciones para la investigación en salud. **Resolución Ministerial N° 233-2019/MINSA**, esta resolución establece las normas para la investigación en salud en el Perú en la que prima la **confidencialidad**: La identidad de los participantes debe ser protegida y mantenida en confidencialidad, y el **respeto a la dignidad**: Los participantes deben ser tratados con respeto y dignidad.(76)

3.5 IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

3.5.1 Variables implicadas

A. Administración de Antipsicóticos (variable independiente)

- **Definición conceptual:** La administración de medicamentos la realizan profesionales sanitarios que cuentan con los conocimientos y la formación necesarios, como médicos, enfermeras y farmacéuticos. Dependiendo de la composición del fármaco y del estado de salud del paciente, existen numerosas formas de administrar la medicación.(77)

✚ Indicadores:

✚ Frecuencia de administración

- **Definición conceptual:** Las indicaciones médicas deben incluir la frecuencia de administración porque afecta la efectividad y seguridad de la terapia. Para obtener los mejores resultados y reducir el riesgo de efectos secundarios o problemas de salud, es fundamental seguir las

instrucciones del médico con respecto a la frecuencia de administración.(78)

- **Naturaleza:** cuantitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** Razón
- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ 1 vez por día
 - ✚ 2 veces por día
 - ✚ 3 veces por día
 - ✚ 1 vez por mes
 - ✚ Condicional

✚ **Cumplimiento terapéutico**

- **Definición conceptual:** La eficacia de los tratamientos médicos depende en gran medida de la adherencia terapéutica. La eficacia de las intervenciones médicas y, en última instancia, la salud y el bienestar de los pacientes pueden beneficiarse al abordar y mejorar la adherencia de los pacientes a sus planes de tratamiento.(68)
- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** nominal
- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de indicaciones médicas.
- **Instrumento de medición:** Kardex de enfermería, SFT
- **Expresión final:**
 - ✚ Si cumple
 - ✚ No cumple

✚ **Polifarmacia**

- **Definición conceptual:** El término "polifarmacia" describe el uso simultáneo de varios medicamentos por parte de un individuo. Cuando una persona está tomando cinco o más medicamentos simultáneamente, ya sean autoadministrados o recetados por un médico, generalmente se piensa que se ha producido polifarmacia.(79)
- **Naturaleza:** cualitativa

- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** nominal
- **Procedimiento de medición:** recolección de datos en la historia clínica
- **Instrumento de medición:** SFT
- **Expresión final:**
 - Si
 - No

• **Presencia de interacciones medicamentosas**

- **Definición conceptual:** Una interacción de medicamentos es un cambio en la forma en que un medicamento actúa en el cuerpo cuando se toma con otras medicinas, alimentos o suplementos; o cuando se toma mientras tiene ciertas afecciones médicas.(80)
- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** nominal
- **Procedimiento de medición:** recolección de datos de las historias clínica
- **Instrumento de medición:** vademécum, seguimiento farmacoterapéutico
- **Expresión final:**
 - Si
 - No

• **Dosificación**

- **Definición conceptual:** La cantidad del ingrediente activo de un medicamento que se debe administrar a un paciente para tratar un problema de salud en particular dependerá de la dosis del medicamento. Este ingrediente activo es el que crea el efecto terapéutico. La dosis de un fármaco es la cantidad precisa de ingrediente activo (la sustancia que provoca el efecto terapéutico) que se administra a un paciente para lograr la eficacia, seguridad y eficacia deseadas en el tratamiento de un problema de salud específico. (81)
- **Naturaleza:** cuantitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** Razón

- **Procedimiento de medición:** recolección de información de las historias clínicas
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ Dosis adecuada
 - ✚ Dosis inadecuada

✚ **Manifestación clínica de RAMs**

- **Definición conceptual:** Una RAM implica un vínculo causal aceptable entre el fármaco y la reacción. En otras palabras, existe la sospecha de que el fármaco fue la causa principal de la reacción adversa o un factor contribuyente. Dependiendo de su gravedad, estas reacciones pueden necesitar más atención médica.(82)
- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** Ordinal
- **Procedimiento de medición:** visita médica.
- **Instrumento de medición:** ficha de recolección
- **Expresión final:**
 - ✚ efectos motores
 - ✚ sedación
 - ✚ incremento de peso
 - ✚ incremento de apetito
 - ✚ hipotensión ortostática
 - ✚ estreñimiento
 - ✚ alteraciones cardiacas
 - ✚ galactorrea
 - ✚ anomalías ciclo menstrual
 - ✚ disfunción sexual
 - ✚ hiperprolactinemia
 - ✚ alteraciones de colesterol y triglicéridos
 - ✚ disminución de capacidad cognitiva.
 - ✚ no presenta RAMS

✚ **Diagnóstico Clínico**

- **Definición conceptual:** También se les conoce como comorbilidades y describen cuando una persona presenta dos o más enfermedades al

mismo tiempo. En el ejemplo que usted dio, una persona que ya tuvo gripe podría desarrollar neumonía o una infección de los senos nasales. Como las diversas enfermedades pueden interactuar entre sí y afectar la salud general del paciente, estas comorbilidades pueden plantear desafíos adicionales para el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación(83)

- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** nominal
- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ Enf.digestivas
 - ✚ Enf.respiratorias
 - ✚ Enf.sist. nervioso
 - ✚ Enf.sist. endocrinológico
 - ✚ Enf.metabólicas
 - ✚ Enf.sist cutáneo
 - ✚ Trastornos mentales/comportamiento, etc.

✚ Tipo de fármacos

- **Definición conceptual:** se refiere a la clasificación de medicamentos basada en varios criterios, como su mecanismo de acción, el tipo de enfermedad o condición que tratan, el sistema del cuerpo sobre el que actúan, o su estructura química. Es una manera de agrupar los medicamentos para entender mejor sus usos, efectos y características. Por ejemplo, los "antibióticos" son un tipo de fármaco que se usa para tratar infecciones bacterianas, mientras que los "antidepresivos" son un tipo de fármaco utilizado para tratar la depresión y otros trastornos del estado de ánimo. Esta clasificación ayuda a los profesionales de la salud a elegir el medicamento adecuado para un paciente según sus necesidades específicas. (84)
- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** nominal

- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ antipsicóticos típicos
 - ✚ antipsicóticos atípicos
 - ✚ ansiolíticos
 - ✚ antidepresivos
 - ✚ neurolépticos
 - ✚ anti maniacos
 - ✚ estabilizadores de animo
 - ✚ anticonvulsivantes
 - ✚ barbitúricos

✚ **identificación de RAMS**

- **Definición conceptual:** La identificación de RAMS (Reacciones Adversas a los Medicamentos) es el proceso de detectar, evaluar y documentar los efectos no deseados que pueden ocurrir como resultado del uso de medicamentos. Los RAMS son reacciones negativas o efectos secundarios que no son el objetivo principal del tratamiento, y pueden variar desde leves hasta graves.(85)
- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** nominal
- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ Leve
 - ✚ Moderado
 - ✚ grave

B. Resultados Negativos en Pacientes Hospitalizados Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” (Variable Dependiente)

- **Definición conceptual:** La frase "resultados negativos asociados con la medicación" (NDR) fue definida con mayor precisión en el Consenso de

Granada III, que fue crucial. Esta definición establece que las NRD son problemas de salud que un paciente puede experimentar y que están relacionados con el uso adecuado o inadecuado de los medicamentos. Estos problemas de salud, como efectos secundarios desfavorables, interacciones medicamentosas y otros sucesos que impactan negativamente al paciente, pueden ocurrir cuando el uso de medicamentos no logra los objetivos terapéuticos previstos.(65)

Seguimiento farmaterapeutico

- **Definición conceptual:** La evaluación, el seguimiento y la optimización de la terapia farmacológica de un paciente en función de sus necesidades únicas son parte de esta práctica profesional.(86)
- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** nominal
- **Procedimiento de medición:** Visita medica
- **Instrumento de medición:** Formato de seguimiento farmacoterapéutico y Método Dáder
- **Expresión final:**
 -  RNM1
 -  RNM2
 -  RNM3
 -  RNM4
 -  RNM5
 -  RNM6

C. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

Sexo

- **Definición conceptual:** El sexo se refiere a las características biológicas que distinguen a los organismos como masculinos o femeninos, basadas en diferencias físicas como los cromosomas, hormonas y anatomía reproductiva. En humanos, esto incluye típicamente las categorías de macho y hembra.(87)
- **Naturaleza:** Cualitativa
- **Forma de medición:** Indirecta
- **Escala de medición:** Nominal

- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ Masculino
 - ✚ Femenino

✚ Grupo etario

- **Definición conceptual:** Deriva de la palabra "edad" y se utiliza en contextos sociológicos, demográficos y culturales para analizar y categorizar diferentes aspectos de la sociedad en función de las edades de las personas.(88)
- **Naturaleza:** Cuantitativa
- **Forma de medición:** Indirecta
- **Escala de medición:** Intervalo
- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas.
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ 0 - 14] años
 - ✚ [15 - 44] años
 - ✚ [45 - +] años

✚ Grado de instrucción

- **Definición conceptual:** Para comprender los antecedentes educativos y las capacidades de una persona es necesario conocer su nivel de educación. Puede tenerse en cuenta a la hora de decidir un trabajo, un programa de formación o su desarrollo personal.(89)
- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** Razón
- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas.
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**

- ✚ Sin estudios
- ✚ Primaria
- ✚ Secundaria
- ✚ Universitario

✚ Ocupación

- **Definición conceptual:** se refiere al tipo de trabajo o actividad laboral que una persona realiza de manera habitual para ganar un ingreso o subsistencia. Es la profesión o el oficio al que se dedica una persona, que puede ser un empleo formal, un trabajo independiente, o incluso una actividad no remunerada que requiere dedicación y habilidades específicas.(90)
- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** Nominal
- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas.
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ desempleado
 - ✚ empleado
 - ✚ pensionista
 - ✚ otros

✚ Área de residencia

- **Definición conceptual:** Puede dividirse en urbano y rural para describir el entorno en el que una persona vive. Estas categorías reflejan diferencias en la densidad de población, el estilo de vida, y la infraestructura. Aquí están las características principales de cada una de ellas.(91)
- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** Nominal
- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas.

- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ urbano
 - ✚ rural

✚ **Estado civil:**

Definición conceptual: Se refiere a la situación personal de una persona en relación con el matrimonio o relaciones similares reconocidas por la ley. Es una categoría legal que describe el estatus de una persona en términos de su relación con otras personas. Los estados civiles más comunes incluyen:

Soltero/a: Una persona que no está casada ni en una relación similar reconocida legalmente.

Casado/a: Una persona que ha contraído matrimonio con otra.

Divorciado/a: Una persona que ha disuelto legalmente su matrimonio.

Viudo/a: Una persona cuyo cónyuge ha fallecido y no se ha vuelto a casar.

Separado/a: Una persona que está legalmente separada de su cónyuge, pero no está formalmente divorciada.

Unión libre: Personas que viven juntas en una relación similar al matrimonio, pero sin formalizarla legalmente. En algunos lugares, esta relación puede tener reconocimiento legal y puede llamarse "unión de hecho" o "convivencia".

- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** Nominal
- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas.
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ Soltero (a)
 - ✚ Casado (a)
 - ✚ Divorciado (a)
 - ✚ Viudo (a)
 - ✚ Conviviente

✚ Origen étnico

- **Definición conceptual:** se refiere a la identificación de una persona con un grupo particular basado en características comunes como la nacionalidad, la cultura, la lengua, las costumbres, la religión, y, en algunos casos, la apariencia física. Es una parte importante de la identidad de una persona y puede influir en su cultura, tradiciones, y perspectiva del mundo.(92)
- **Naturaleza:** cualitativa
- **Forma de medición:** indirecta
- **Escala de medición:** Nominal
- **Procedimiento de medición:** Recolección de información de las historias clínicas.
- **Instrumento de medición:** Ficha de recolección de datos
- **Expresión final:**
 - ✚ Blanco (a)
 - ✚ Mestizo (a)
 - ✚ Afrodescendiente
 - ✚ Indígena
 - ✚ No sabe
 - ✚ Otro

TABLA Nº 2. Operacionalización de variables implicadas.

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL
variable independiente Administración de antipsicóticos atípicos en pacientes hospitalizados en el hospital de salud mental "San Juan Pablo II"	Frecuencia de administración	Cuantitativa	indirecta	razón	<ul style="list-style-type: none"> • historia clínica • seguimiento • farmacoterapéutico 	ficha de recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> • 3 veces por día • 2 veces por día • 1 vez por día • 1 vez por mes • condicional
	Cumplimiento de horarios establecidos	Cualitativa	indirecta	nominal	recolección de información de indicaciones médicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Kardex de enfermería • formato de seguimiento farmacoterapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • sí cumple pauta posológica • no cumple pauta posológica
	Dosificación	Cuantitativa	indirecta	razón	recolección de información de las historias clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • ficha de recolección de datos (anamnesis) 	<ul style="list-style-type: none"> • dosis adecuada • dosis inadecuada
	Identificación de RAMs	cualitativa	indirecta	ordinal	revisión bibliográfica, para la identificación de RAMs según su gravedad	<ul style="list-style-type: none"> • algoritmo de decisión para la evaluación de relación de causalidad de una reacción adversa de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • leve • moderado • grave

variable independiente							
administración de antipsicóticos atípicos en pacientes hospitalizados en el hospital de salud mental "San Juan Pablo II"	Tipo de fármacos utilizados.	Cualitativa	Directa	nominal	recolección de información de historias clínicas	ficha recolección de datos <ul style="list-style-type: none"> historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> antipsicóticos típicos antipsicóticos atípicos ansiolíticos antidepresivos neurolépticos anti maniacos estabilizadores de animino anticonvulsivantes barbitúricos
	manifestación clínica de RAMs.	Cualitativa	directa	nominal	recolección de información de historias clínicas	<ul style="list-style-type: none"> ficha recolección de datos historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> sedación incremento de peso incremento de apetito hipotensión ortostática estreñimiento galactorrea anomalías ciclo menstrual disfunción sexual hiperprolactinemia alteraciones de colesterol y triglicéridos disminución de capacidad cognitiva. no presenta RAMs.

	diagnóstico clínico	Cualitativa	Indirecta	nominal	recolección de información de historias clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf.digestivas • Enf.respiratorias • Enf. sist. nervioso • Enf.sist. endocrinológico • Enf.metabólicas • Enf.sist cutáneo • trastornos mentales/comportamiento, etc.
	Presencia de interacciones	Cualitativa	Directa	nominal	visita médica y recolección de datos	hoja de recolección de datos	<ul style="list-style-type: none"> • si presenta • no presenta

Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 3. Operacionalización de variables e indicadores.

Variable Dependiente	Indicadores	Naturaleza	Forma de medición	Escala de medición	Procedimiento de medición	Instrumento de medición	Expresión final
Resultados negativos en pacientes hospitalizados en el Hospital de salud mental “San Juan Pablo II”	RNM necesidad	Cualitativa	Indirecta	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Visita médica • Fiche de recolección de datos 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de seguimiento farmacoterapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> • RNM1: Problema de salud no tratado. • RNM2: Efecto de medicamento innecesario. • RNM3: Inefectividad no cuantitativa. • RNM4: Inefectividad cuantitativa. • RNM5: Inseguridad no cuantitativa. • RNM6: Inseguridad cuantitativa.
	RNM efectividad	Cualitativa	indirecta	Nominal			
	RNM seguridad	cualitativa	indirecta	nominal			

fuentes: elaboración propia.

TABLA N° 4. Operacionalización de variables no implicadas.

Variables	Indicadores	Naturaleza	Forma de medición	Escala de medición	Procedimiento de medición	Instrumento de medición	Expresión final
Características sociodemográficas	Sexo	Cualitativa	Indirecta	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Recolección de información de las historias clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos (Anamnesis) Historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> masculino femenino
	Grupo etario	Cuantitativa	Indirecta	Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> Recolección de información de las historias clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos. (Anamnesis) Historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> 7- 14] años [15 - 44] años [45 - +] años
	Grado de instrucción	Cualitativa	Indirecta	Razón	<ul style="list-style-type: none"> Recolección de información de las historias clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos (Anamnesis) Historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> sin estudios primaria secundaria técnico universitario posgrado
	Ocupación	Cualitativa	Indirecta	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Recolección de información de las historias clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos (Anamnesis) Historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> desempleado empleado pensionista otros

	Área de residencia	cualitativa	Indirecta	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Recolección de información de las historias clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos (Anamnesis) • Historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • urbano • rural
	Estado civil	cualitativa	Indirecta	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Recolección de información de las historias clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos(Anamnesis) • Historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • soltero(a) • casado(a) • divorciado(a) • viudo(a) • conviviente
	Origen étnico	cualitativa	Indirecta	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Recolección de información de las historias clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos(Anamnesis) • Historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • blanco • mestizo • afro- descendiente • indígena amazónico • indígena andino • no sabe • otro

Fuente: elaboración propia

3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

➤ TÉCNICAS

3.2.1. Técnicas de recolección de datos

La técnica de la investigación que se empleó es la de observación documental, la misma que fue utilizada para los indicadores establecidos en los diferentes procesos en la evaluación de resultados negativos asociados a la administración de antipsicóticos atípicos en pacientes hospitalizados en el hospital de salud mental San Juan Pablo II, siendo así una herramienta que nos permitió obtener una información óptima para el trabajo de investigación.

3.2.2. Instrumentos de recolección de datos

Para la obtención de datos usaremos tres técnicas:

- Ficha de anamnesis. La revisión de la historia clínica es fundamental para recolectar información de los pacientes, debido a que por el estado de cada uno de ellos sería un tanto difícil abordarlos, para lo cual se hará uso del ANEXO N°12.
- Seguimiento farmacoterapéutico. El formato de seguimiento farmacoterapéutico es crucial para cotejar las posibles molestias como los (RNM) que cause en los pacientes, para lo cual se hará uso del ANEXO N°14.
- El algoritmo de decisión para la evaluación de una relación - causalidad de una RAM es el que ayudó a determinar dicha relación de causalidad en las notificaciones de casos o de series de casos de sospechas de reacciones adversas a medicamentos para completar la evaluación, determinar la gravedad de la reacción adversa presentada, la cual cabe resaltar, fue establecida por la junta médica pertinente. ANEXO N.º 9, ANEXO N.º 10 y ANEXO N.º 11
- Pruebas de laboratorio. Los cuales permitieron tener una base de datos del estado del paciente por medio de exámenes laboratoriales en caso de que los tengan. ANEXO N.º13.

1. PROCESO DE SELECCIÓN DE PACIENTES PARA EL ESTUDIO.

- ❖ Solicitar permiso para la ejecución de proyecto de investigación al Hospital de Salud Mental "SAN JUAN PABLO II"; luego de ello, solicitar el apoyo del área de farmacia hospitalaria para la proporción del listado de pacientes hospitalizados identificados por el sistema de dosis unitaria.
- ❖ Captar al paciente mediante la recolección de datos en la historia clínica que cumpla con los requisitos del estudio
- ❖ Realizar la anamnesis clínica y farmacológica del paciente
- ❖ Apertura del formato de seguimiento farmacoterapéutico.
- ❖ Acompañamiento en la visita médica y junta médica.
- ❖ Observación directa en la administración de los medicamentos conjuntamente con el personal encargado, para el cumplimiento terapéutico.
- ❖ Análisis de exámenes complementarios (si el paciente contara con ellos).

- ❖ Evaluación de posibles eventos adversos, interacciones o cualquier resultado negativo tras la administración del medicamento.
- ❖ Revisión bibliográfica para detectar el evento adverso presentado para lo cual se usará EVALUACIÓN DE LA CAUSALIDAD USANDO EL ALGORITMO KARCH Y LASAGNA MODIFICADO, conjuntamente lo profesionales de salud, para la determinación del evento adverso pudiendo ser leve, moderada o grave.

2. TECNICAS DE PROCEDIMIENTO DE ANALISIS ESTADISTICO

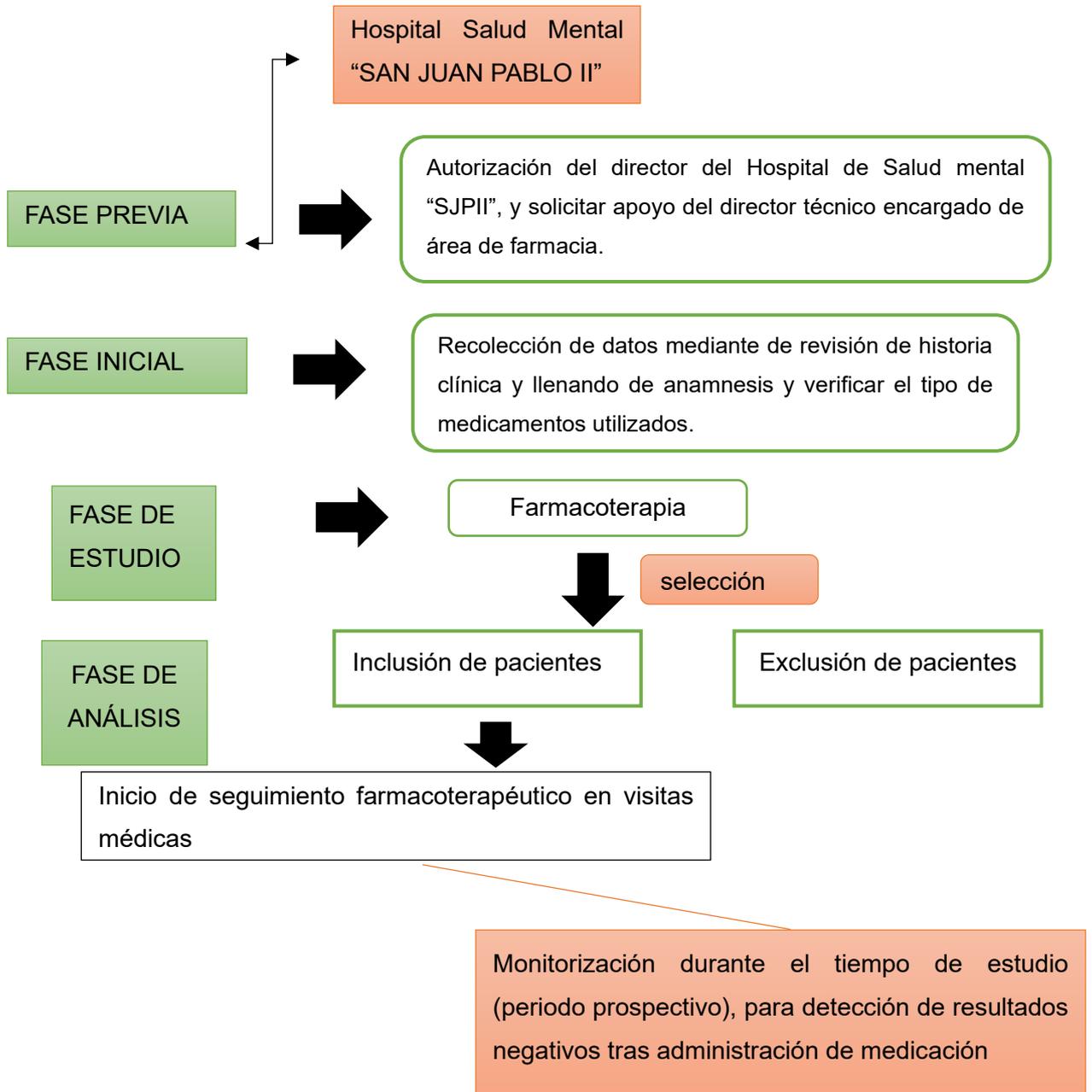
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

- Utilizando IBM SPSS Statistics 27, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos cualitativos, tales como variables sociodemográficas, diagnósticos médicos, medicación prescrita, diagnósticos por paciente, medicamentos por subgrupo farmacológico, dosificación de antipsicóticos atípicos, así como la frecuencia y gravedad de las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAMs) asociadas al uso de antipsicóticos atípicos, polifarmacia, comorbilidades por paciente y tipos de RNM. Estos datos fueron presentados mediante frecuencias, porcentajes y representaciones gráficas utilizando gráficos de columnas y/o barras.
- Se aplicaron técnicas de estadística inferencial como la prueba de Chi-cuadrado y el coeficiente V de Cramer para evaluar las relaciones entre las RNM y las variables sociodemográficas, variables de medicación y variables clínicas, determinando así la fuerza y tipo de asociación entre la variable dependiente (RNM) y cada variable independiente.
- Finalmente, mediante regresión logística binomial se evaluaron la razón de verosimilitud y el coeficiente de determinación de Nagelkerke, para determinar el impacto de las variables agrupadas en la presencia o ausencia de RNM.

3.8. PROCEDIMIENTO

FLUJOGRAMA

Procedimiento general del trabajo de investigación “Evaluación de resultados negativos asociados a la administración de antipsicóticos atípicos en pacientes hospitalizados en Hospital Salud Mental San Juan Pablo II”, periodo febrero-abril 2024.



Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos.

TABLA N° 5. Frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos de los pacientes.

Características sociodemográficas (n=91)	Frecuencia	Porcentaje	Mediana* (IC 95%)
Genero			
Masculino	37	40.7 %	
Femenino	54	59.3 %	
Ciclo de vida**			
Adolescente (12 a 17 años)	10	11.0 %	15 (14-17)
Joven (18 a 29 años)	13	14.3 %	23 (22-27)
Adulto joven (30 a 44 años)	23	25.3 %	36 (32-38)
Adulto (45 a 59 años)	33	36.3 %	52 (51-55)
Adulto mayor (60 años a más)	12	13.2 %	63 (61-69)
Nivel de instrucción			
Sin estudios	15	16.5 %	
Primaria	7	7.7 %	
Secundaria	29	31.9 %	
Técnico	6	6.6 %	
Universitaria	29	31.9 %	
Posgrado	5	5.5 %	
Ocupación			
Desempleado(a)	14	15.4 %	
Empleado(a)	29	31.9 %	
Independiente	43	47.3 %	
Pensionista	5	5.5 %	
Residencia			
Urbano	78	85.7 %	
Rural	13	14.3 %	
Estado civil			
Soltero(a)	44	48.4 %	
Casado(a)	19	20.9 %	
Conviviente	14	15.4 %	
Divorciado (a)	4	4.4 %	
Viudo(a)	10	11.0 %	
Autopercepción étnica			

Blanco	13	14.3 %	
Mestizo	63	69.2 %	
No sabe	15	16.5 %	

* En casos donde los datos no siguen una distribución normal, se sugiere reportar la mediana y el IC 95% (93)

** Se uso los criterios establecidos por el INEI en su publicación Perú: Estado de la Población en el año del Bicentenario. 2021

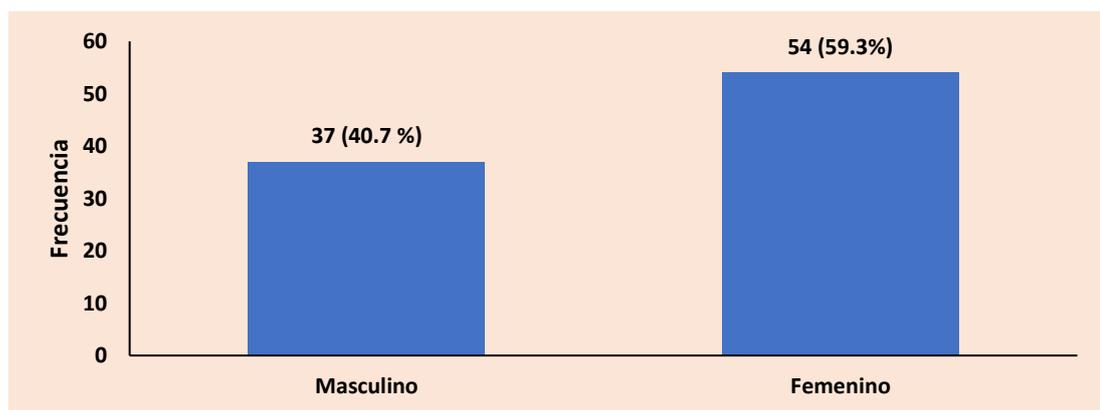
Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

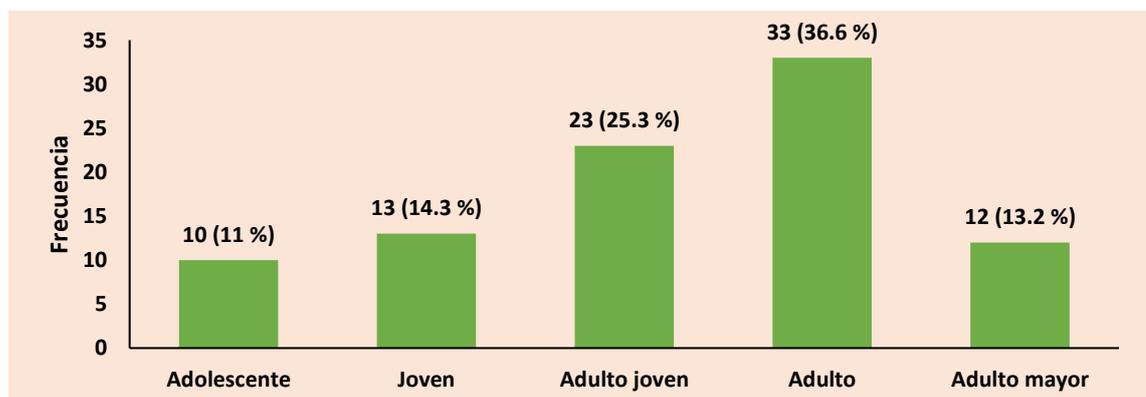
La tabla N. °5 consolida, mediante frecuencias y porcentajes, la cantidad de pacientes respecto a los datos sociodemográficos consultados. En el caso del ciclo de vida, además se presentan los valores de la mediana, ya que estos son datos numéricos.

Grafico N° 1. Datos sociodemográficos

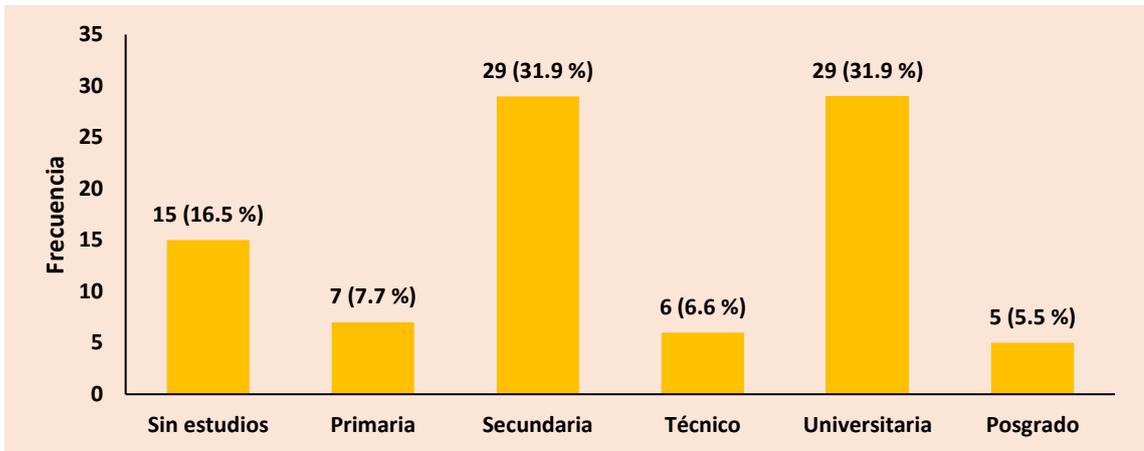
(a) Genero



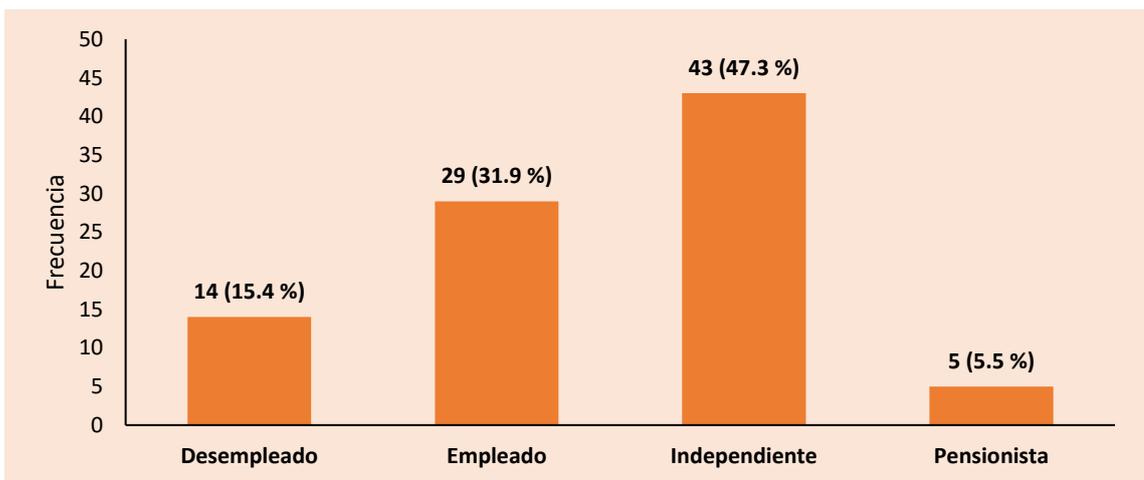
(b) Ciclo de vida



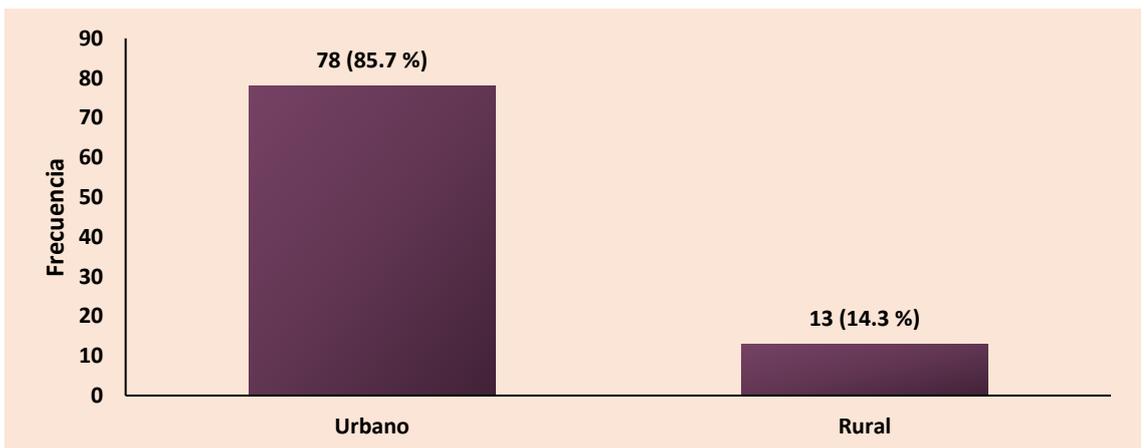
(c) Nivel de instrucción



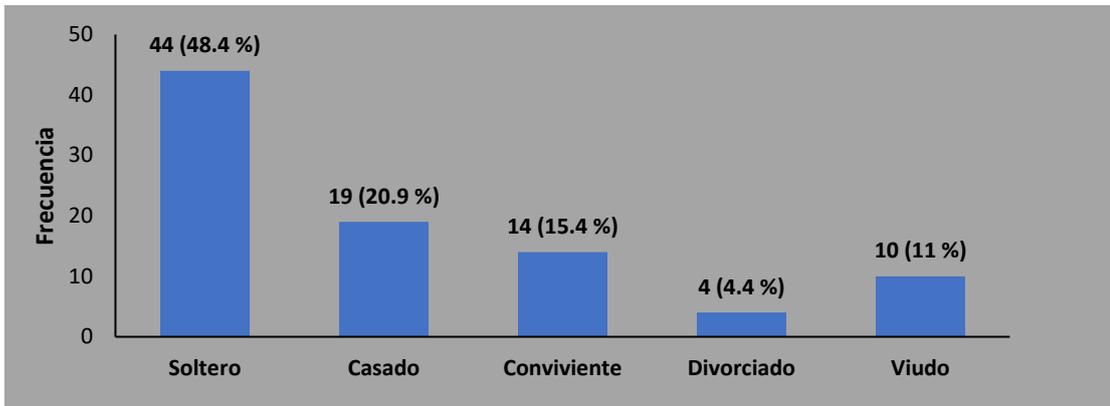
(d) Ocupación



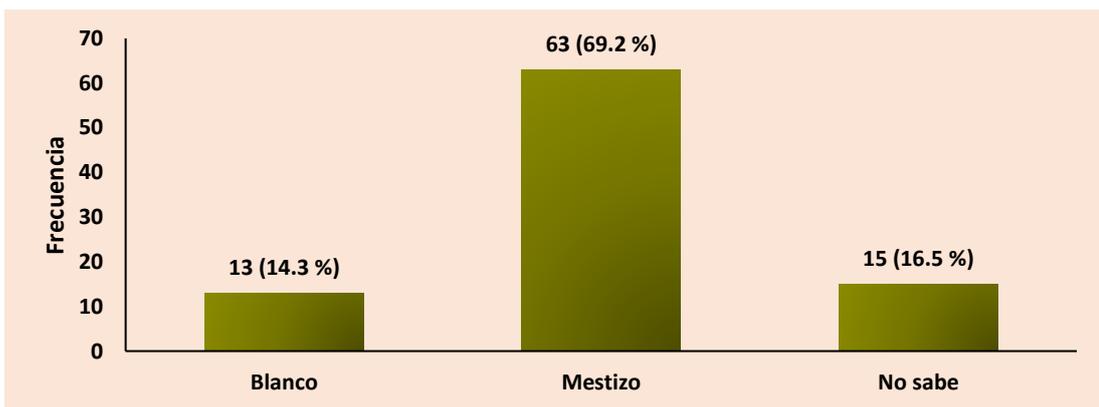
(e) Lugar de residencia



(f) Estado civil



(g) Autopercepción étnica



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

En la tabla N.º 5, gráfico N.º 1, se muestran las frecuencias y porcentajes respecto a cada uno de los criterios sociodemográficos considerados para el trabajo.

Análisis y discusión

- Respecto al género (gráfico N.º 1.a), se aprecia que, del total de 91 pacientes considerados para el trabajo, 54 (59.3%) son del género femenino, respecto a 37 (40.7%) del género masculino. En este caso se aprecia una mayor presencia de mujeres respecto a varones, lo cual muestra similitud con los resultados obtenidos en la **Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud de 2021** (título original: 2021 National Survey on Drug Use and Health) (110), donde se determinó que existe una mayor presencia de pacientes mujeres que recibieron servicios de salud mental que los varones e igualmente, en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en

Hospitales Regionales 2015 (111) desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Mental, se concluyó que de un total de 9816 personas que acudieron a consulta ambulatoria por salud mental, 64.4% fueron mujeres. Según **Bezerra et al. (2021)** (94), la presencia de trastornos mentales comunes en las mujeres se asocia principalmente con el desempleo, bajos ingresos, bajo nivel educativo, tabaquismo, estado civil, experiencias de violencia y mala autopercepción de la salud. Respecto al ciclo de vida (gráfico 1.b), se aprecia que existe una mayor prevalencia de pacientes con problemas de salud mental en el ciclo de vida adulto con un (36.26%). Esto concuerda con lo señalado en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Regionales 2015 (95), donde la mayoría de los encuestados con problemas mentales fueron adultos.

- Respecto al grado de instrucción (gráfico N°1.c), se muestra un mismo grado en cuanto a pacientes con nivel secundario (31.87%) y universitaria (31.87%). En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Regionales 2015 (95), también se señala una mayor presencia de personas con problemas de salud mental y que alcanzaron un nivel de instrucción secundaria. Por otro lado, no existen estudios previos donde asocien problemas de salud mental en personas con grado universitario.
- Respecto a la ocupación (gráfico N°1.d), apreciamos que principalmente hay pacientes en el grupo laboral de independientes y dependientes. Este mismo patrón se observa en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Regionales 2015 (95), donde la mayoría de pacientes encuestados se encontraban laborando (43.4%). Como afirma **Mensah (2021)** (96), uno de los factores directos y negativos sobre la salud mental en el trabajo, es el estrés, y la magnitud de su efecto es mayor en mujeres que en varones.
- Respecto al lugar de residencia (gráfico N°1.d), vemos una amplia mayoría de pacientes (85.71%) que viven en la zona urbana. **Serrano Ccopa (2024)** (97) indica que esta diferencia se debe a que en zonas rurales existen diversos factores que impiden acceder a un servicio de calidad en salud mental, como infraestructura adecuada, ausencia de profesionales especializados, distancias largas, y escasez de servicios especializados.
- Respecto al estado civil (gráfico N°1.f) se aprecia una prevalencia notable de pacientes solteros (48.35%) respecto a los otros estados. Este resultado guarda relación con el informe publicado por **Cerellino y Torres (2021)** (98), donde señalan, entre otros, que las personas solteras son más propensas a sufrir depresión, tener pensamientos de insatisfacción con la vida, consumo de alcohol, y abuso de sustancias ilegales.

- Respecto a la autopercepción étnica (gráfico N°1.g) se evidencia que más de 2/3 de los pacientes se consideran de origen mestizo (69.23%). No se encontró investigaciones relacionadas a salud mental y origen étnico en Perú, aunque se esperaba una presencia mayoritaria de personas mestizas porque de acuerdo a los Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017 (99) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población peruana de 12 años a más se autoidentificaba como mestizos.

4.2. Análisis descriptivo de los diagnósticos y medicación.

4.2.1. Análisis descriptivo de los diagnósticos por cantidad de pacientes.

TABLA N° 6. Frecuencias y porcentajes de los diagnósticos y medicación de los pacientes

Categoría principal de acuerdo con CIE-10	Frecuencia	Porcentaje
• CIE-10		
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos [F00–F09]		
• Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	2	2.04 %
• Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	1	1.02 %
Total	3	3.06 %
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas [F10–F19]		
• Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome de dependencia	6	6.12 %
• Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia	3	3.06 %
• Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, síndrome de dependencia	1	1.02 %
Total	10	10.20 %
Categoría principal de acuerdo con CIE-10	Frecuencia	Porcentaje
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes [F20–F29]		
• Esquizofrenia indiferenciada	1	1.02 %
• Esquizofrenia paranoide	23	23.47 %
• Esquizofrenia residual	1	1.02 %
• Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	1	1.02 %
• Psicosis de origen no orgánico, no especificada	7	7.14 %
• Trastorno delirante	1	1.02 %
• Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo	1	1.02 %

• Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco	6	6.12 %
Total	41	41.84 %
Trastornos del humor [F30–F39]		
• Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	2	2.04 %
• Categoría principal de acuerdo con CIE-10	Frecuencia	Porcentaje
•		
• Episodio depresivo, no especificado	1	1.02 %
• Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado	1	1.02 %
• Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos	5	5.10 %
• Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	1	1.02 %
Total	10	10.20 %
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos [F40–F49]		
• Actos e ideas obsesivas mixtos	2	2.04 %
• Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas	1	1.02 %
• Trastorno de estrés postraumático	2	2.04 %
• Trastorno mixto de ansiedad y depresión	7	7.14 %
Total	12	12.24 %
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos [F50–F59]		
• Anorexia nerviosa	1	1.02 %
Total	1	1.02 %
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos [F60–F69]		
• Trastorno anancástico de la personalidad	2	2.04 %
• Trastorno asocial de la personalidad	1	1.02 %
• Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	14	14.29 %
• Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado	1	1.02 %
• Trastorno de la personalidad, no especificado	1	1.02 %
Total	19	19.39 %
Retraso mental [F70–F79]		
• Retraso mental grave, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento	1	1.02 %
Total	1	1.02 %
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia [F90–F98]		
• Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	1	1.02 %
Total	1	1.02 %
TOTAL	98	100.0

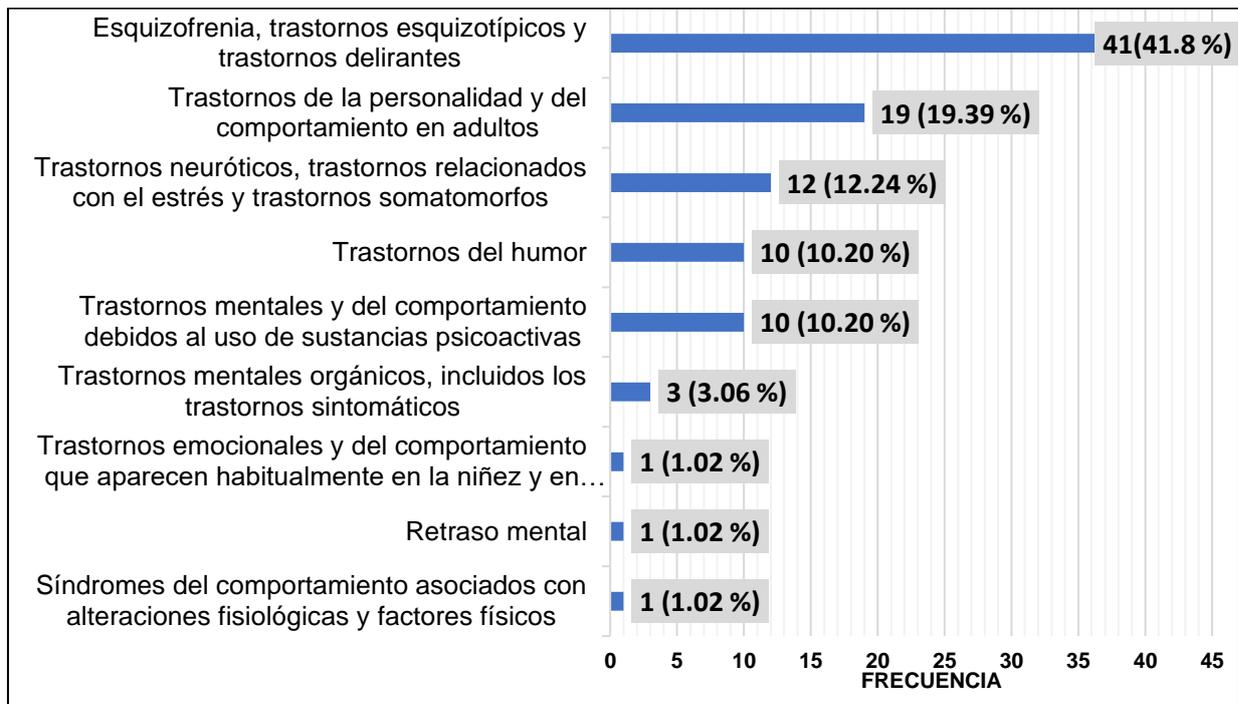
TABLA N°06 Frecuencias y porcentajes de los diagnósticos y medicación de los pacientes.

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

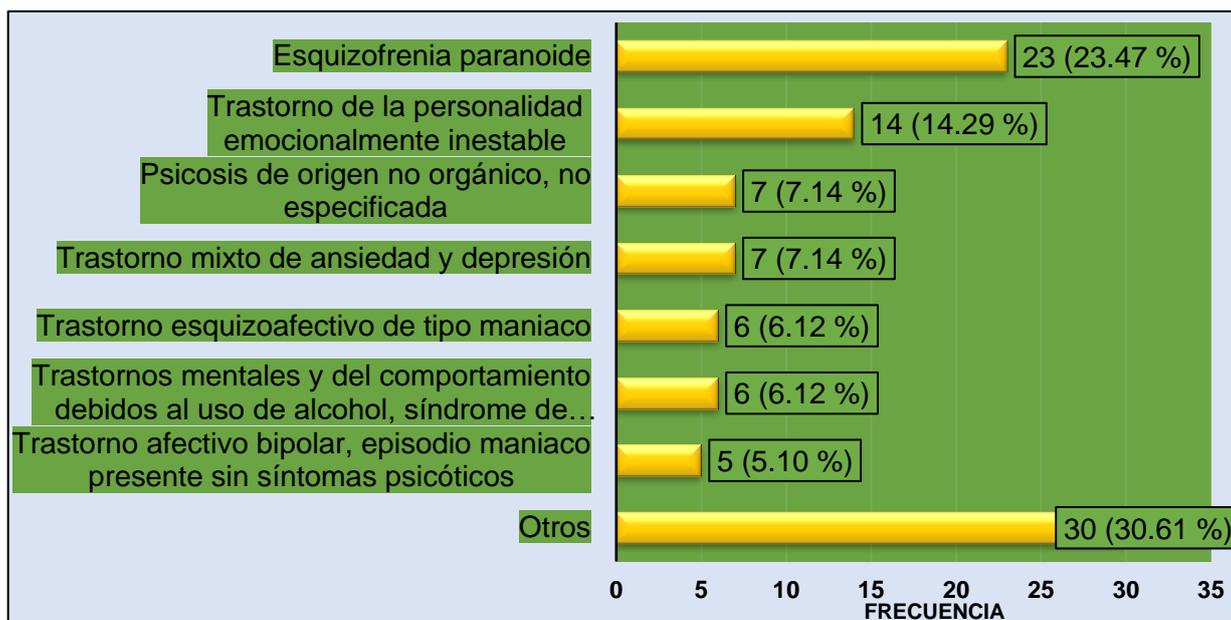
Interpretación: La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) (100) agrupa a los trastornos mentales y del comportamiento en su capítulo V, y a su vez está dividido en 11 categorías principales. En la tabla N°6 se agruparon los diagnósticos de los pacientes dentro de cada una de sus respectivas categorías principales.

(a) Diagnósticos agrupados por categoría principal

Grafico N° 2. (a) Diagnósticos agrupados y (b) de acuerdo al CIE-10.



(b) Diagnóstico por cie-10



Fuente: Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS

Interpretación

En el gráfico N°2.a. se muestra la cantidad de diagnósticos agrupados de acuerdo a su categoría principal, y en el gráfico N°2.b, cada uno de los diagnósticos de manera individual. Para una mejor visualización en el gráfico N°2.b, se agrupó en la categoría Otros a los diagnósticos que tenían menos de 5 pacientes.

Análisis y discusión

- Respecto a la agrupación de diagnósticos agrupados por categoría principal mostrados en el gráfico N°2.a, se aprecia claramente una predominancia de la categoría “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes [F20–F29]”, con 41 diagnósticos dentro de esta categoría. Este resultado concuerda con los publicados por **Villanueva y Young (2023)** (101), donde evaluaron la frecuencia de trastornos mentales en 100 pacientes con COVID-19 de un hospital psiquiátrico en la ciudad de Lima, y se determinó que la categoría de CIE F20–F29 tenía la mayor prevalencia (49 pacientes). Por otro lado, en el mismo estudio detectaron la presencia de pacientes con diagnóstico incluido en las siguientes categorías: Trastornos del humor [F30–F39] (37 pacientes), Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos [F60–F69] (7 pacientes), Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos [F40–F49] (2 pacientes) y Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos [F50–F59] (1 paciente).

En contraste, nuestro estudio presenta una mayor variedad en cuanto a categorías de diagnóstico, pudiendo deberse a las diferentes características de la población que accede a los servicios de salud, como lo señalan **Villanueva y Young (2023)** (101).

- En cuanto al gráfico N°2.b, se muestra una prevalencia mayor del diagnóstico de “Esquizofrenia paranoide”, con un total de 23 pacientes que la sufren. Este resultado muestra similitud con el trabajo de **Iliquin (2022)** (102), donde al evaluar 4374 diagnósticos de pacientes psiquiátricos del Hospital Regional Virgen de Fátima de Amazonas, de los años 2017, 2018 y 2019, concluyó que durante los años mencionados existió una alta prevalencia de esquizofrenia paranoide respecto a otros diagnósticos.

Respecto a las demás categorías principales y CIE-10 específicos, no se encontró más referencias bibliográficas actuales, pero todos estos criterios de diagnósticos se encuentran contemplados para su tamizaje dentro del Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa, del Ministerio de Salud (2021) (103).

4.2.2. Análisis descriptivo de la cantidad de diagnósticos por paciente

TABLA N° 7. Frecuencias y porcentajes de la cantidad de diagnósticos de enfermedades mentales por pacientes.

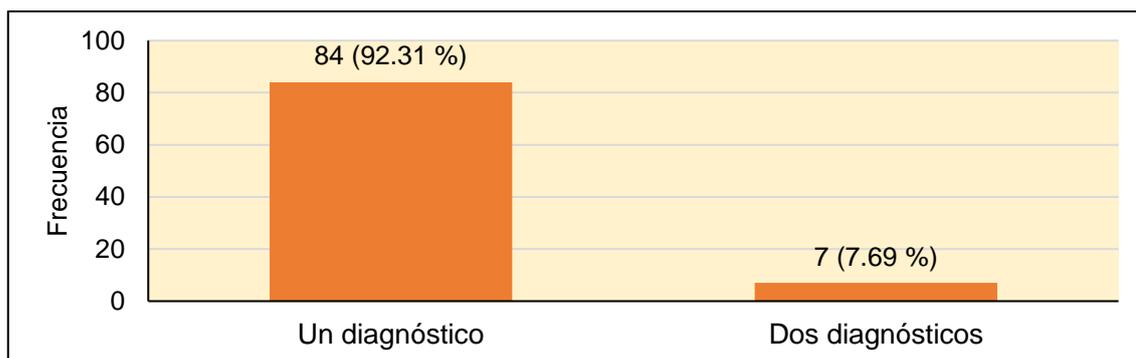
Diagnósticos por paciente	Frecuencia	Porcentaje
Un diagnóstico	84	92.31 %
Dos diagnósticos	7	7.69 %
TOTAL	91	100.00 %

Fuente: Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

En la tabla N°7 se aprecia que la cantidad de pacientes con un sólo diagnóstico (84 personas) de enfermedad mental, supera en 12 veces el número de pacientes que fueron evaluados con dos diagnósticos.

Grafico N° 3. Cantidad de diagnósticos determinados por pacientes



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

El gráfico N°3 muestra de manera visual la gran diferencia entre los diagnósticos de enfermedades aplicados para los pacientes, donde el 92.31% de pacientes tienen un solo diagnóstico, frente a 7.69% de pacientes que tienen 2 diagnósticos.

Análisis y discusión

Los resultados obtenidos fueron en gran mayoría de los pacientes (n=84), los cuales fueron diagnosticados con solo una enfermedad mental, en tanto que una minoría (n=7) tuvo dos diagnósticos. Esta situación de diagnóstico múltiple también se aprecia en el trabajo de **Villanueva y Young (2023)** (101), donde al evaluar 100 historias clínicas de pacientes psiquiátricos, encontraron siempre una predominancia de pacientes con un solo diagnóstico. Por ejemplo, en pacientes psicóticos la frecuencia de diagnóstico múltiple fue de solo 5 pacientes (7.7%), y en pacientes con trastornos de humor, 7 pacientes (21.2%). Según **Lecomte et al. (2020)** (104), las comorbilidades podrían complicar el primer cuadro de enfermedad mental o propiciar mayor vulnerabilidad en pacientes psiquiátricos.

4.2.3. Análisis descriptivo de los medicamentos por subgrupo farmacológico y tipo de medicación.

TABLA Nº 8. Frecuencia y porcentaje de los tipos de medicación, subgrupo farmacológico y medicamentos consumidos por los pacientes.

Tipo de medicación	Subgrupo farmacológico	Medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Principal	• Antipsicóticos	Amisulprida	2	0.5 %
		Aripiprazol	2	0.5 %
		Clozapina	3	0.75 %
		Olanzapina	26	6.47 %
		Quetiapina	32	7.96 %
		Risperidona	43	10.7 %
		Ziprasidona	5	1.24 %
Total			113	28.11
Complementario	• Ansiolítico	Alprazolam	2	0.5 %
	• Antagonistas angiotensina II	Losartán	1	0.25 %
	• Antidepresivos	Clomipramina	1	0.25 %
		Escitalopram	1	0.25 %
		Fluoxetina	15	3.73 %
		Mirtazapina	5	1.24 %
		Sertralina	28	6.97 %
		Venlafaxina	5	1.24 %
	• Antidiabéticos orales	Glibenclamida	1	0.25 %
		Metformina	1	0.25 %
	• Antiepilépticos	Carbamazepina	7	1.74 %
		Clonazepam	41	10.2 %
		Fenitoína	1	0.25 %
		Gabapentina	2	0.5 %
		Levetiracetam	1	0.25 %
		Pregabalina	1	0.25 %
		Topiramato	9	2.24 %
		Valproato de sodio	41	10.2 %
	• Antihistamínicos de uso sistémico	Clorfenamina	1	0.25 %
• AINES	Ibuprofeno	1	0.25 %	
Complementario	• Antipsicóticos	Carbonato de litio	23	5.72 %
		Clorpromazina	3	0.75 %
		Flufenazina	7	1.74 %
		Haloperidol	2	0.5 %
		Levomepromazina	16	3.98 %
		Tioridazina	1	0.25 %
	• Complejo vitamínico B	Complejo B	1	0.25 %
	• Hipnóticos y sedantes	Zolpidem	3	0.75 %
	• Inhibidores enzima convertidora de angiotensina	Captopril	1	0.25 %

	• Medicamentos para ulcera péptica y reflujo	Omeprazol	6	1.49 %
	• Otros analgésicos y antipiréticos	Paracetamol	1	0.25 %
	• Preparados tiroideos	Levotiroxina	1	0.25 %
	• Vitamina B1 sola y asociaciones de B1, B6 y B12	Tiamina	1	0.25 %
Total			231	57.46
Soporte	• Anticolinérgicos (anti parkinsonianos)	Biperideno	23	5.72 %
	• Antiepilépticos	Clonazepam	1	0.25 %
	• Antihistamínicos de uso sistémico	Cetirizina	1	0.25 %
	• Antipsicóticos	Flufenazina	1	0.25 %
	• Corticoesteroides solos (dermatológicos)	Betametasona	1	0.25 %
	• Inhibidores enzima convertidora de angiotensina	Captopril	1	0.25 %
	• Laxantes	Bisacodilo	3	0.75 %
		Lactulosa	6	1.49 %
	• Medicamentos contra la demencia	Memantina	1	0.25 %
	• Medicamentos para ulcera péptica y reflujo	Omeprazol	1	0.25 %
	• Modificadores de los lípidos solos	Atorvastatina	1	0.25 %
	• Otros analgésicos y antipiréticos	Paracetamol	1	0.25 %
Total			41	10.20
Concomitante	• Agentes de acción directa contra el virus	Emtricitabina/tenofovir	1	0.25 %
		Raltegravir	1	0.25 %
		Tenofovir	1	0.25 %
	• Analgésicos opiáceos	Tramadol	1	0.25 %
	•			
Concomitante	• Antagonistas angiotensina II	Losartán	1	0.25 %
	• Antiandrógenos	Ciproterona	2	0.5 %
	• Antidiabéticos orales, excl. Insulinas	Metformina	1	0.25 %

• Antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos	Diclofenaco	1	0.25 %
• Diuréticos de techo bajo	Hidroclorotiazida	1	0.25 %
• Inhibidores enzima convertidora de angiotensina	Captopril	1	0.25 %
• Medicamentos para hipertrofia prostática benigna	Tamsulosina	1	0.25 %
• Medicamentos para ulcera péptica y reflujo	Sucralfato	1	0.25 %
• Preparados antitiroideos	Tiamazol	1	0.25 %
• Preparados tiroideos	Levotiroxina	1	0.25 %
• Psicoestimulantes	Metilfenidato	1	0.25 %
• Tetraciclinas (antiinfecciosos de uso sistémico)	Doxiciclina	1	0.25 %
Total		17	4.23 %
TOTAL		402	100.00 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

La tabla N°8 reúne información sobre medicamentos clasificados en 4 categorías principales:

- Principal: Producto farmacéutico prescrito específicamente para el diagnóstico de enfermedad mental.
- Complementario: Producto farmacéutico que funciona como coadyuvante en el tratamiento.
- Soporte: Producto farmacéutico que fue usado de manera temporal para tratar efectos o reacciones adversas ocasionadas por el consumo de la medicación.
- Concomitante: Producto farmacéutico que fue prescrito para una comorbilidad y se consume conjuntamente con los medicamentos previamente señalados.

Asimismo, los medicamentos se clasificaron en subgrupos terapéuticos de acuerdo al (Sistema de clasificación Anatómica Terapéutica Química y la Dosis Diaria Definida en su versión 2024), recomendada por la **OMS (2023)** (105). También se indica la frecuencia y porcentaje de cada medicamento de acuerdo a su denominación común internacional. Dentro de cada categoría principal se presenta su frecuencia y porcentaje total.

Análisis y discusión

En la tabla N°8 se muestran a los antipsicóticos atípicos clasificados dentro de la categoría de antipsicóticos. Esta clasificación también es usada por **Bernardo et al. (2011)** (106) en su artículo de revisión, y por **Bojórquez Giraldo et al. (2018)** (107) en su trabajo sobre patrones de prescripción de psicofármacos en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera.

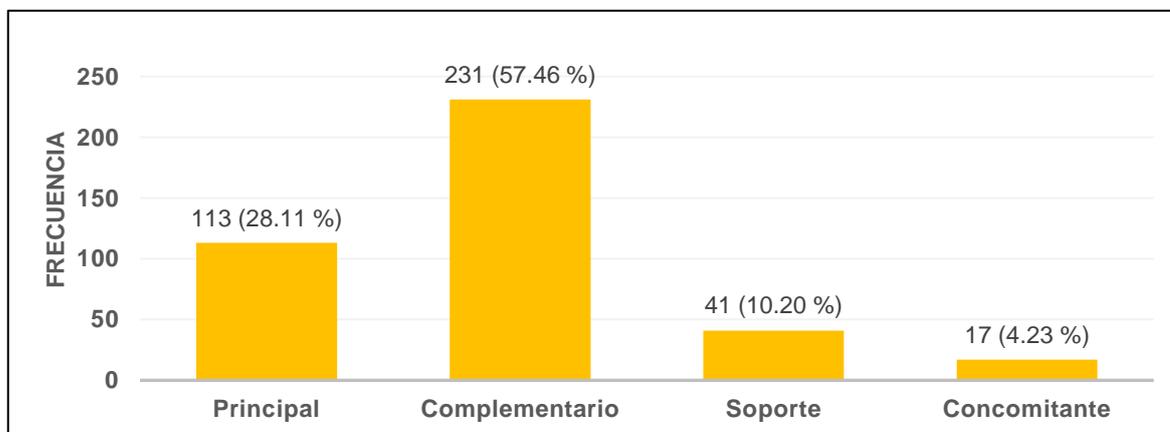
A continuación, el grupo de medicamentos complementarios o coadyuvantes a la terapia ocupa una gran parte de los medicamentos consumidos. En este grupo se aprecia el consumo de otros psicofármacos en distinta medida (ansiolíticos, antidepresivos, antiepilépticos y antipsicóticos no atípicos), y también de fármacos con otros efectos terapéuticos. En cuanto a la medicación de soporte, igualmente podemos ver aún medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso (antiparkinsonianos, antiepilépticos, antipsicóticos y medicamentos contra la demencia), aunque no para demasiados pacientes.

Sobre la medicación concomitante, únicamente un paciente refiere usar un medicamento de acción sobre el sistema nervioso, como es metilfenidato.

No se encontró referencia bibliográfica reciente sobre trabajos que vinculen el consumo de antipsicóticos atípicos con medicación complementaria, de soporte o concomitante, por lo cual nuestros resultados quedan a nivel descriptivo.

Respecto a los otros subgrupos farmacológicos, no se halló evidencia literaria para discusión.

Grafico N° 5. Tipos de medicación consumidos por los pacientes



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

El gráfico N°5 consolida información presentada en la tabla N.º 8, respecto a los 4 grupos principales en los que fueron clasificados los medicamentos que consumieron los pacientes. Se aprecia que más de la mitad (57.46%) de los medicamentos consumidos fueron como complementarios o coadyuvantes para el diagnóstico principal, seguido por los medicamentos principales (28.11%), luego los medicamentos de soporte (10.20%), y finalmente solo 4.23% del total de medicamentos provenían de consumo asociado a comorbilidades.

Análisis y discusión

Nuestros resultados muestran una variabilidad en el consumo de medicamentos asociados a los antipsicóticos atípicos, como los complementarios, de soporte y concomitantes. En el trabajo de **Bojórquez Giraldo et al. (2018)** (107), se evidencia esta variabilidad en pacientes que consumen antipsicóticos atípicos. Al evaluar los patrones de consumo de psicofármacos en pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados en el Hospital Víctor Larco Herrera, se encontró que también se consumen otros psicofármacos, como benzodiacepinas, anticolinérgicos, antidepresivos, entre otros. Esto consolida el hecho de que la terapia atípica casi siempre se acompaña de otros medicamentos que modulan la respuesta terapéutica.

TABLA N° 9. Frecuencia y porcentaje de medicamentos consumidos.

Medicamento	Frecuencia	Porcentaje	Medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Risperidona	43	10.7 %	Losartán	2	0.5 %
Clonazepam	42	10.45 %	Metformina	2	0.5 %
Valproato de sodio	41	10.2 %	Paracetamol	2	0.5 %
Quetiapina	32	7.96 %	Atorvastatina	1	0.25 %
Sertralina	28	6.97 %	Betametasona	1	0.25 %
Olanzapina	26	6.47 %	Cetirizina	1	0.25 %
Carbonato de litio	23	5.72 %	Clomipramina	1	0.25 %
Biperideno	23	5.72 %	Clorfenamina	1	0.25 %
Levomepromazina	16	3.98 %	Complejo B	1	0.25 %
Fluoxetina	15	3.73 %	Diclofenaco	1	0.25 %
Topiramato	9	2.24 %	Doxiciclina	1	0.25 %
Flufenazina	8	1.99 %	Emtricitabina/ Tenofovir	1	0.25 %
Omeprazol	7	1.74 %	Escitalopram	1	0.25 %
Carbamazepina	7	1.74 %	Fenitoína	1	0.25 %
Lactulosa	6	1.49 %	Glibenclamida	1	0.25 %
Ziprasidona	5	1.24 %	Hidroclorotiazida	1	0.25 %
Venlafaxina	5	1.24 %	Ibuprofeno	1	0.25 %
Mirtazapina	5	1.24 %	Levetiracetam	1	0.25 %
Clozapina	3	0.75 %	Memantina	1	0.25 %
Bisacodilo	3	0.75 %	Metilfenidato	1	0.25 %
Captopril	3	0.75 %	Pregabalina	1	0.25 %
Clorpromazina	3	0.75 %	Raltegravir	1	0.25 %
Zolpidem	3	0.75 %	Sucralfato	1	0.25 %
Amisulprida	2	0.5 %	Tamsulosina	1	0.25 %
Aripiprazol	2	0.5 %	Tenofovir	1	0.25 %
Alprazolam	2	0.5 %	Tiamazol	1	0.25 %
Ciproterona	2	0.5 %	Tiamina	1	0.25 %
Gabapentina	2	0.5 %	Tioridazina	1	0.25 %
Haloperidol	2	0.5 %	Tramadol	1	0.25 %
Levotiroxina	2	0.5 %	TOTAL	402	100.00 %

Los medicamentos en negrita y cursiva representan a los antipsicóticos atípicos

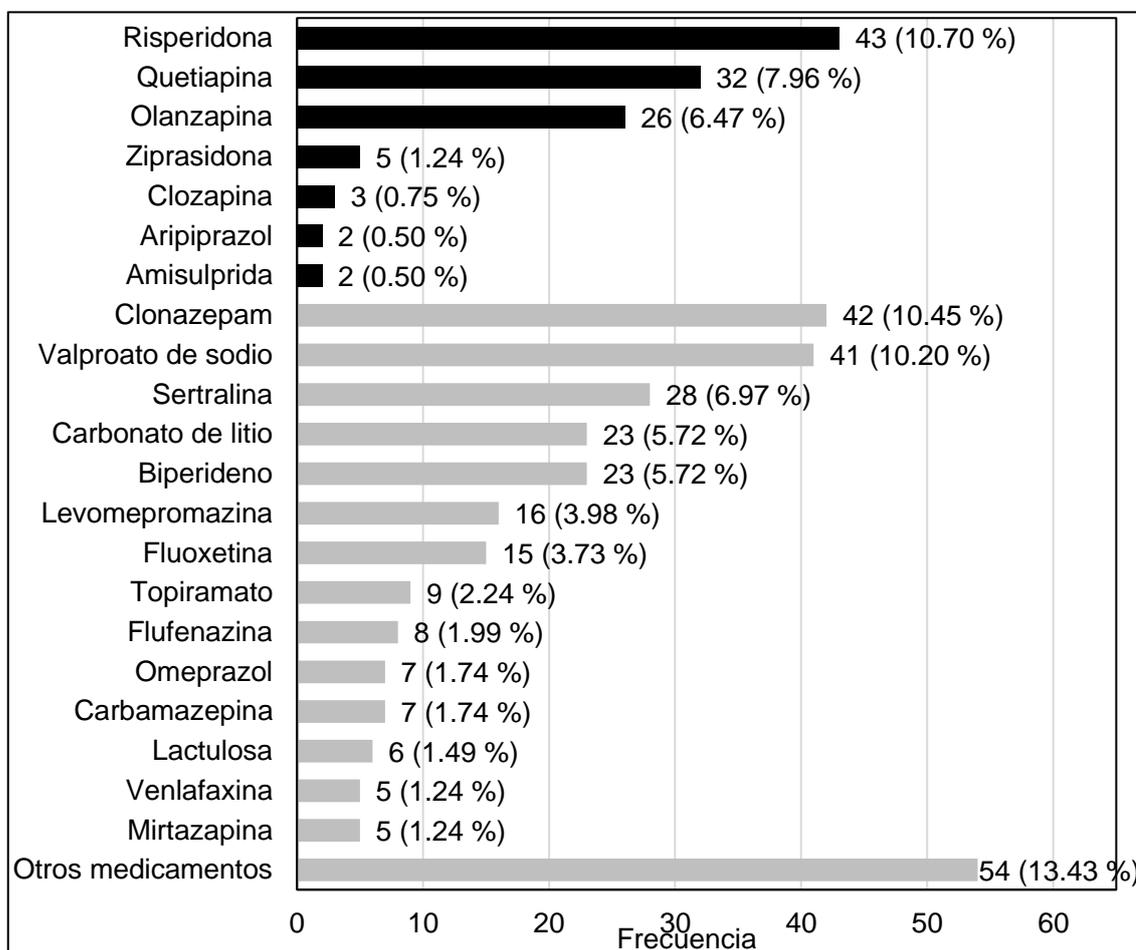
Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

La tabla N°9 muestra las frecuencias y porcentajes de consumo de cada medicamento por cantidad de pacientes. En ese entender, el medicamento más prescrito es el antipsicótico atípica risperidona (10.7% de la totalidad de

prescripciones), seguido por otros psicofármacos, y los antipsicóticos atípicos menos consumidos son el aripiprazol y la amisulprida, con solo 2 prescripciones cada uno.

Grafico N° 6. Medicamentos antipsicóticos atípicos (negro) y de otras categorías (gris) consumidos con mayor frecuencia.



* El ítem OTROS MEDICAMENTOS reúne a los medicamentos con menos de 5 conteos

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

El gráfico N°6 muestra en barras agrupadas las frecuencia y porcentajes de medicamentos prescritos a los pacientes, conforme a lo reportado en la tabla N°9. Para una mejor visualización, se agrupó a los medicamentos con menos de 5 prescripciones en la categoría Otros.

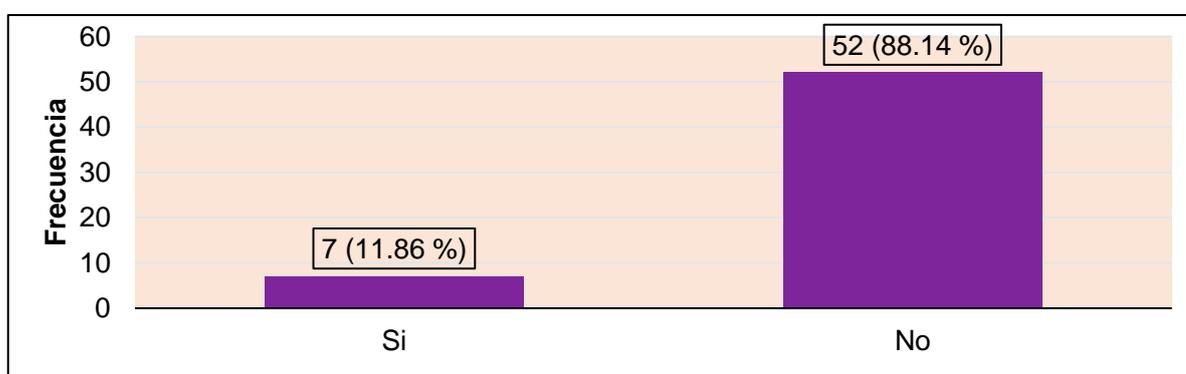
Análisis y discusión

Acorde a nuestros resultados, se aprecia que el medicamento con mayor prescripción es la risperidona, con poco más del 10% de prescripciones, seguido de los psicofármacos clonazepam y valproato de sodio. Respecto a la risperidona como fármaco más consumido, se puede evidenciar el mismo resultado en el trabajo de **Giraud et al. (2021)** (109), donde este medicamento fue el más consumido (91.5%)

de los antipsicóticos atípicos prescritos a pacientes ambulatorios en el Hospital de Mendoza, Argentina.

En la misma línea, el trabajo de **Bojorquez Giraldo et al. (2017)** (107) también encontró que la risperidona fue prescrita en 138 ocasiones, de un total de 273 prescripciones de psicofármacos a pacientes internados en el Hospital Víctor Larco Herrera. En el mismo trabajo se reporta el consumo de otros antipsicóticos como olanzapina, clozapina, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol, pero en una proporción mucho menor.

Grafico N° 7. Cantidad de medicamentos clasificados como antipsicóticos atípicos dentro de la totalidad de medicamentos consumidos



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

El gráfico N°7 se basa en los resultados de la tabla N°9, donde se cuenta la cantidad total de medicamentos consumidos por los pacientes, no la cantidad de prescripciones, generando un total de 59 fármacos. En consecuencia, se observa que únicamente se prescriben 7 antipsicóticos atípicos, en contraste con otros 52 fármacos que no lo son.

Análisis y discusión

Conforme al trabajo de revisión de **Bernardo et al. (2011)** (106), los 7 antipsicóticos que fueron prescritos para los pacientes, corresponden a la clasificación de atípicos. Por otro lado, diversos trabajos señalan únicamente patrones o frecuencias de prescripción de psicofármacos, más no así de otros medicamentos asociados a la terapia, por ende, no es posible comparar la diferencia con nuestros resultados.

4.3. Análisis descriptivo de los factores clínicos asociados a los antipsicóticos atípicos.

4.3.1. Análisis descriptivo de la dosificación de antipsicóticos atípicos.

TABLA N° 10. Frecuencia y porcentaje de los antipsicóticos atípicos y su dosificación diaria

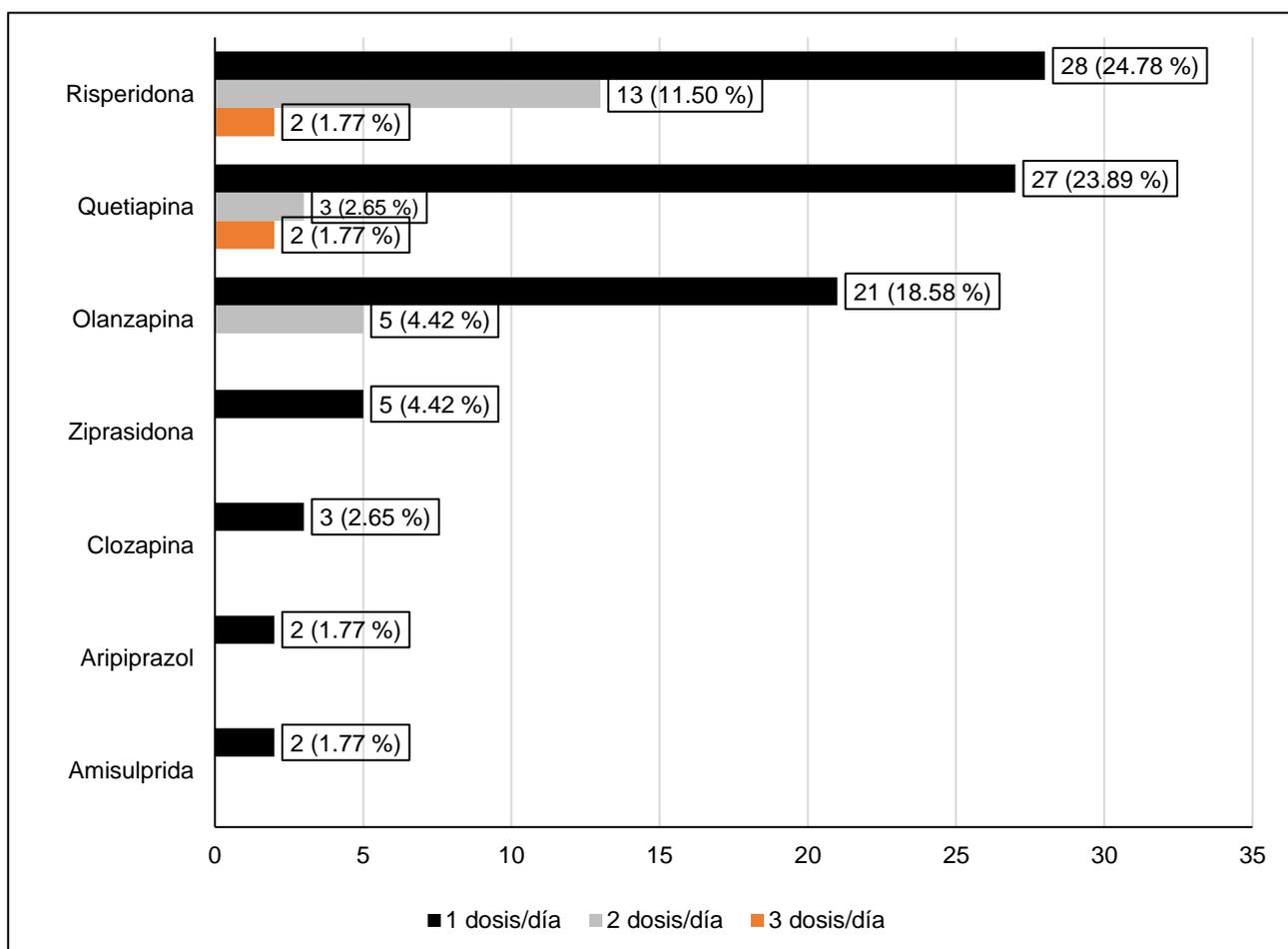
Dosificación	Medicamento	Frecuencia	Porcentaje	Rango administrado a pacientes (mg)
1 dosis/día	Risperidona	28	24.78 %	0.5 – 6
	Quetiapina	27	23.89 %	6.25 – 600
	Olanzapina	21	18.58 %	5 – 15
	Ziprasidona	5	4.42 %	80 – 160
	Clozapina	3	2.65 %	50 – 200
	Amisulprida	2	1.77 %	100 – 200
	Aripiprazol	2	1.77 %	15 – 20
	Total	88	77.88 %	
2 dosis/día	Risperidona	13	11.5 %	1 – 4
	Olanzapina	5	4.42 %	10 – 12.5
	Quetiapina	3	2.65 %	400 – 600
	Total	21	18.58 %	
3 dosis/día	Quetiapina	2	1.77 %	400 – 600
	Risperidona	2	1.77 %	6
	Total	4	3.54 %	
TOTAL		113	100	

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

En la tabla N°10 se muestran varias categorías de acuerdo a la dosificación diaria. En la frecuencia se muestra la cantidad de prescripciones a pacientes, y en el rango señalamos desde la cantidad mínima a la máxima administrada a los pacientes.

Grafico N° 8. Antipsicóticos atípicos y su dosificación diaria.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

El gráfico N°8 muestra de manera visual las dosificaciones por día para cada tipo de antipsicótico atípico, asimismo señala la cantidad de pacientes que los recibieron.

Análisis y discusión

No encontrándose bibliografía para contraste, nos remitimos al **Manual de Medicamentos de Enfermería Saunders 2023 (2022)** (110) para evaluar la conformidad en cuanto a las dosificaciones de los antipsicóticos.

- Respecto a risperidona, incluyendo todas las formas de dosificación por día, se aprecia una prescripción mínima de 0.5 hasta un máximo de 6 mg. Este medicamento se usa en casos de esquizofrenia y manía bipolar, pudiendo ser administrado hasta dosis máximas de 6 mg por día, según bibliografía.
- Respecto a olanzapina, hubo prescripciones desde 5 hasta 15 mg por día. Al igual que risperidona se usa para esquizofrenia y manía bipolar, pudiendo ser administrado hasta dosis máximas de 20 mg por día, según bibliografía.

- Respecto a quetiapina, hubo prescripciones desde 6.25 hasta 600 mg por día. Este se usa para casos de esquizofrenia y desorden bipolar, pudiendo ser administrado hasta dosis máximas de 800 mg por día.
- Respecto a ziprasidona, hubo prescripciones de 80 hasta 160 mg por día. Este se usa en casos de esquizofrenia, episodios maníacos y desorden bipolar, pudiendo ser administrado hasta dosis máximas de 160 mg por día.
- Respecto a clozapina, hubo prescripciones de 50 hasta 200 mg por día. Este se usa en casos de esquizofrenia, conducta suicida y desordenes esquizoafectivos, pudiendo ser administrado hasta dosis máximas de 450 mg por día.
- Respecto a aripiprazol, hubo prescripciones desde 15 hasta 20 mg por día. Este se usa en casos de esquizofrenia, desordenes bipolares y depresivos, e irritabilidad en adolescentes autistas, pudiendo ser administrado hasta dosis máximas de 30 mg por día.
- Respecto a amisulprida, hubo prescripciones desde 100 mg hasta 200 mg por día. Este se usa en casos de esquizofrenia y distimia (trastorno depresivo persistente), pudiendo ser administrado hasta dosis máximas de 800 mg por día. En caso de este medicamento, se hizo la consulta en el libro Guía de Prescriptores de **Stephen Sthal (2024)** (111).

Como se observa en las revisiones literarias, en todos los casos, la dosificación de medicamentos, incluso cuando se administraron en varias dosis a lo largo del día, no superó las dosis máximas recomendadas. Los prescriptores deben tener especial cuidado con la dosificación, ya que, como señala **Salvador (2008)** (112), existe una asociación entre el consumo de estos antipsicóticos y la obesidad y el síndrome metabólico.

4.3.2. Análisis descriptivo de las reacciones adversas a medicamentos (RAM)

TABLA N° 11. Frecuencia y porcentaje de gravedad de RAM relacionado a antipsicóticos atípicos

Gravedad de la RAM • RAM	Antipsicótico atípico							Frecuencia	Porcentaje
	Amisulprida	Aripiprazol	Clozapin	Olanzapin	Quetiapi	Risperid	Ziprasido		
Leve									
• Incremento de apetito				6		1		7	6.19 %
• Somnolencia					4		1	5	4.42 %
• Boca seca					4			4	3.54 %
• Mareos					3	1		4	3.54 %
• Calambres					1			1	0.88 %
• Constipación					1			1	0.88
Leve									
• Dolor de cabeza					1			1	0.88 %
• Hipersalivación					1			1	0.88 %
• Insomnio	1							1	0.88 %
• Visión borrosa					1			1	0.88 %
Total								26	22.97 %
Moderada									
• Incremento de peso				8		7		15	13.27 %
• Constipación					5	6		11	9.73 %
• Dislipidemia			1	3	2	2		8	7.08 %
• Sialorrea						8		8	7.08 %
• Parkinsonismo						6		6	5.31 %
• Hiperprolactinemia					1	2		3	2.65 %
• Temblores						2	1	3	2.65 %
• Hiperglicemia				2				2	1.77 %
• Hipotensión ortostática					2			2	1.77 %
• Prurito						2		2	1.77 %
• Acatisia		1						1	0.88 %
• Agresividad					1			1	0.88 %
• Alucinaciones						1		1	0.88 %
• Calambres							1	1	0.88 %
• Debilidad muscular				1				1	0.88 %
• Discinesia tardía						1		1	0.88 %
• Disforia						1		1	0.88 %

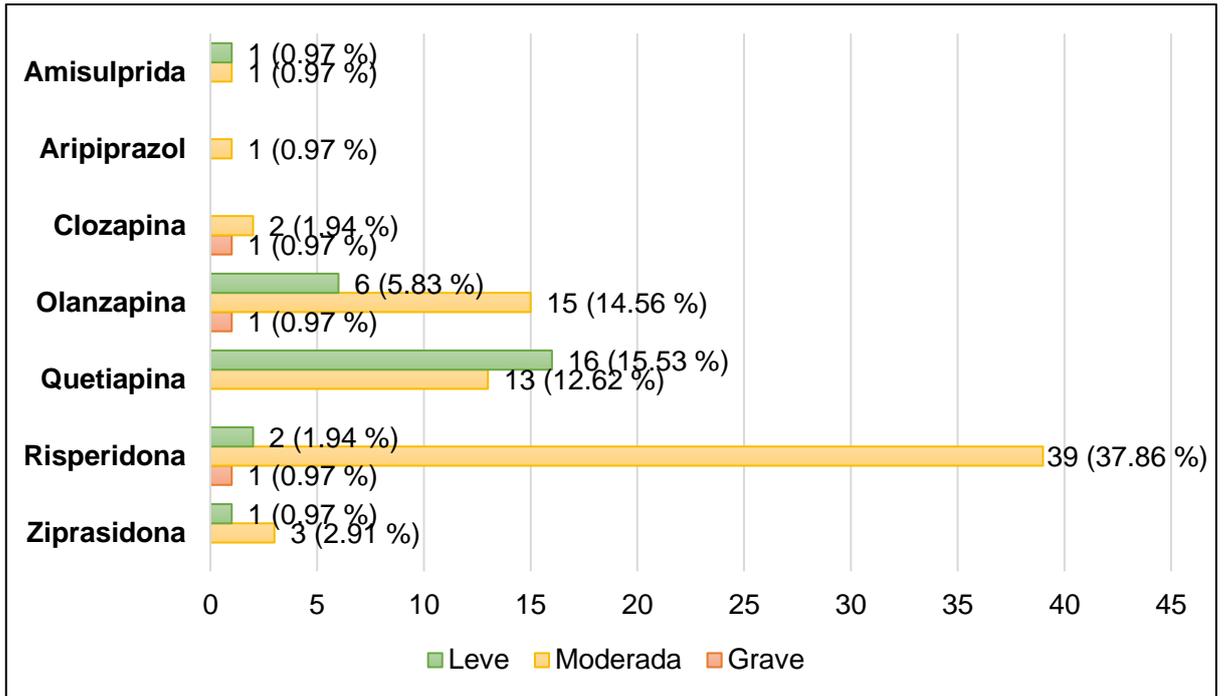
Gravedad de la RAM	Amisulprida	Aripiprazol	Clozapina	Olanzapina	Quetiapina	Risperidona	Ziprasidona	Frecuencia	Porcentaje
• RAM									
• Dispepsia					1			1	0.88 %
• Distonía aguda	1							1	0.88 %
• Hiperactividad			1					1	0.88 %
• Hipocinesia							1	1	0.88 %
• Incremento de apetito				1				1	0.88 %
• Irritabilidad					1			1	0.88 %
• Sincope						1		1	0.88 %
Total								74	65.40 %
Grave									
• Agranulocitosis			1					1	0.88 %
• Posible desarrollo de demencia				1				1	0.88 %
• Tromboembolismo venoso						1		1	0.88 %
Total								3	2.64 %
No presentaron RAMs		1		4	3	1	1	10	8.85 %
Total								10	8.85 %
TOTAL	2	2	3	26	32	43	5	113	100.00 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

En la tabla N°11 se muestran los tipos de RAM y su gravedad, de acuerdo a los antipsicóticos atípicos consumidos. Dentro de la categoría leve y moderada se aprecia una mayor cantidad de RAMs relacionados a incremento de peso, mientras que entre las RAMs graves, no hay predominancia.

Grafico N° 9. Gravedad de RAM relacionados a antipsicóticos atípicos.



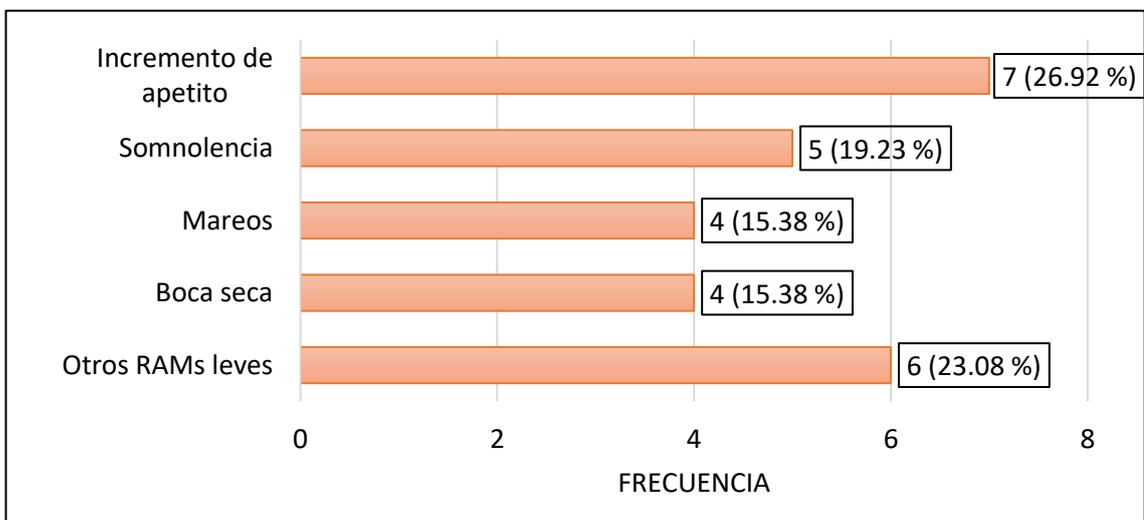
Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

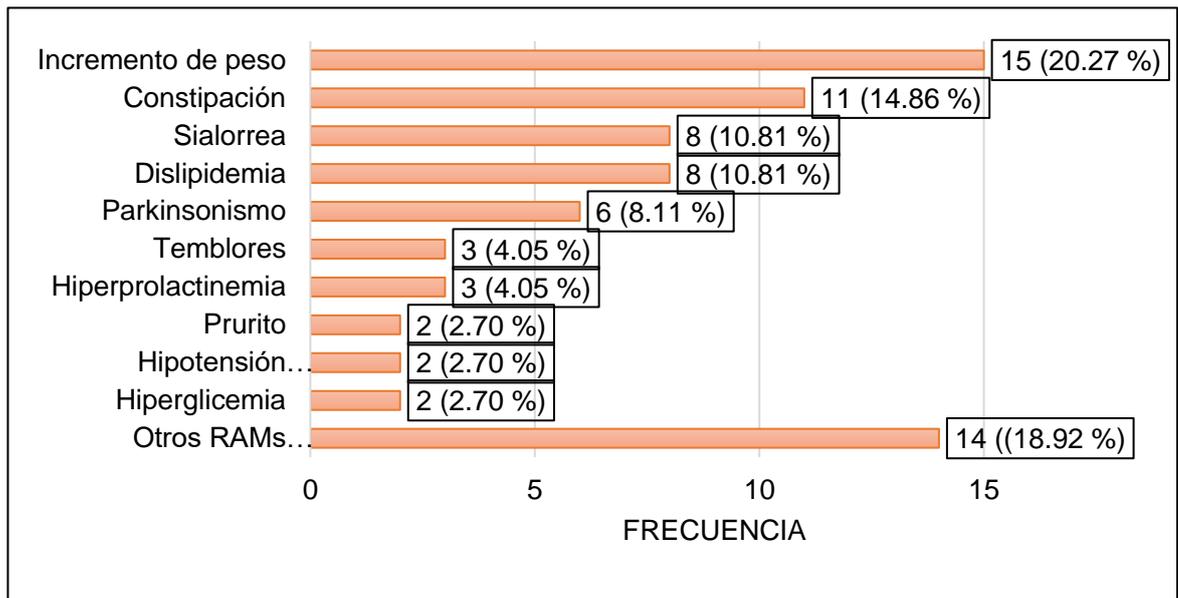
El gráfico N°9 muestra las frecuencias de las RAMs agrupadas según su gravedad, conforme a los datos de la tabla N°11. La quetiapina se asocia con más RAMs leves, la risperidona se asocia con más RAMs moderadas, y en el grupo de RAMs graves, tres antipsicóticos se asocian con estas.

Grafico N° 10. Tipos de RAM de acuerdo con su gravedad.

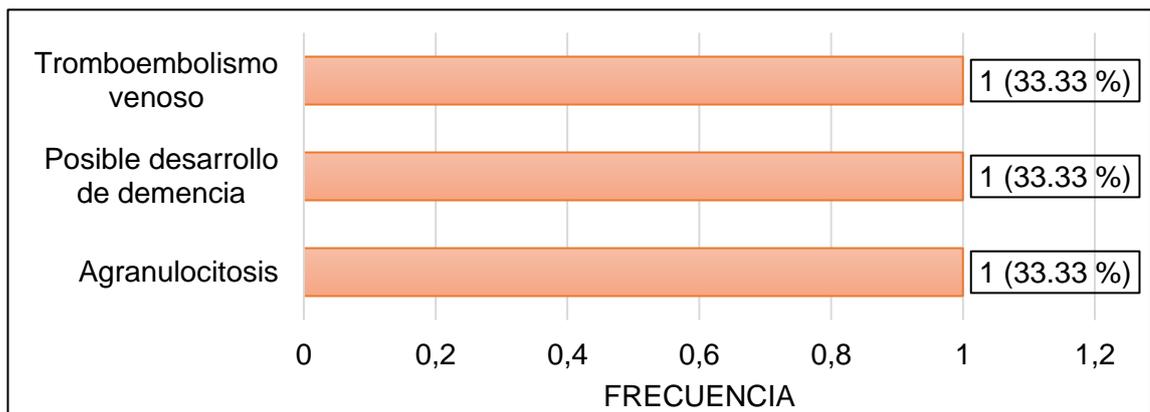
(a) Tipos RAM leves



(b) RAM moderados



(c) RAM graves



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

El gráfico 10, en base a los datos de la tabla N°11, muestra de manera detallada las frecuencias y porcentajes de las RAMs agrupadas por leves (10.a), moderadas (10.b) y graves (10.c). En la categoría Otros se agrupa a RAMs que se presentaron en menos de 3 pacientes.

Análisis y discusión

La tabla N°11 muestra la información que se condensa en los gráficos N°9 y N°10. Según el gráfico N°9, cuatro antipsicóticos atípicos (ziprasidona, risperidona, quetiapina y olanzapina) presentaron RAMs leves, los siete antipsicóticos estudiados presentaron RAMs moderados, y solo tres antipsicóticos (risperidona, olanzapina y

clozapina) presentaron RAMs graves. En el gráfico N°10, se aprecia una gran variabilidad en cuanto a los tipos de RAMs en sus distintas gravedades.

Conforme a la revisión de **Gardner, Baldessarini y Waraich (2005)** (113), el consumo de este tipo de antipsicóticos está asociado con manifestaciones como acatisia, agranulocitosis, aumento de peso, convulsiones, efectos anticolinérgicos, efectos extrapiramidales, hiperglucemia, hiperlipidemia, hipersecreción de prolactina, hipotensión ortostática, sedación y taquicardia.

En el trabajo de **Leiva y Laverde (2012)** (114), realizado en la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva, Colombia, se evaluaron las reacciones adversas presentadas en 39 de 118 pacientes a cuatro medicamentos atípicos (clozapina, risperidona, quetiapina y olanzapina), registrando las más frecuentes en orden decreciente: distonía, sialorrea, acatisias, bradicinesia, estreñimiento, discinesias tardías, temblor de reposo, Parkinson leve, galactorrea e hiperactividad sexual.

Por otro lado, revisiones de **Carli et al. (2021)** (115) y **Gardner, Baldessarini y Waraich (2005)** (113), señalan que el consumo de antipsicóticos atípicos está relacionado con la presencia de síndrome metabólico, incluyendo incremento de peso, hiperglucemia y dislipidemia, los cuales se encuentran reportados en nuestros pacientes.

Finalmente, aunque existe una similitud en cuanto a algunas RAMs descritas en la bibliografía y nuestros resultados, se muestra que no siempre se presentaron las mismas RAMs, ni con la misma intensidad. Como señala **Alomar (2014)** (116), factores como la edad, género, desarrollo fetal, alergias, peso corporal, distribución de grasa, consumo de alcohol y cigarrillos, etnia, entre otros, influyen en la presencia o ausencia de RAMs de forma particular.

4.3.3. Análisis descriptivo de la polifarmacia

TABLA N° 12. Frecuencias y porcentajes de los casos de polifarmacia y cantidad de medicamentos consumidos

Polifarmacia • Cantidad de medicamentos consumidos	Frecuencia	Porcentaje
No		
• 2	7	7.69 %
• 3	18	19.78 %
• 4	24	26.37 %
Total	49	53.85 %
Si		
• 5	25	27.47 %
• 6	9	9.89 %

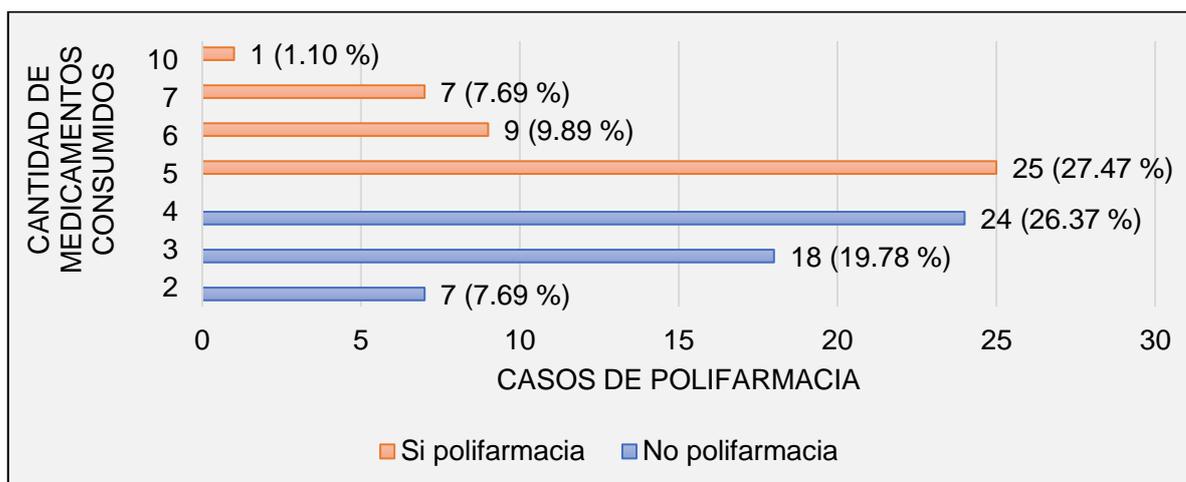
Polifarmacia	Frecuencia	Porcentaje
Cantidad de medicamentos consumidos		
• 7	7	7.69 %
• 10	1	1.1 %
Total	42	46.15 %
TOTAL	91	100.00 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

La tabla N°12 agrupa la cantidad de medicamentos consumidos y su clasificación como polifarmacia, así como la frecuencia de pacientes. Así, en el grupo de los que no tienen polifarmacia, hubo principalmente 24 pacientes que consumieron 4 medicamentos, y en el grupo de quienes tienen polifarmacia hubo principalmente 25 pacientes que consumieron 5 medicamentos.

Grafico N° 11. Casos de polifarmacia y cantidad de medicamentos consumidos.



Fuente: Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

El gráfico N°11 consolida de manera visual la información de la tabla N°12, donde se aprecia la cantidad de pacientes y medicamentos consumidos. Donde, 49 pacientes (53.85 %) no presentaron polifarmacia y 42 pacientes (46.15 %) si la presentaron.

Análisis y discusión

Como señala la **Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reporte técnico "Seguridad de los Medicamentos en la Polifarmacia" (2019)** (117), la polifarmacia es el uso simultáneo de múltiples medicamentos. Aunque no existe una definición estándar, la polifarmacia suele definirse como el uso habitual de cinco o más

medicamentos. Esto incluye medicamentos de venta libre, de prescripción y/o medicinas tradicionales y complementarias utilizadas por un paciente.

En el trabajo de **Costa et al. (2017)** (118), donde evaluaron la polifarmacia en pacientes psiquiátricos como parte de un proyecto nacional multicéntrico en Brasil que incluía 11 hospitales públicos psiquiátricos y 15 centros de cuidado psicosocial, determinaron que, de una muestra de 2475 pacientes, 774 presentaban situaciones de polifarmacia, lo cual representa poco más del 30%. Esta cifra es menor al 46.15% que reportamos en nuestro estudio. Esta diferencia podría deberse al tamaño de las muestras consideradas en ambos estudios.

Como señalan **Stucchi-Portocarrero y Saavedra (2018)** (119), la presencia de polifarmacia en pacientes con enfermedades mentales genera mala adherencia a los esquemas terapéuticos, deterioro en la calidad de vida y, en general, mayor morbimortalidad.

4.3.4. Análisis descriptivo de las comorbilidades

TABLA N° 13. Frecuencia y porcentaje del número de comorbilidades por paciente

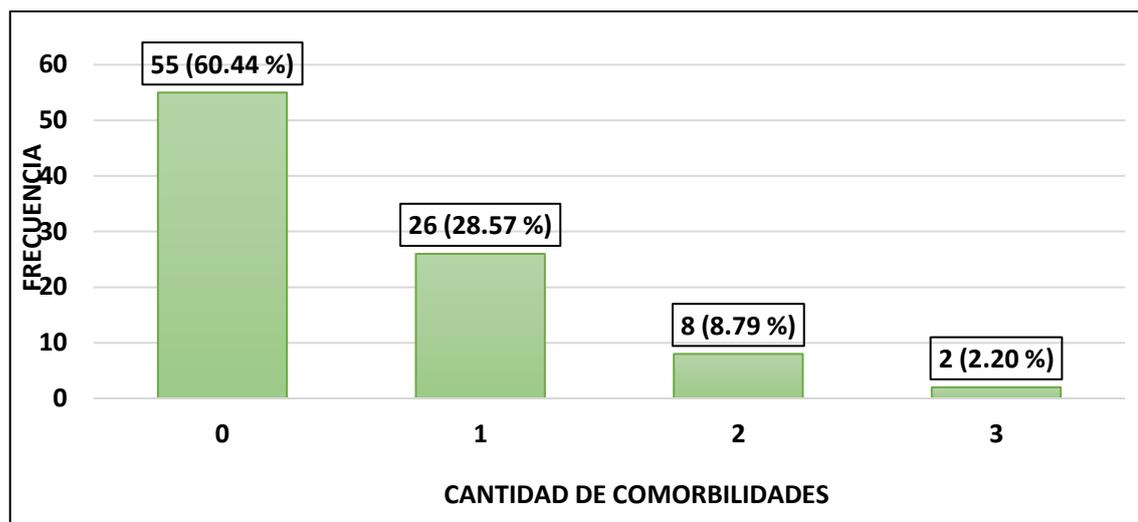
Cantidad de comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
0	55	60.44 %
1	26	28.57 %
2	8	8.79 %
3	2	2.20 %
TOTAL	91	100.00 %

Fuente: Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

La tabla N°13 reúne información sobre la cantidad de comorbilidades que se asocian a los pacientes. Una gran mayoría de pacientes (55) no tuvieron comorbilidad alguna, pero 26 pacientes tuvieron al menos una comorbilidad asociada, seguido por 8 pacientes con 2 comorbilidades, y al final 2 pacientes con 3 comorbilidades.

Grafico N° 12. Comorbilidades por paciente



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

El gráfico N°12 reúne información visual de la cantidad de comorbilidades presentes por cada paciente. Se parecía una clara predominancia de pacientes que no tuvieron comorbilidades asociadas al momento del diagnóstico en el hospital de salud mental.

Análisis y discusión

Según nuestros resultados, algo menos del 40 % de pacientes (n=36) presentaron al menos una comorbilidad. Según **Parrish (2018)** (120) señala que las enfermedades mentales estarían asociadas desordenes autoinmunes como la tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Graves, esclerosis múltiple, lupus y artritis reumatoide; hipotiroidismo; hipertiroidismo; desbalances en los niveles de estrógeno y testosterona.

En tanto, **Sampogna et al. (2022)** (121) hicieron una revisión sistemática de estudios previos, donde encontraron que 3 categorías principales de enfermedades se presentaban principalmente en pacientes con enfermedades mentales, siendo estas las cardiovasculares, seguido de los síndromes metabólicos, y en menor proporción, las enfermedades infecciosas.

Asimismo, en la revisión sistemática de **Pizzol et al. (2023)** (122) encontraron diversidad de comorbilidades en un total de 194,123 pacientes psiquiátricos, siendo los principales asociados a diabetes, obesidad, hipertensión, epilepsia, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, renales y gastrointestinales.

Con esto se demuestra que nuestros resultados, aunque evaluados en una muestra menor, concuerdan con literatura previa que menciona comorbilidades en este tipo de pacientes.

TABLA Nº 14. Frecuencia y porcentaje de comorbilidades por pacientes

Descripción de la comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	7	14.58 %
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia	4	8.33 %
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome de dependencia	3	6.25 %
Hipertensión secundaria, no especificada	2	4.17 %
Retraso mental leve, otros deterioros del comportamiento	2	4.17 %
Trastorno de estrés postraumático	2	4.17 %
Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	2	4.17 %
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia	2	4.17 %
Acné vulgar	1	2.08 %
Anorexia nerviosa atípica	1	2.08 %
Autismo en la niñez	1	2.08 %
Demencia, no especificada	1	2.08 %
Diabetes mellitus tipo 2, sin mención de complicación	1	2.08 %
Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones virales	1	2.08 %
Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques de inicio localizado	1	2.08 %
Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales complejos	1	2.08 %
Episodio depresivo, no especificado	1	2.08 %
Hepatitis aguda tipo b, sin agente delta y sin coma hepático	1	2.08 %
Hiperlipidemia mixta	1	2.08 %
Hipotiroidismo, no especificado	1	2.08 %
Inquietud y agitación	1	2.08 %
Otalgia	1	2.08 %
Otras tirotoxicosis	1	2.08 %
Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos	1	2.08 %
Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	1	2.08 %
Retraso mental leve, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento	1	2.08 %
Trastorno de ansiedad, no especificado	1	2.08 %
Trastorno hiperactivo de la conducta	1	2.08 %

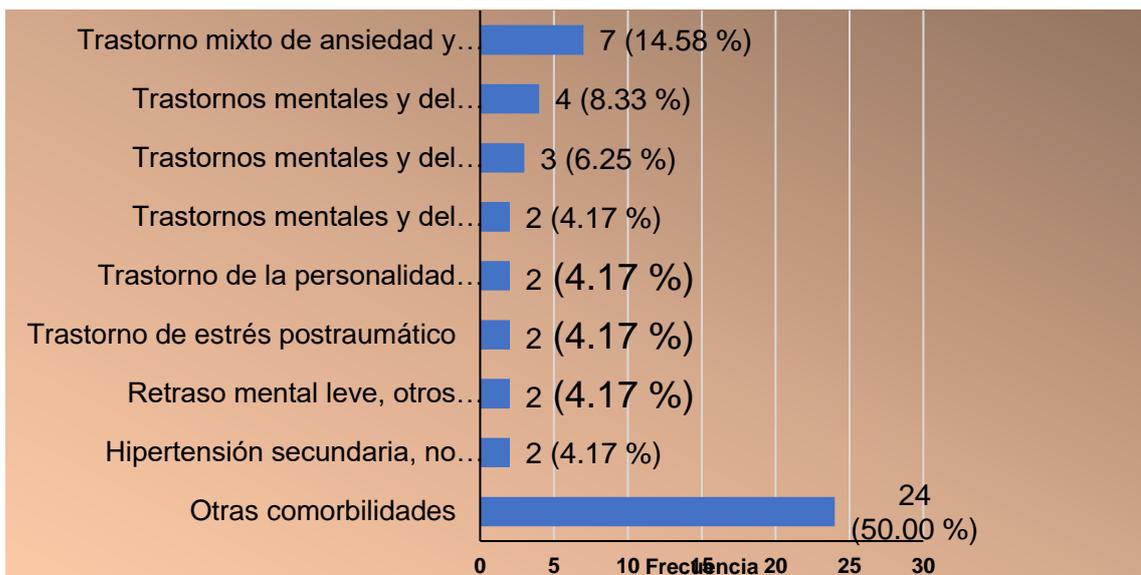
Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	1	2.08 %
Trastorno mixto de la conducta y de las emociones, no especificado	1	2.08 %
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, otros trastornos mentales y del comportamiento	1	2.08 %
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, síndrome de dependencia	1	2.08 %
TOTAL	48	100.00 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

La tabla N°14 muestra el tipo y frecuencia de comorbilidades asociados a cada paciente. Se aprecia que la principal comorbilidad, con 7 pacientes, son los trastornos mixtos de ansiedad y depresión, y en los otros casos existe una gran variabilidad de enfermedades.

Grafico N° 13. Comorbilidades más frecuentes por pacientes



* El ítem OTRAS COMORBILIDADES reúne a las comorbilidades con menos de 2 conteos

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

En el gráfico N°13 se condensa la información de la tabla N°14. El gráfico de barras muestran que existen otras enfermedades mentales que actúan como comorbilidades en los pacientes. Aunque los trastornos mixtos de ansiedad y depresión tienen una prevalencia mayor, afectando a 7 pacientes. Para una mejor visualización en el gráfico Otros a las comorbilidades que sólo afectaban a un paciente.

Análisis y discusión

Como se aprecia en la tabla N°14, se detectaron múltiples comorbilidades entre nuestros pacientes. Aunque las enfermedades mentales se asocian principalmente con afecciones cardiovasculares, síndromes metabólicos y enfermedades infecciosas, como lo indica **Sampogna et al. (2022)** (121), también existen otras condiciones médicas que se presentan con menos frecuencia en pacientes psiquiátricos, pero que fueron reportadas en la revisión sistemática **de Pizzol et al. (2023)** (122), siendo estas: hepatitis viral, infección por VIH, tuberculosis, infecciones genéricas, hipertrigliceridemia, enfermedades extrapiramidales, estado epiléptico, migraña, neuropatía del trigémino, dolor facial, dolor de columna y espalda, ciática, sinusitis, anemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades del tracto respiratorio no especificadas, gingivitis, incontinencia urinaria, enfermedades del tracto urinario, síndrome menopáusico, ictericia, artritis, enfermedades de la piel, psoriasis, eczema, ataque isquémico transitorio, aneurisma, enfermedad cardíaca isquémica, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, arritmia cardíaca, enfermedad de Parkinson, demencia, esclerosis múltiple, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades neurológicas, enfermedades hematológicas y reumatológicas, osteoporosis, alergias, trastornos tiroideos, enfermedades inmunológicas, ceguera y trastornos de la visión, pérdida de audición, hiperplasia prostática, enfermedad diverticular, gota, enfermedades musculoesqueléticas, endocrinológicas y ginecológicas no especificadas, y dolor crónico.

En un análisis general, se observa que varias de las enfermedades señaladas por **Pizzol et al. (2023)** (122) coinciden con nuestros hallazgos, como la hiperlipidemia, hipertensión, hipotiroidismo e infección por VIH, entre otras. En cuanto a las enfermedades que reportamos y que no se encuentran dentro de las comorbilidades previamente descritas, sería adecuado revisar su cronología de aparición para determinar si están asociadas o no a enfermedades mentales, como lo señala **Valderas et al. (2009)** (123).

4.3.5. Análisis descriptivo de los resultados negativos asociados a la medicación (RNM)

TABLA N° 15. Frecuencia y porcentaje de RNM en pacientes

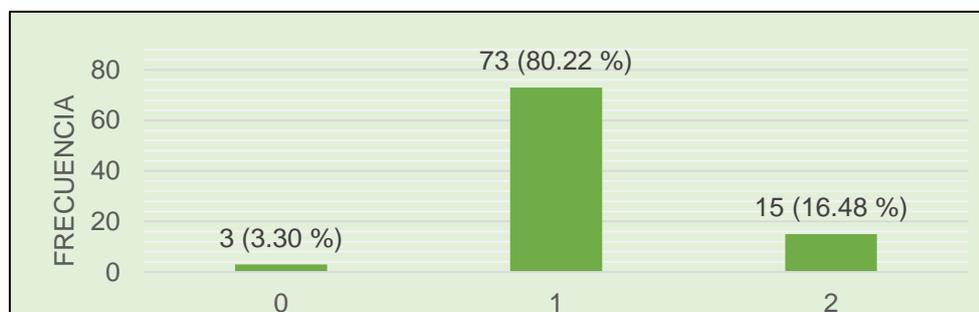
Cantidad de RNM	Frecuencia de pacientes	Porcentaje
0	3	3.3 %
1	73	80.2 %
2	15	16.5 %
TOTAL	91	100.00 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

La tabla N°15 muestra la cantidad de RNM presentadas en los pacientes. Observamos que un mínimo porcentaje de pacientes no presentaron alguna RNM (3.3%), mientras que el (80.20%) del total de pacientes presentaron una RNM.

Grafico N° 14. Resultados Negativos asociados a la medicación en pacientes



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

El gráfico N°14 presenta de manera visual los datos representados en la tabla N°15. Con esto apreciamos la predominancia de pacientes que presentaron solo una RNM.

Análisis y discusión

Nuestros resultados indican que un 96.7 % de los pacientes presentaron entre 1 o 2 RAM. Estos resultados coinciden con lo señalado por **Ortega y Verdecia (2012)** (124), quienes analizaron durante 4 meses las RAM con fármacos psicoactivos en 35 pacientes geriátricos del Hospital Saturnino Lora, en Santiago de Cuba, determinando una prevalencia del 97.14 %.

La comparación entre nuestros resultados y el estudio de **Ortega y Verdecia** muestra cierta similitud debido al consumo de medicamentos en psiquiatría, aunque no es totalmente equivalente, ya que la evaluación se realizó en pacientes geriátricos. Esto se debe a que, tras una exhaustiva revisión de fuentes bibliográficas, no se encontró literatura que coincida con los parámetros que analizamos.

TABLA N° 16. Frecuencia y porcentaje de tipos de RNM presentados

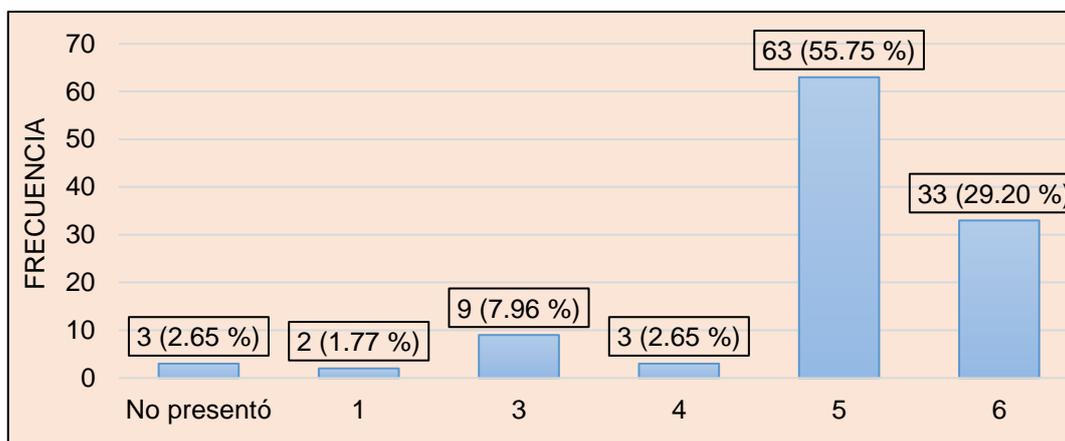
Categoría de RNM	Tipo de RNM	Frecuencia	Porcentaje
No presentó	No presentó	3	2.65 %
Necesidad	1	2	1.77 %
Efectividad	3	9	7.96 %
	4	3	2.65 %
Seguridad	5	63	55.75 %
	6	33	29.20 %
TOTAL		113	100.00 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

La tabla N°16 muestra la categorías y tipos de RNM presentadas en los pacientes evaluados. Así, dentro de la categoría de Necesidad sólo se presentó la RNM tipo 1 (Efecto de medicamento necesario). Mientras que en la categoría de Efectividad se presentaron las RNM tipo 3 (Inefectividad no cuantitativa) y 4 (Inefectividad cuantitativa). Finalmente, en la categoría Seguridad se presentaron las RNM 5 (Inseguridad no cuantitativa) y 6 (Inseguridad cuantitativa). Estas categorías y tipos de RNM se contemplan de acuerdo al **Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) (2007)** (125).

Grafico N° 15. Tipos de RNM presentados



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

El gráfico N°15 se aprecia la frecuencia y tipos de RNM presentados. Con más de la mitad de casos, la RNM más recurrente es del tipo 5 (Inseguridad no cuantitativa), seguido por el tipo 6 (Inseguridad cuantitativa) con 29.2 % de los casos. En las demás situaciones, no llegan a superar el 10% de los casos.

Análisis y discusión

Aunque no se encontró bibliografía específica sobre RNM en pacientes que reciben antipsicóticos atípicos, evaluamos un estudio que consideró los RNM en personas con diversas afecciones, incluidas las mentales.

En la investigación de **Takahashi et al. (2011)** (126), se detectaron, cuantificaron y clasificaron los RNM presentes en 87 pacientes inscritos en el Programa de Asistencia Domiciliaria del Hospital Universitario de São Paulo, Brasil. Los pacientes incluidos tenían desórdenes mentales y de conducta, aunque no se especificó la

cantidad exacta de estos pacientes. Al analizar los datos, se encontró que el 62.1 % (54 pacientes) presentaron uno o más RNM, mientras que el 37.9 % (33 pacientes) no presentaron ninguna RNM. Dentro del grupo con RNM de categoría Necesidad, 26 pacientes se dividieron en 18 con RNM tipo 1 y 8 con RNM tipo 2. En el grupo con RNM de categoría Efectividad, 33 pacientes se dividieron en 30 con RNM tipo 3 y 3 con RNM tipo 4. En el grupo con RNM de categoría Seguridad, 13 pacientes se dividieron en 10 con RNM tipo 5 y 3 con RNM tipo 6.

4.4. Análisis bivariante y multivariantes entre las RNM versus otras variables

4.4.1. Prueba de Chi-cuadrado (χ^2) entre las RNM y las variables sociodemográficas, de medicación y clínicas.

TABLA N° 17. Evaluación entre la presencia/ausencia de RNM y las variables independientes

Variable independiente binomial: RNM (Si/No)

	Prueba de χ^2				
	Valor de χ^2	p	H _{aceptada} *	V de Cramer	Tipo de asociación
Sociodemográficas					
• Sexo	0.001	1.000	Nula	0.028	Despreciable
• Ciclo de vida	4.770	0.312	Nula	0.229	Moderada
• Instrucción	6.450	0.265	Nula	0.266	Moderada
• Ocupación	1.950	0.582	Nula	0.147	Débil
• Residencia	0.000	1.000	Nula	0.075	Despreciable
• Estado civil	6.570	0.160	Nula	0.269	Moderada
• Etnia	1.300	0.521	Nula	0.120	Débil
Medicación					
• Cantidad de medicamentos antipsicóticos atípicos consumidos	0.095	0.757	Nula	0.104	Débil
• Cantidad de medicamentos no antipsicóticos consumidos	10.900	0.092	Nula	0.346	Moderada
• Cantidad de medicamentos consumidos en total (Polifarmacia)	16.900	0.010	Alternativa	0.431	Relativamente fuerte

Clínicos					
• Gravedad de RAMs	32.200	0.000	Alternativa	0.595	Relativamente fuerte
• Cantidad de diagnósticos	0.000	1.000	Nula	0.053	Despreciable
• Cantidad de comorbilidades	2.290	0.514	Nula	0.159	Débil

* Valor de significancia (α) = 0.05

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

En la tabla N°17 se muestra los siguientes ítems:

- Primera columna: Variables que influyen sobre la presencia/ausencia de las RNM
- Segunda columna: Valor de χ^2 calculado. Este valor representa la fuerza de asociación entre las variables analizadas. A mayor valor, mayor asociación.
- p: Este valor nos indica la probabilidad de que los resultados observados al analizar las variables hayan ocurrido por azar. Un valor p pequeño (usualmente menor que el valor de significancia) sugiere que los resultados son poco probables de haber ocurrido por casualidad.
- Hipótesis aceptada: Es la hipótesis que se aceptó en base al valor de p. Si el valor de p es mayor que el valor de significancia, entonces aceptamos la hipótesis nula (H_0). Por el contrario, si es menor que el valor de significancia, aceptamos la hipótesis alternativa (H_1).
- V de Cramer: Es una medida, calculada a partir de la prueba de χ^2 , que sirve para cuantificar el tipo de asociación entre las variables evaluadas. Sus valores van desde 0 (las variables no están asociadas) hasta 1 (las variables están fuertemente asociadas).
- Tipo de asociación: Es la clasificación, en base al valor de la V de Cramer, que define la asociación entre las variables analizadas.

Análisis y discusión

Para nuestro análisis se consideró como variable dependiente a las RNM, medido como ausencia o presencia, y como variables independientes a los demás parámetros mostrados en la primera columna de la tabla N°17.

- Los valores de χ^2 son pequeños para la mayoría de variables, a excepción de “Cantidad de medicamentos consumidos en total (Polifarmacia)” y “Gravedad de RAMs”, que muestran valores altos de 16.9 y 32.2, respectivamente. Como señala **Hernández-Sampieri (2014)** (127), mientras el valor de χ^2 sea más grande, indica únicamente una mayor relación. De esto, podemos inferir que la presencia o ausencia de RNM se asocia con la cantidad de medicamentos que consume el

paciente, e igualmente, con la gravedad que presentan las RAMs. Las otras variables son prácticamente independientes de las RNM, y no influirían sobre esta.

- En segundo, **Hernández-Sampieri (2014)** (127) afirma que al realizar la prueba de χ^2 , se debe considerar las siguientes hipótesis:
 - H_0 : No hay asociación entre las variables.
 - H_1 : Existe una asociación entre las variables.

De la tabla N°17, los valores de p de las variables “Cantidad de medicamentos consumidos en total (Polifarmacia)” y “Gravedad de RAMs” son menores que el valor de significancia α igual a 0.05. Con esta condición, aceptamos la H_1 de que ambas variables están relacionadas significativamente.

- Los criterios estadísticos anteriores únicamente dan una idea de la asociación entre variables, pero el valor de la V de Cramer sirve para categorizar la asociación entre variables. Según **Pea y Parker (2014)** (128), la escala de las relaciones inferidas a partir del valor V son las siguientes: Despreciable (0 a menos de 0.1), débil (0.1 a menos de 0.2), moderada (0.2 a menos de 0.4), relativamente fuerte (0.4 a menos de 0.6), fuerte (0.6 a menos de 0.8) y muy fuerte (0.8 a 1).

Conforme a lo mencionado, la tabla 13 muestra los tipos de asociación determinados en base al valor de la V de Cramer, y con ello se aprecia que únicamente las mismas dos variables se relacionan con la presencia o ausencia de las RNM.

Coincidiendo con **Sidamo et al. (2022)** (129), la polifarmacia emerge como un factor crítico en la gestión de la salud, especialmente en poblaciones vulnerables como los adultos mayores y aquellos con enfermedades crónicas. Este fenómeno presenta un desafío significativo en la práctica clínica, ya que está asociado con un mayor riesgo de RAMs debido a interacciones medicamentosas y una mayor complejidad en el tratamiento. La revisión sistemática y regular de la lista de medicamentos de cada paciente, junto con una evaluación continua de la necesidad y seguridad de cada fármaco, se presenta como una estrategia fundamental para minimizar los riesgos asociados con la polifarmacia y garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento farmacológico.

4.4.2. Regresión logística binaria entre las RNM generado por antipsicóticos atípicos y las variables sociodemográficas, de medicación y clínicos.

TABLA N° 18. Evaluación de la influencia de las variables agrupadas sobre la presencia/ausencia de RNM, y de la capacidad predictora

Variable dependiente	Variables independientes	Prueba Ómnibus de razón de verosimilitud	R ² de Nagelkerke
		χ^2	
RNM	Sociodemográficas		0.547
	• Sexo	0.043	
	• Ciclo de vida	0.544	
	• Instrucción	0.684	
	• Ocupación	0.541	
	• Residencia	0.001	
	• Estado civil	2.512	
• Etnia	0.325		
RNM	Medicación		0.439
	• Medicamentos consumidos en total (Polifarmacia)	10.600	
RNM	Clínicos		0.715
	• Gravedad de RAMs	15.290	
	• Diagnósticos	0.001	
	• Comorbilidades	2.270	

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el Software estadístico IBM SPSS.

Interpretación

La tabla N°18 muestra los valores de χ^2 para cada uno de los predictores (variables independientes) calculados mediante la prueba ómnibus de razón de verosimilitud, donde mientras más grande sea el valor de χ^2 , indica que dicha variable funciona como un mejor predictor para determinar la presencia o ausencia de las RNM. Este valor de χ^2 son calculados a partir de la regresión logística binomial, como parte de cada bloque de variables (sociodemográfico, de medicación y clínicos).

Mientras que los coeficientes de R² de Nagelkerke (también llamado pseudo-R², y que es una modificación del R² de Cox-Snell) se calcularon al evaluar las RNM versus el conjunto de variables que forman parte de cada bloque (sociodemográfico, de medicación y clínicos).

Análisis y discusión

- En relación con la prueba ómnibus de razón de verosimilitud, como **señala Warner (2021)** (130), aquellos predictores (variables independientes) que presentan un valor alto de χ^2 se consideran que tienen una mayor capacidad predictora dentro

de su bloque. Teniendo esto en cuenta, las variables que cumplen esta condición dentro de sus respectivos bloques son: (i) estado civil ($\chi^2 = 2.512$) en el bloque sociodemográfico, (ii) medicamentos consumidos en total ($\chi^2 = 10.600$) en el bloque de medicación, y (iii) gravedad de RAMs ($\chi^2 = 15.290$) en el bloque clínico. Aunque “estado civil” presenta el valor de χ^2 más alto dentro de su bloque, este valor es pequeño en comparación con los valores de “medicamentos consumidos en total” y “gravedad de RAMs”. Por lo tanto, estas dos últimas variables serían las que mejor predicen la presencia o ausencia de las RNM en pacientes dentro de sus respectivos bloques.

- Sobre los valores de R^2 de **Nagelkerke, Warner (2021)** (130), menciona que este valor ayuda a explicar la variabilidad de las RNMs. Es decir, pronostica qué tan bien el modelo de regresión logística binaria, usando todas las variables independientes, puede predecir la presencia o ausencia de RNMs en los pacientes.

Considerando esto, vemos que los valores de R^2 calculados los bloques sociodemográficos, medicación y clínicos, fueron 0.547, 0.439 y 0.715, respectivamente. Esto indica que el modelo de regresión logística binaria predice un 71.5 % de las relaciones estadísticas entre el bloque de las variables “clínicos” y presencia/ausencia de RNMs, seguido por un 54.7 % de capacidad de predicción con el bloque “sociodemográficos”, y finalmente un 43.9% de capacidad de predicción con el bloque “medicación”.

Lo anterior, y visto de una forma más familiar, podría aproximarse en cierto sentido a una forma de asociación, es decir que, si un R^2 de Nagelkerke es mayor, entonces ese bloque de variables se relacionaría más con la variable dependiente (presencia o ausencia de RNM).

CONCLUSIONES

1. Los resultados negativos asociados a los antipsicóticos atípicos en pacientes del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II entre febrero y abril de 2024 muestran una alta prevalencia de efectos adversos, con una significativa cantidad de pacientes experimentando reacciones adversas moderadas y graves. Resalta en el estudio que la polifarmacia y la presencia de comorbilidades son factores clave que influyen en la gravedad de estos efectos negativos. Este análisis evidencia que la cantidad de medicamentos consumidos y la severidad de las reacciones adversas están significativamente relacionadas con las RNM, por lo que es primordial la necesidad de estrategias clínicas que prioricen la seguridad y eficacia en el manejo de pacientes con antipsicóticos atípicos.
2. Entre los 91 pacientes hospitalizados se aprecia mayor prevalencia de: mujeres respecto a hombres (59.3 % respecto a 40.7 %), adultos (36.26 %), personas con grado de instrucción igual en el nivel secundario como universitario (31.87 % en ambos casos), personas independientes a nivel laboral (47.3 %), personas con residencia a nivel urbano (85.7 %), solteros (48.4 %) y mestizos (69.2 %). El 41.84 % de los pacientes tuvieron enfermedades mentales agrupadas en la categoría “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” del CIE-10. Mientras que, basándonos propiamente en el diagnóstico de CIE-10, 23.47 % tuvieron “Esquizofrenia paranoide”. Asimismo, el 92.31 % de los pacientes tuvieron dos diagnósticos de trastornos mentales. En cuanto a los medicamentos, los más prescritos fueron los complementarios (231 prescripciones), seguidos de los antipsicóticos atípicos (113 prescripciones). El subgrupo farmacológico más consumido fue el de antipsicóticos (atípicos y no atípicos) con 166 prescripciones. Los cinco medicamentos más frecuentemente consumidos fueron risperidona (43 prescripciones), clonazepam (42), valproato de sodio (41), quetiapina (32) y sertralina (28). Para concluir, de los 59 medicamentos consumidos, sólo 7 fueron antipsicóticos atípicos.
3. La dosificación diaria de todos los antipsicóticos atípicos estuvo dentro de los rangos reportados en la bibliografía. En cuanto a las RAMs de los antipsicóticos atípicos, 4 presentaron RAMs leves, 7 presentaron RAMs moderados y 3 presentaron RAMs graves. Respecto a la cantidad de medicamentos consumidos, el 46.15% de los pacientes presentaron polifarmacia, mientras que el 53.85% no. Sobre las comorbilidades, el 60.44% de los pacientes no presentaron ninguna, el 28.57% presentaron una, el 8.79% presentaron dos y el 2.2% presentaron tres comorbilidades. De las comorbilidades totales (48), el trastorno mixto de ansiedad

y depresión fue el más prevalente, afectando a 7 pacientes (14.58%). Finalmente, 3 pacientes (3.3%) no presentaron RNM, 73 pacientes (80.2%) presentaron una RNM y 15 pacientes (16.5%) presentaron dos RNMs. Los tipos de RNM más prevalentes fueron el tipo 5 (55.75% de los casos), el tipo 6 (29.2%), el tipo 3 (7.96), el tipo 4 (2.65), el tipo 2 (1.77) y ninguno (2.65).

4. La prueba bivariada de χ^2 , considerando también criterios como el valor p y la V de Cramer, demostró que las variables “Cantidad de medicamentos consumidos en total (Polifarmacia)” y “Gravedad de RAMs” se relacionan significativamente con la presencia o ausencia de las RNM. Mientras que el método de regresión logística binomial, a través de la prueba ómnibus de razón de verosimilitud, demostró que las 2 variables anteriores tienen la mayor capacidad predictora sobre las RNM, y finalmente, el R^2 de Nagelkerke indicaría que el bloque de variables “clínicos” tendría una asociación mayor con la variable dependiente RNM.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Para las Autoridades de la Sociedad de la Beneficencia Cusco

- Permitir la investigación en sus centros de acopio y reanudar conjuntamente con la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco el convenio institucional que existió en algún momento, para que así profesionales de nuestra casa de estudios puedan realizar prácticas y también trabajos de investigación sin limitantes burocráticas.

Para las Autoridades del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II-Cusco

- Se sugiere tener en cuenta al área de farmacia con el personal mínimo requerido, ya que solo se cuenta con 1 solo profesional químico farmacéutico de dicho hospital encargado del área administrativa, dispensación de farmacia de hospital y preparación de dosis unitaria. Debido al flujo constante de pacientes de dicho nosocomio, esto dificulta el cumplimiento de los seguimientos farmacoterapéuticos y con ello detectar de manera oportuna los resultados negativos asociados a los medicamentos administrados en los 3 tipos de hospitalización existentes.
- El compromiso conjunto del equipo multidisciplinario de salud con la adherencia al tratamiento del paciente y darle la importancia a la intervención farmacéutica, todo ello para la mejoría y beneficio del estado de salud del paciente

Para los estudiantes de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

- A los estudiantes de la escuela profesional de farmacia y bioquímica, ahondar más en investigaciones en el ámbito clínico y, de ser posible, estudiar aquellos medicamentos utilizados en enfermedades psiquiátricas y trastornos mentales que fueron en aumento debido a secuelas que fue dejando la pandemia (COVID) que vivimos entre el año 2020-2022, entre otros factores.
Involucrarse en capacitaciones para dar una mejor atención farmacéutica y ser profesionales humanísticos llenos de conocimiento, y sobre todo velar por la pronta mejora de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2006 [cited 2023 May 13];23(4):237–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001&Ing=es&nrm=iso&tIng=es
2. Guijarro AB. El farmacéutico comunitario ante la salud mental. Farmacéuticos Comunitarios [Internet]. 2023 Feb 7 [cited 2023 May 13];15(1). Available from: <https://raco.cat/index.php/FC/article/view/412517>
3. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. PLoS Med. 2022 Feb 1;19(2).
4. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014 [cited 2025 Apr 9];31(1):30–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100005&Ing=es&nrm=iso&tIng=es
5. Solicitar atención en Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú - Servicio - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://www.gob.pe/10942>
6. Consumo de sustancias psicoactivas aumentan en el Perú - Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [cited 2023 Jul 9]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/40581-consumo-de-sustancias-psicoactivas-aumentan-en-el-peru>
7. Canfrán Duque A. Efecto de los antipsicóticos sobre la homeostasis intracelular del colesterol. 2013 [cited 2023 Sep 7]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=92211&info=resumen&idioma=ENG>
8. Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013 | San Salvador; s.n; 2016. 46 p. graf. | BISSAL | LILACS [Internet]. [cited 2023 Sep 6]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1248296>
9. Tratamiento farmacológico para la depresión - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general [Internet]. [cited 2023 May 14].

Available from: https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-para-la-depresi%C3%B3n#v54782335_es

10. Canfrán Duque A. Efecto de los antipsicóticos sobre la homeostasis intracelular del colesterol. 2013 [cited 2023 Sep 12]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=92211&info=resumen&idioma=ENG>
11. Primera guía práctica del Foro de Atención Farmacéutica [Internet]. [cited 2023 Sep 13]. Available from: <https://www.consejosdetufarmaceutico.com/articulo/primera-guia-practica-del-foro-de-atencion-farmacaceutica/>
12. Mandrioli R, Protti M, Mercolini L. Evaluation of the pharmacokinetics, safety and clinical efficacy of ziprasidone for the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2015 Jan 1;11(1):149–74.
13. Hanna Lavallo MI, Fuentes Fabra E, Arrazola J. Análisis de estudios sobre psicofármacos en una IPS del departamento de Córdoba 2012-2020. *Nova*. 2022;20(38):53–63.
14. Incidencia de resultados clínicos negativos asociados a la utilización de medicamentos trazadores/señaladores en pacientes hospitalizados, medellín-colombia - Dialnet [Internet]. [cited 2023 Sep 13]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6527855>
15. Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013 | San Salvador; s.n; 2016. 46 p. graf. | BISSAL | LILACS [Internet]. [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1248296>
16. Ortega López IL, Verdecia Rosés ME. Drug related problems associated with the psychoactive drugs used on geriatric, hospitalized patients. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2012;48(3):453–60.
17. Merino Alonso FJavier, Rubio Armendáriz C, Núñez Díaz S de la C, Martín Conde JA. Prevalencia de resultados negativos asociados a la medicación (RNM) y factores de riesgo en un servicio de urgencias: conocimientos y demandas del paciente en información de medicamentos. 2014 [cited 2023 May 14]; Available from: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/68>
18. Aburto Tillería D, Yañez Pontino I, Font Carmona J, Carvajal E. Determinación de resultados negativos asociados a la medicación en pacientes con diagnóstico de trastornos del humor, hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Iquique Dr. Ernesto Torres Galdames, durante el año 2009. *Psiquiatr salud ment*. 2012;23–31.

19. Leiva LM, Laverde G LA. Reacciones adversas asociadas al uso de antipsicóticos en la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. RFS Revista Facultad de Salud. 2012;4(2):25.
20. Takahashi PSK, Sousa AB, Storpirtis S. Evaluation of negative outcomes associated with medication (NOM) by pharmacists at a home assistance programme in a Brazilian teaching hospital. Farmacia Hospitalaria. 2011;35(6).
21. Ramos Linares S, Díaz Ruiz P, Mesa Fumero J, Núñez Daz S, Suárez González M, Callejón Callejón G, et al. Incidencia de resultados negativos de medicación en un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. Farmacia Hospitalaria. 2010 Nov 1;34(6):271–8.
22. García V, Marquina I, Olabarrí A, Miranda G, Rubiera G, Baena MI. Resultados negativos asociados con la medicación en un servicio de urgencias hospitalario. Farmacia Hospitalaria. 2008 Jun 1;32(3):157–62.
23. Fulone I, Silva MT, Lopes LC, Fulone I, Silva MT, Lopes LC. Uso de antipsicóticos atípicos en el tratamiento de la esquizofrenia en el Sistema Único de Salud de Brasil: estudio de 2008 a 2017. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 10];32(1). Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742023000100308&lng=es&nrm=iso&tlng=en
24. Gardner DM, Baldessarini RJ, Waraich P. Modern antipsychotic drugs: a critical overview. Can Med Assoc J. 2005;172(13):1703–11.
25. Villanueva D, Young L. Frecuencia de trastornos mentales y sus características sociodemográficas en pacientes con COVID-19 ingresados en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. Anales de la Facultad de Medicina. 2023;84(4):391–8.
26. Iliquin Zababuru T. Frecuencia de la esquizofrenia en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017-2019. Amazonas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas - Tesis para optar al título profesional de psicólogo; 2022.
27. Mental IN de S. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Regionales – 2015. 1 Ed. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental; 2019.
28. MABEL MELISSA MONTES SENCE Br CARMEN ROSA RAMOS QUISPE B, Margot Aco Corrales MM. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA TESIS TESIS PRESENTADA POR: Co-ASESORA. 2014;
29. Puras G, Saenz del Burgo L. ATENCIÓN FARMACÉUTICA Resultados Negativos de la Medicación. revista atencion farmaceutica. 2014;

30. Tendencias en la prescripción de antipsicóticos a niños y adolescentes [Internet]. [cited 2023 Sep 16]. Available from: <https://www.psiquiatrialegal.org/tendencias-en-la-prescripcion-de-antipsicoticos-a-ninos-y-adolescentes>
31. Urtasun M, Labanca VD, González Pannia P, De Rochebouët L, Chiappino R, Ferrero FC, et al. Prevalencia en la prescripción de antipsicóticos y monitoreo metabólico en pacientes bajo tratamiento crónico. *Rev Fac Cienc Med* [Internet]. 2021 Aug 8 [cited 2023 Sep 14];78(3):276. Available from: </pmc/articles/PMC8760904/>
32. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [cited 2023 May 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
33. Mesas Idáñez Á, Aguilera Martin C, Muñoz Alcaide C, Vallano Ferraz A, Ribera Canudas MV, Agreda Martínez G, et al. Observational study of post-operative pain control before and after the implementation of a clinical practice guideline for postoperative pain management. *Med Clin (Barc)*. 2019 Oct 25;153(8):312–8.
34. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ESQUIZOFRENIA.
35. Aznar Moya J y colaboradores. TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN CENTROS DE SALUD MENTAL.
36. Rojo García Amaya. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ESQUIZOFRENIA.
37. Carol Tamminga. MD, UT Southwestern Medical Dalla. 2022 [cited 2023 May 19]. Introducción a la esquizofrenia y a los trastornos relacionados - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/introducci%C3%B3n-a-la-esquizofrenia-y-a-los-trastornos-relacionados>
38. Carol Tamminga. Esquizofrenia - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general [Internet]. 2022 [cited 2023 May 19]. Available from: https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia#v28484917_es
39. Fármacos Antipsicóticos - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/f%C3%A1rmacos-antipsic%C3%B3ticos>
40. Zaheer J, Olfson M, Mallia E, Lam JSH, de Oliveira C, Rudoler D, et al. Predictors of suicide at time of diagnosis in schizophrenia spectrum disorder: A 20-year total population study in Ontario, Canada. *Schizophr Res* [Internet].

- 2020 Aug 1 [cited 2023 Sep 24];222:382–8. Available from: https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2020-06-19/tasa-suicidio-esquizofrenia-factores-riesgo_2646303/
41. Trastorno bipolar - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/bipolar-disorder/symptoms-causes/syc-20355955>
 42. Fármacos Antipsicóticos - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general [Internet]. [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/f%C3%A1rmacos-antipsic%C3%B3ticos>
 43. BLAKE TIMOTHY. LOS FARMACOS ANTIPSICOTICOS. [cited 2023 May 20]; Available from: <file:///C:/Users/shoma/Downloads/FARMACOS%20ANTIPSICOTICOS.pdf>
 44. Carol Tamminga. MD, UT Southwestern Medical Dalla. 2022 [cited 2023 May 19]. Fármacos Antipsicóticos - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/f%C3%A1rmacos-antipsic%C3%B3ticos>
 45. Clozapina: Antipsicóticos | Vademécum Académico de Medicamentos | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=1552§ionId=90369098>
 46. Haidary HA, Padhy RK. Clozapine. StatPearls [Internet]. 2023 Nov 10 [cited 2025 Apr 9]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK535399/>
 47. Tohen M, Brunner E, Grundy S. Olanzapina: un nuevo antipsicótico. Acta psiquiátr psicol Am Lat. 1999;325–37.
 48. OLANZAPINA EN VADEMECUM [Internet]. [cited 2023 May 23]. Available from: <https://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/o003.htm>
 49. Lurasidona - Principio Activo - PR Vademecum [Internet]. [cited 2023 Jun 4]. Available from: <https://ar.prvademecum.com/principio-activo/lurasidona-6999/>
 50. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ESQUIZOFRENIA.
 51. Taladriz Sender Teresa María Querol Ortiz I, Torrado Durán S. Risperidona. Reduca (Recursos Educativos) Serie Congresos Alumnos. 2012;4(10):45.
 52. VADEMECUM IQB. revista. 2023 [cited 2023 Jun 4]. ZIPRASIDONA. Available from: <https://iqb.es/cbasicas/farma/farma04/z014.htm>

53. MedlinePlus. revista clinica. 2022 [cited 2023 Jun 4]. Ziprasidona. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a699062-es.html>
54. QUETIAPINA EN VADEMECUM [Internet]. [cited 2023 Jun 4]. Available from: <https://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/q008.htm>
55. Quetiapina: MedlinePlus medicinas [Internet]. [cited 2023 Jun 4]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a698019-es.html>
56. Oscar Castellero Mimenza. características y efectos secundarios del Aripiprazol [Internet]. 2018 [cited 2023 Sep 27]. p. 18–46. Available from: <https://psicologiaymente.com/psicofarmacologia/aripiprazol>
57. aripiprazol-VP03.
58. Paulina QF, Contreras E, María QF, Galán AR, Farmacovigilancia S. Errores de Medicación.
59. Atención Farmacéutica – Colegio Químico Farmacéutico del Perú [Internet]. [cited 2023 Jun 4]. Available from: <http://www.cqfp.pe/atencion-farmaceutica/>
60. Resultados P. RESUMEN *. Pharm Pract (Granada) [Internet]. 2005 [cited 2023 Jun 4];4(1):44–53. Available from: www.pharmacypractice.org
61. DIAGRAMA 2 Diagrama de Flujo de Proceso de Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico | PDF [Internet]. [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://es.scribd.com/doc/96409666/DIAGRAMA-2-diagrama-de-flujo-de-proceso-de-Metodo-Dader-de-seguimiento-farmacoterapeutico>
62. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS y RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA MEDICACIÓN.
63. SEGUNDO CONSENSO DE GRANADA SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos Second Consensus of Granada on Drug Therapy Problems COMITÉ DE CONSENSO CONSENSUS COMMITTEE.
64. Garralda MAG, Dáder MJF, Martínez-Martínez F. Resultados negativos asociados a la medicación. Ars Pharmaceutica [Internet]. 2016 [cited 2023 Apr 11];57(2):89–92. Available from: <https://www.proquest.com/openview/4dd32b597621c7b9dee317b0d7e6b94b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1806352>
65. Ruiz De Adana Pérez R. Resultados negativos asociados a la medicación. Aten Primaria. 2012 Mar 1;44(3):135–7.
66. De Investigación G, Atención EN, De F, Universidad LA, Granada DE. Método Dáder para el seguimiento farmacoterapéutico. Ars Pharmaceutica (Internet) [Internet]. 2005 Sep 20 [cited 2023 May 23];46(4):309–35. Available from: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/5098>

67. De Cali S. RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA AMIGA DE CALI. MARÍA ALEJANDRA MONTAÑO HOLGUÍN UNIVERSIDAD ICESI FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES PROGRAMA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA. 2015.
68. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrada RM. Actualización en Medicina de Familia: Cumplimiento terapéutico. Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]. 2008 May 1 [cited 2023 Aug 26];34(5):235–43. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-actualizacion-medicina-familia-cumplimiento-terapeutico-13120945>
69. Alexander Gómez Rivadeneira. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. 2015.
70. González S, Tello J, Silva P, Lüders C, Butelmann S, Fristch R, et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. Rev Chil Neuropsiquiatr. 2012;50(1):23–34.
71. Evaluación - Qué es, clases, definición y concepto [Internet]. [cited 2023 Jun 4]. Available from: <https://definicion.de/evaluacion/>
72. Estrategias Terapéuticas – Sociedad Internacional de Autolesion [Internet]. [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-el-psicologo/psicoterapia/estrategias-terapeuticas/>
73. Rolinck-Werninghaus C, Trentmann M, Reich A, Lehmann C, Staab D. Improved management of childhood atopic dermatitis after individually tailored nurse consultations: A pilot study. Pediatric Allergy and Immunology. 2015 Dec 1;26(8):805–10.
74. Idiosincrasia (farmacología) - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [cited 2023 Jun 4]. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Idiosincrasia_\(farmacolog%C3%ADa\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Idiosincrasia_(farmacolog%C3%ADa))
75. UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO. DIVISION ACADEMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DIVISION ACADEMICA MULTIDISCIPLINARIA DE COMALCALCO. [cited 2023 Sep 16]; Available from: <https://archivos.ujat.mx/2022/div-DACS/mc-Programas-Academicos-Plan-2018/Area%20Integral%20Profesional/Optativas/Bioestadistica.pdf>
76. Ley N.º 26842 - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
77. JENNIFER L. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. 2022 [cited 2023 Aug 26]. p. 111–6 Administración de los fármacos - Fármacos o sustancias. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/f%C3%A1rmacos-o->

- sustancias/administraci%C3%B3n-y-cin%C3%A9tica-de-los-f%C3%A1rmacos/administraci%C3%B3n-de-los-f%C3%A1rmacos
78. Oms Arias M, Pons Mesquida MÀ, Dehesa Camps R, Abizanda Garcia J, Hermosilla Pérez E, Méndez Boo L. Recomendar la frecuencia de administración de medicamentos en la prescripción electrónica mejora su adecuación- Estudio antes-después. Aten Primaria [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2023 Aug 26];55(9). Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendar-frecuencia-administracion-medicamentos-prescripcion-S0212656723001166>
 79. SEGURO SOCIAL DE SALUD-ESSALUD. ¿Qué es la polifarmacia y cómo evitarla? – EsSalud [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 26]. Available from: <http://portal.essalud.gob.pe/index.php/2021/03/13/que-es-la-polifarmacia-y-como-evitarla/>
 80. Diagnóstico - Concepto, características y acepciones [Internet]. [cited 2023 Aug 26]. Available from: <https://concepto.de/diagnostico/>
 81. Dosificación y márgenes terapéuticos | Offarm [Internet]. [cited 2023 Aug 26]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-dosificacion-margenes-terapeuticos-13088618>
 82. Reacciones Adversas a Medicamentos y la importancia de notificarlas - Colegio Oficial Farmacéuticos de Zaragoza [Internet]. [cited 2023 Aug 26]. Available from: <https://cofzaragoza.org/reacciones-adversas-a-medicamentos-y-la-importancia-de-notificarlas/>
 83. Taber's Medical Dictionary. revista clinica. 2023 [cited 2023 Aug 26]. significado de la enfermedad concomitante. Available from: <http://salud.fdctimes.com/esp-conditions-treatments/esp-illness/1008041258.html>
 84. Salud Y El Modelo De Avedis Donabedian D LA. LA FARMACOLOGÍA DEL CUIDADO: UNA APROXIMACIÓN DEDUCTIVA CUIDADOLÓGICA DESDE EL PARADIGMA [Internet]. Available from: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1087>
 85. Esteban Jiménez Ó, Navarro Pemán C, González Rubio F, Javier Lanuza Giménez F, Montesa Lou C, Óscar Esteban Jiménez C, et al. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA Y DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS DE USO HUMANO EN EL MEDIO HOSPITALARIO [Internet]. Available from: www.msc.es/resp
 86. ¿Qué es el seguimiento farmacoterapéutico? - Asefarma [Internet]. [cited 2023 Aug 26]. Available from: <https://www.asefarma.com/blog-farmacia/seguimiento-farmacoterapeutico-que-es>

87. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gac Sanit.* 2019 Mar;33(2):203–10.
88. Etario - Qué es, definición y concepto [Internet]. [cited 2023 Aug 26]. Available from: <https://definicion.de/etario/>
89. Significado del grado de instrucción [Internet]. [cited 2023 Aug 26]. Available from: <https://conceptodefinicion.net/grado-de-instruccion/>
90. Elena M. DEFINICIÓN Y DESARROLLO DEL CONCEPTO DE OCUPACIÓN: ENSAYO SOBRE LA EXPERIENCIA DE CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DESDE UNA IDENTIDAD LOCAL DEFINITION AND DEVELOPMENT OF THE CONCEPT OF OCCUPATION: AN ESSAY ON THE EXPERIENCE OF THEORETICAL CONSTRUCTION, FROM A LOCAL IDENTITY.
91. Gutiérrez-Juárez RR, Álvarez-Bañuelos MT, Morales-Romero J, Ortiz-Chacha CS, Sampieri-Ramírez CL. Lugar de residencia y grado de marginación como factores pronóstico de supervivencia al cáncer de próstata en Veracruz, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2020 Sep 24;423–30.
92. Zaragoza Contreras LG. Cultura, identidad y etnicidad, aproximaciones al entorno multicultural: rompiendo costumbres y paradigmas cotidianos. Universidad Autónoma del Estado de México;
93. Lang T. Twenty statistical errors even you can find in biomedical research articles. *Croat Med J.* 2004;45(4):361–70.
94. Bezerra H de S, Alves RM, Nunes AD d., Barbosa IR. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. *Public Health Rev.* 2021;42.
95. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Regionales – 2015. 1 Ed. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental; 2019.
96. Mensah A. Job Stress and Mental Well-Being among Working Men and Women in Europe: The Mediating Role of Social Support. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(5):2494.
97. Serrano Ccopa AC. Desafíos Geográficos y Culturales en la Salud Mental Adolescente en el Perú: Un Llamado a la Acción Integral. *The Lancet Regional Health - Americas.* 2024;31:100702.
98. Cerellino Cernades L, Torres Flor A. Salud mental y estado civil. Arequipa; 2021.

99. INEI - Instituto Nacional de Estadística e Informática. Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018.
100. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008. 295–366 p.
101. Villanueva D, Young L. Frecuencia de trastornos mentales y sus características sociodemográficas en pacientes con COVID-19 ingresados en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2023;84(4):391–8.
102. Iliquin Zabarburu T. Frecuencia de la esquizofrenia en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017-2019. Amazonas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas - Tesis para optar al título profesional de psicólogo; 2022.
103. Ministerio de Salud (MINSA) - Perú. Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Salud de Salud Mental. Ministerio de Salud (MINSA); 2021.
104. Lecomte T, Giguère CÉ, Cloutier B, Potvin S. Comorbidity Profiles of Psychotic Patients in Emergency Psychiatry. *J Dual Diagn*. 2020;16(2):260–70.
105. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2024. Oslo, Norway; 2023.
106. Bernardo M, Vieta E, Saiz Ruiz J, Rico-Villademoros F, Álamo C, Bobes J. Recomendaciones para el cambio de antipsicóticos. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2011;4(3):150–68.
107. Bojórquez Giraldo E, Arévalo Alván A, Castro Cisneros K, Ludowieg Casinelli L, Orihuela Fernández S. Patrones de prescripción de psicofármacos en pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados internados en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2015. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2018;78(4):386.
108. Hanna Lavallo MI, Fuentes Fabra E, Arrazola J. Análisis de estudios sobre psicofármacos en una IPS del departamento de Córdoba 2012-2020. *Nova*. 2022;20(38):53–63.
109. Giraudo E, Arias NR, Peruzzi R, Barbeito AL, Chacón MG, Calderón CP. Consumo de psicofármacos en pacientes ambulatorios en un Hospital de Mendoza, Argentina. Vol. 31, *Revista de la OFIL*. 2021. p. 149–53.
110. Kizior RJ, Hodgson K. *Saunders Nursing Drug Handbook 2023*. 1st Ed. Missouri: Elsevier - Health Sciences Division; 2022.

111. Stahl SM. Amisulpride. In: Prescriber's Guide. 8th Ed. Cambridge University Press; 2024. p. 17–24.
112. Salvador J. Antipsicóticos atípicos: un factor de riesgo de síndrome metabólico. *Endocrinología y Nutrición*. 2008;55(2):61–3.
113. Gardner DM, Baldessarini RJ, Waraich P. Modern antipsychotic drugs: a critical overview. *Can Med Assoc J*. 2005;172(13):1703–11.
114. Leiva LM, Laverde G LA. Reacciones adversas asociadas al uso de antipsicóticos en la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. *RFS Revista Facultad de Salud*. 2012;4(2):25.
115. Carli M, Kolachalam S, Longoni B, Pintaudi A, Baldini M, Aringhieri S, et al. Atypical Antipsychotics and Metabolic Syndrome: From Molecular Mechanisms to Clinical Differences. *Pharmaceuticals*. 2021;14(3):238.
116. Alomar MJ. Factors affecting the development of adverse drug reactions. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2014;22(2):83–94.
117. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical report. Geneva: World Health Organization; 2019.
118. Costa J de O, Ceccato M das GB, Melo APS, Acurcio F de A, Guimarães MDC. Gender differences and psychotropic polypharmacy in psychiatric patients in Brazil: a cross-sectional analysis of the PESSOAS Project. *Cad Saude Publica*. 2017;33(4).
119. Stucchi-Portocarrero S, Saavedra JE. Polifarmacia psiquiátrica en personas con esquizofrenia en un establecimiento público de salud mental en Lima. *Rev Neuropsiquiatr*. 2018;81(3):145.
120. Parrish E. Comorbidity of mental illness and chronic physical illness: A diagnostic and treatment conundrum. *Perspect Psychiatr Care*. 2018;54(3):339–40.
121. Sampogna G, Di Vincenzo M, Rocca B Della, Mancuso E, Volpicelli A, Perris F, et al. Physical comorbidities in patients with severe mental disorders: a brief narrative review on current challenges and practical implications for professionals. *Riv Psichiatr*. 2022;57(6):251–7.
122. Pizzol D, Trott M, Butler L, Barnett Y, Ford T, Neufeld SA, et al. Relationship between severe mental illness and physical multimorbidity: a meta-analysis and call for action. *BMJ Mental Health*. 2023;26(1).
123. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *The Annals of Family Medicine*. 2009;7(4):357–63.
124. Ortega López IL, Verdecia Rosés ME. Drug related problems associated with the psychoactive drugs used on geriatric, hospitalized patients. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2012;48(3):453–60.

125. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharmaceutica* (Internet). 2007;48(1 SE):5–17.
126. Takahashi PSK, Sousa AB, Storpirtis S. Evaluation of negative outcomes associated with medication (NOM) by pharmacists at a home assistance programme in a Brazilian teaching hospital. *Farmacia Hospitalaria*. 2011;35(6).
127. Hernández-Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. *Metodología de la Investigación*. 6ta Ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2014. 305–306 p.
128. Rea LM, Parker RA. *Designing and conducting survey research: A comprehensive guide*. 4th Ed. Wiley; 2014.
129. Sidamo T, Deboch A, Abdi M, Debebe F, Dayib K, Balcha Balla T. Assessment of Polypharmacy, Drug Use Patterns, and Associated Factors at the Edna Adan University Hospital, Hargeisa, Somaliland. *J Trop Med*. 2022;2022:1–8.
130. Warner RM. *Applied Statistics II: Multivariable and multivariate techniques*. 3rd Ed. California: SAGE Publications, Inc.; 2021.
131. Registro Nacional de IPRES [Internet]. [cited 2025 Apr 10]. Available from: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/ipress.htm?action=mostrarVer#no-back-button>

ANEXOS

Anexo N° 1. AUTORIZACION DE PROYECTO DE TESIS POR LA DIRECTORA DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL "SAN JUAN PABLO II"



SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DELCUSCO

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Cusco, 09 de octubre del 2023

Carta 016-DA-HSMSJPII-SBC

**SEÑORITA,
SHOMARA SHEARMELY CANDIA COLLADO**

De mi especial consideración

La presente es para responder a su solicitud , para autorizarle a la realización de proyecto de investigación para la elaboración de proyecto de tesis:" EVALUACION DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LOS ANTIPSICOTICOS ADMINISTRADOS A PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II". Considerando que nuestra institución promueve la investigación por el bien de la sociedad y el crecimiento cognoscitivo de la misma.

Considerando sus habilidades profesionales como Bachiller en Farmacia Y Bioquímica y su actitud frente al apoyo social a los más necesitados. Tomar en cuenta las siguientes indicaciones para la aplicación de su investigación:

- Se le autoriza por un tiempo determinado el ingreso al hospital de salud mental San Juan Pablo II, de manera que pueda cumplir con la realización de su tesis. El tiempo determinado será PREVIA COORDINACION CON LA DIRECCION ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL , PARA DETERMINAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR, FAVOR DE REALIZARLO DE MANERA FORMAL MEDIANTE CARTA POR MESA DE PARTES DE LA SBC .
- Considerando la Ley De Salud Mental los nombres de los pacientes deberán permanecer completamente en el anonimato.
- Deberá cumplir los Principios Éticos para la Investigación señalados en la Declaración de Helsinki.
- Considerando que solicitó ingresar al área de hospitalización deberá regirse por las normas de la institución, guardar la compostura, respetar los horarios, mantener la confidencialidad de los pacientes y respetar al personal que labora en la institución.
- Asimismo, deberá consignar el agradecimiento respectivo en su tesis a la institución Hospital de Salud Mental de San Juan Pablo II.

Agradezco su interés por la investigación en el Hospital de Salud Mental de San Juan Pablo II. Saludos Cordiales.

Atentamente,



M.C. Katherine Jiménez Curazus
CIP 54487
DIRECTORA ASISTENCIAL

SEDE ADMINISTRATIVA Calle San Esteban N. 284 - Esquina Tel: (052) 324 181 133 Calle 324 181 133	HOGAR DE VIÑEDOS Calle 324 181 133 Tel: (052) 324 181 133	HOGAR DE VIÑEDOS Calle 324 181 133 Tel: (052) 324 181 133	HOGAR DE VIÑEDOS Calle 324 181 133 Tel: (052) 324 181 133
---	--	--	--

www.beneficienciadecusco.com

 /Beneficienciadecusco

Fuente: elaboración propia

Anexo N° 2. VALIDACION DE INSTRUMENTOS

VALIDACION DE INSTRUMENTO

FORMATOS: ANAMNESIS, SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO.

I-. DATOS GENERALES

1.1 TITULO DEL PROYECTO DE TESIS.

"EVALUACION DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LOS ANTIPsicOTICOS ADMINISTRADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II PERIODO DE FEBRERO 2023 A ABRIL DEL 2024."

II-. DATOS DEL EXPERTO.

Juicio de Experto: La opinión que usted brinde es personal y sincera

- Marque con un aspa X dentro del cuadro de valoración solo una vez por cada criterio.
- 1. Muy Malo
- 2. Malo
- 3. Regular
- 4. Bueno
- 5. Muy Bueno

2.1. NOMBRE Y APELLIDOS DEL EXPERTO:

2.2. ESPECIALIDAD:

2.3. LUGAR Y FECHA:

2.4. INSTITUCION DONDE LABORA:

2.5. CARGO EN LA INSTITUCION:

N°	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION				
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	1	2	3	4	5
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables, medibles.	1	2	3	4	5
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría	1	2	3	4	5
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	1	2	3	4	5
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados	1	2	3	4	5
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	1	2	3	4	5
OBSERVACIONES:						

FUENTE: ELABORACION PROPIA

.....
FIRMA Y SELLO

Fuente: elaboración propia

Anexo N° 3. VALIDACION POR EXPERTOS

VALIDACION DE INSTRUMENTO

FORMATOS: ANAMNESIS, SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO.

I-. DATOS GENERALES

1.1 TITULO DEL PROYECTO DE TESIS.
 "EVALUACION DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LOS ANTIPSIKOTICOS ADMINISTRADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II PERÍODO DE NOVIEMBRE 2023 A ENERO DEL 2024."

II-. DATOS DEL EXPERTO.

Juicio de Experto: La opinión que usted brinde es personal y sincera

- Marque con un aspa X dentro del cuadro de valoración solo una vez por cada criterio.

1. Muy Malo
2. Malo
3. Regular
4. Bueno
5. Muy Bueno

2.1. NOMBRE Y APELLIDOS DEL EXPERTO: Zaida Taco Palma

2.2. ESPECIALIDAD: Médico Cirujano - Especialidad Psiquiatría

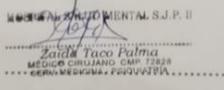
2.3. LUGAR Y FECHA: Cusco, 04 febrero 2024

2.4. INSTITUCION DONDE LABORA: Hospital Salud Mental - San Juan Pablo II

2.5. CARGO EN LA INSTITUCION: Médico Encargado Área Residentes - Sala Grad

N°	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION				
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	1	2	3	4	5
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables, medibles.	1	2	3	4	5
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría	1	2	3	4	5
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	1	2	3	4	5
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados	1	2	3	4	5
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	1	2	3	4	5
OBSERVACIONES:						

FUENTE: ELABORACION PROPIA


 FIRMA Y SELLO

Fuente: elaboración propia

Anexo N° 4. VALIDACION POR EXPERTOS

VALIDACION DE INSTRUMENTO
FORMATOS: ANAMNESIS, SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO.

I- DATOS GENERALES
1.1 TITULO DEL PROYECTO DE TESIS.
 "EVALUACION DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LOS ANTIPSICOTICOS ATIPICOS ADMINISTRADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II PERIODO DE FEBRERO - ABRIL 2024."

II- DATOS DEL EXPERTO.
Juicio de Experto: La opinión que usted brinde es personal y sincera

- Marque con un aspa X dentro del cuadro de valoración solo una vez por cada criterio.

1. Muy Malo
2. Malo
3. Regular
4. Bueno
5. Muy Bueno

2.1. NOMBRE Y APELLIDOS DEL EXPERTO: *Leni Nguyen Thi Avila Alarista*
2.2. ESPECIALIDAD: *Química Farmacéutica - Farmacia Hospitalar*
2.3. LUGAR Y FECHA: *Cusco, 07 de febrero 2024*
2.4. INSTITUCION DONDE LABORA: *Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II*
2.5. CARGO EN LA INSTITUCION: *Director Técnico*

N°	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION				
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables, medibles.					X
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.				X	
OBSERVACIONES:						

FUENTE: ELABORACION PROPIA

.....

FIRMA Y SELLO

Fuente: elaboración propia

Anexo N° 5. VALIDACION POR EXPERTOS

VALIDACION DE INSTRUMENTO

FORMATOS: ANAMNESIS, SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO.

I-. DATOS GENERALES

1.1 TITULO DEL PROYECTO DE TESIS.
 "EVALUACION DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LOS ANTIPSICOTICOS ATIPICOS ADMINISTRADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II PERIODO DE FEBRERO - ABRIL 2024."

II-. DATOS DEL EXPERTO.

Juicio de Experto: La opinión que usted brinde es personal y sincera

- Marque con un aspa X dentro del cuadro de valoración solo una vez por cada criterio.

1. Muy Malo
2. Malo
3. Regular
4. Bueno
5. Muy Bueno

2.1. NOMBRE Y APELLIDOS DEL EXPERTO: Jakeline Jayo Silva

2.2. ESPECIALIDAD: Psiquiatría

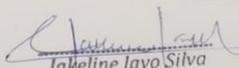
2.3. LUGAR Y FECHA: 08/02/24

2.4. INSTITUCION DONDE LABORA: "Conciencia Vital"

2.5. CARGO EN LA INSTITUCION: "Médica Asistente"

N°	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION				
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables, medibles.	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5
OBSERVACIONES:						

FUENTE: ELABORACION PROPIA


Jakeline Jayo Silva
 MÉDICO PSIQUIÁTRA
 CMP. 36833 RNE. 44031

FIRMA Y SELLO

Fuente: elaboración propia

Anexo Nº 6. VALIDACION POR EXPERTOS

VALIDACION DE INSTRUMENTO

FORMATOS: ANAMNESIS, SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO.

I- DATOS GENERALES

1.1 TITULO DEL PROYECTO DE TESIS.
 "EVALUACION DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LOS ANTIPSICOTICOS ADMINISTRADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II PERIODO DE NOVIEMBRE 2023 A ENERO DEL 2024."

II- DATOS DEL EXPERTO.

Juicio de Experto: La opinión que usted brinde es personal y sincera

- Marque con un aspa X dentro del cuadro de valoración solo una vez por cada criterio.

1. Muy Malo
2. Malo
3. Regular
4. Bueno
5. Muy Bueno

2.1. NOMBRE Y APELLIDOS DEL EXPERTO: Paola Adela Neescha Argon

2.2. ESPECIALIDAD: Enf. psiquiátrica

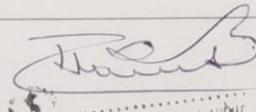
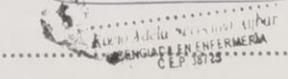
2.3. LUGAR Y FECHA: 15-02-2024

2.4. INSTITUCION DONDE LABORA: HSMO JPII

2.5. CARGO EN LA INSTITUCION: Dir. en Enfermería

Nº	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION				
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables, medibles.	1	2	3	4	X
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría	1	2	3	4	X
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	1	2	3	4	X
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados	1	2	3	4	X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	1	2	3	4	X
OBSERVACIONES:						

FUENTE: ELABORACION PROPIA



FIRMA Y SELLO

Fuente: elaboración propia

Anexo N° 7. VALIDACION POR EXPERTOS

VALIDACION DE INSTRUMENTO

FORMATOS: ANAMNESIS, SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO.

I.- DATOS GENERALES

1.1 TITULO DEL PROYECTO DE TESIS.
 "EVALUACION DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LOS ANTIPSICOTICOS ATIPICOS ADMINISTRADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II PERÍODO DE FEBRERO - ABRIL 2024"

II.- DATOS DEL EXPERTO.

Juicio de Experto: La opinión que usted brinde es personal y sincera

- Marque con un aspa X dentro del cuadro de valoración solo una vez por cada criterio.

1. Muy Malo
2. Malo
3. Regular
4. Bueno
5. Muy Bueno

2.1. NOMBRE Y APELLIDOS DEL EXPERTO: Nestor Arzubidiez Zamalloa

2.2. ESPECIALIDAD: Farmacología Clínica RNE 484

2.3. LUGAR Y FECHA: Cusco, 11.01.24

2.4. INSTITUCION DONDE LABORA: Hospital Regional Cusco

2.5. CARGO EN LA INSTITUCION: Dir. Área de Farmacología

N°	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION				
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables, medibles.					X
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.					X
OBSERVACIONES:						

FUENTE: ELABORACION PROPIA


 GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
 HOSPITAL REGIONAL CUSCO
 Dr. Esp. R. L. Nestor Arzubidiez Zamalloa
 RESPONSABLE SERVICIO DE FARMACOTECIA
 RNE 484 COF 10472

FIRMA Y SELLO

Fuente: elaboración propia

Anexo N° 8. VALIDACION POR EXPERTOS

VALIDACION DE INSTRUMENTO

FORMATOS: ANAMNESIS, SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO.

I-. DATOS GENERALES

1.1 TITULO DEL PROYECTO DE TESIS.
 "EVALUACION DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LOS ANTIPSICOTICOS ATIPICOS ADMINISTRADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II PERÍODO DE FEBRERO - ABRIL 2024."

II-. DATOS DEL EXPERTO.

Juicio de Experto: La opinión que usted brinde es personal y sincera

- Marque con un aspa X dentro del cuadro de valoración solo una vez por cada criterio.

1. Muy Malo
2. Malo
3. Regular
4. Bueno
5. Muy Bueno

2.1. NOMBRE Y APELLIDOS DEL EXPERTO: LISBET YESSICA TORRES VARGAS

2.2. ESPECIALIDAD: QUIMICO FARMACEUTICO

2.3. LUGAR Y FECHA: CUSCO, 15 ENERO 2024

2.4. INSTITUCION DONDE LABORA: HOSPITAL NACIONAL ABOLFO GUEVARA VELASCO

2.5. CARGO EN LA INSTITUCION: ESSALUD - QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE

N°	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION				
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables, medibles.					X
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.				X	
OBSERVACIONES:						

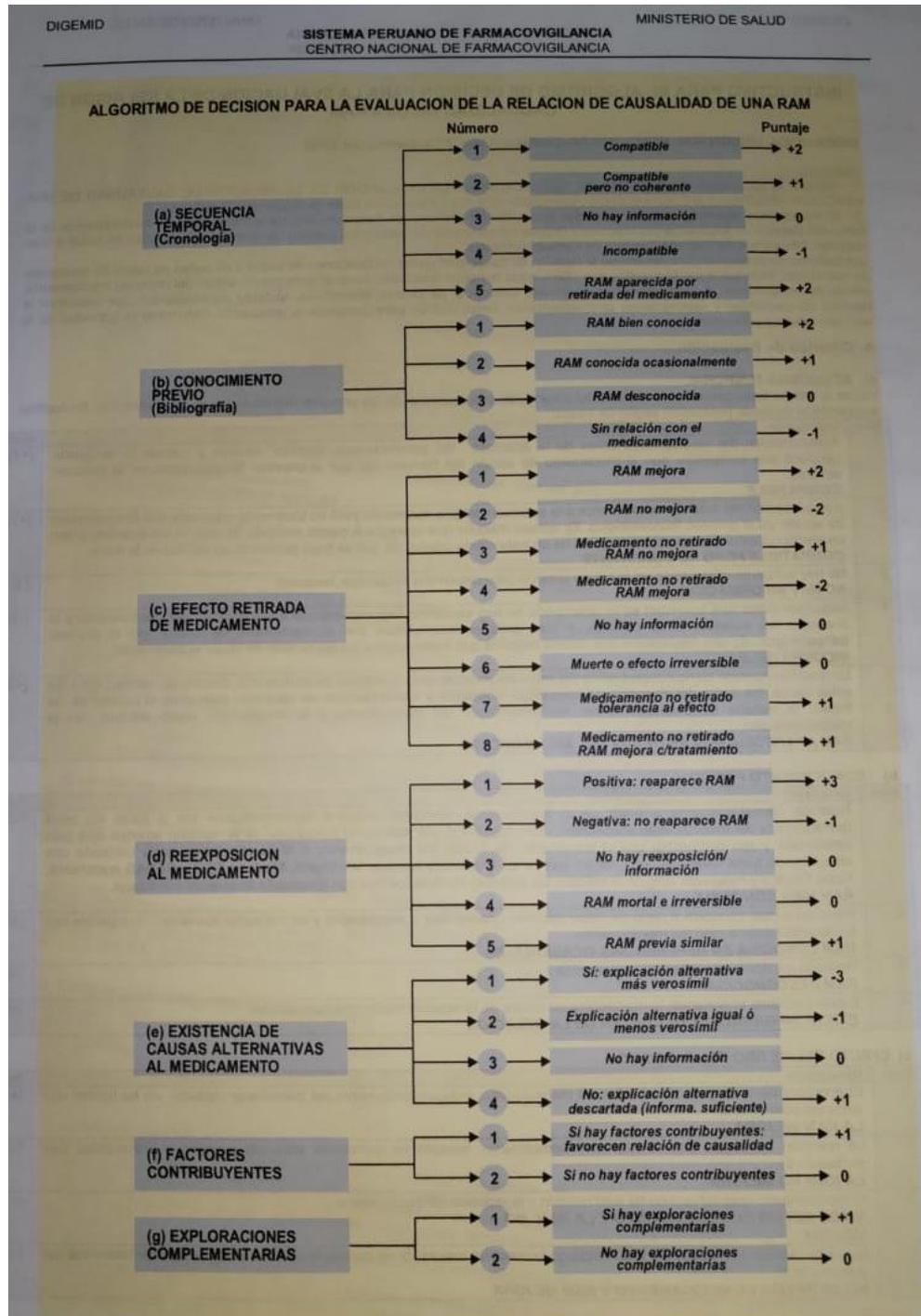
FUENTE: ELABORACION PROPIA


 LISBET YESSICA TORRES VARGAS
 QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE
 HOSPITAL NACIONAL ABOLFO GUEVARA VELASCO
 CUSCO

FIRMA Y SELLO

Fuente: elaboración propia

Anexo N° 9. INSTRUCTIVO PARA EL ALGORITMO DECISION PARA EVALUACION DE LA RELACION CAUSALIDAD DE UNA RAM



Fuente: sistema peruano de farmacovigilancia centro nacional de farmacovigilancia

**Anexo N° 10. : INSTRUCTIVO PARA EL ALGORITMO DECISION PARA
EVALUACION DE LA RELACION CAUSALIDAD DE UNA RAM**

DIGEMID		MINISTERIO DE SALUD	
SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA			
INSTRUCTIVO PARA EL ALGORITMO DE DECISION PARA LA EVALUACION DE LA RELACION DE CAUSALIDAD DE UNA RAM			
RESOLUCION DIRECTORAL N° 813-2000-DG-DIGEMID (Lima, 27 Setiembre del 2000)			
Resuelve:			
1° Aprobar el documento "ALGORITMO DE DECISION PARA LA EVALUACION DE LA RELACION DE CAUSALIDAD DE UNA REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS", que consta de 5 folios y que forma parte de la presente Resolución.			
2° El mencionado Algoritmo será de aplicación por el Centro Nacional de Farmacovigilancia e Información de Medicamentos de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud y los Centros de referencia Regionales de Salud a nivel nacional, integrantes del Sistema Peruano de Farmacovigilancia.			
Los factores considerados para determinar la relación de causalidad en las notificaciones de casos o de series de casos de sospechas de reacciones adversas a medicamentos son : Secuencia temporal adecuada, conocimiento previo, efecto del retiro del medicamento, efecto de reexposición al medicamento sospechoso, existencia de causas alternativas, factores contribuyentes que favorecen la relación de causalidad y exploraciones complementarias, requiriéndose para completar la evaluación, determinar la gravedad de la reacción adversa presentada.			
A. Criterios de Evaluación			
a) SECUENCIA TEMPORAL			
Valora el tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento y la aparición de las primeras manifestaciones de la reacción. Se codifica asignando la siguiente puntuación según los casos:			
Num	Descripción	Puntaje	
1	Administración del medicamento antes de la aparición del acontecimiento descrito, siempre y cuando la secuencia temporal sea compatible con el mecanismo de acción del fármaco y/o con el proceso fisiopatológico de la reacción adversa. COMPATIBLE	(+2)	
2	Administración del medicamento anterior a la aparición del acontecimiento pero no totalmente coherente con el mecanismo de acción y/o el proceso fisiopatológico. Ej: aplasia medular que aparezca 9 meses después de dejar la medicación, o bien un efecto colateral que aparezca después de un tratamiento crónico sin que se haya producido un cambio en la dosis. COMPATIBLE PERO NO COHERENTE	(+1)	
3	No hay suficientes información en la tarjeta amarilla para discernir la secuencia temporal. NO HAY INFORMACION	(0)	
4	Según los datos que aparecen en la notificación no hay secuencia temporal entre la administración del medicamento y la aparición del acontecimiento descrito, o bien ésta es incompatible con el mecanismo de acción y/o el proceso fisiopatológico. Ej, una neoplasia o una cirrosis hepática que tienen lugar a los pocos días de iniciar el tratamiento. INCOMPATIBLE	(-1)	
5	La reacción aparece como consecuencia del retiro del medicamento (síndrome de abstinencia, discinesias tardías, etc.). En estos casos, los ítems del algoritmo de causalidad <retirada> y <reexposición> se valorarán invirtiendo el sentido de las frases: la retirada se entenderá como readministración del medicamento y la reexposición como retirada tras la readministración. RAM APARECIDA POR RETIRADA DEL MEDICAMENTO	(+2)	
b) CONOCIMIENTO PREVIO			
Num	Descripción	Puntaje	
1	Relación causal conocida a partir de la literatura de referencia, estudios epidemiológicos y/o a partir del perfil farmacológico del medicamento sospechoso, siempre que el mecanismo de producción de la reacción adversa esté bien establecida y sea compatible con el mecanismo de acción del medicamento. A título orientativo, sería conocida una reacción que fuera reseñada como tal en una de las siguientes fuentes: Martindale, Meyler's SED y SEDAS posteriores, Ficha Técnica y prospecto dirigido al médico, sin perjuicio de otras fuentes que libremente se puedan considerar. RAM BIEN CONOCIDA	(+2)	
2	Relación causal conocida a partir de observaciones ocasionales o esporádicas y sin conexión aparente o compatible con el mecanismo de acción del medicamento. RAM CONOCIDA EN REFERENCIAS OCASIONALES	(+1)	
3	Relación medicamento-reacción no conocida. RAM DESCONOCIDA	(0)	
4	Existe suficiente información farmacológica en contra de la relación medicamento-reacción. EXISTE INFORMACION EN CONTRA DE LA RELACION	(-1)	
c) EFECTO DEL RETIRO DEL FARMACO			
Num	Descripción	Puntaje	
1	El acontecimiento mejora con el retiro del medicamento, independientemente del tratamiento recibido, y/o ha habido una administración única. LA RAM MEJORA	(+2)	
2	La reacción no mejora con el retiro del medicamento, excepto en reacciones adversas mortales o irreversibles (ver puntuación 6). LA RAM NO MEJORA	(-2)	
3	El medicamento sospechoso no ha sido retirado y la reacción tampoco mejora. NO SE RETIRA EL MEDICAMENTO Y LA RAM NO MEJORA	(+1)	
4	No se ha retirado la medicación y sin embargo la reacción mejora. Si se conoce la posibilidad de desarrollar tolerancia ver puntuación 7. NO SE RETIRA EL MEDICAMENTO Y RAM MEJORA	(-2)	

Fuente: sistema peruano de farmacovigilancia centro nacional de farmacovigilancia.

Anexo N° 11. INSTRUCCTIVO PARA EL ALGORITMO DECISION PARA EVALUACION DE LA RELACION CAUSALIDAD DE LA RAM.

DIGEMID		SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA	MINISTERIO DE SALUD
5	En la tarjeta de notificación no hay información respecto al retiro del medicamento. NO HAY INFORMACION	(0)	
6	El desenlace de la reacción es mortal o bien el efecto indeseable aparecido es irreversible. En este apartado se incluirían las malformaciones congénitas relacionadas con el uso de los medicamentos durante la gestación. RAM MORTAL O IRREVERSIBLE	(0)	
7	A pesar de no retirar la medicación, la reacción adversa mejora debido a la aparición de tolerancia. EL MEDICAMENTO NO SE RETIRA, RAM MEJORA POR TOLERANCIA	(+1)	
8	A pesar de no retirar la medicación, la reacción adversa mejora debido al tratamiento de la misma. EL MEDICAMENTO NO SE RETIRA, RAM MEJORA POR TRATAMIENTO	(+1)	
d) EFECTO DE REEXPOSICIÓN AL MEDICAMENTO SOSPECHOSO			
Num	Descripción	Puntaje	
1	Positiva, es decir, la reacción o acontecimiento aparecen de nuevo tras la administración del medicamento sospechoso. POSITIVA: APARECE LA RAM	(+3)	
2	Negativa, cuando no reaparece el efecto indeseable. NEGATIVA: NO APARECE LA RAM	(-1)	
3	No ha habido reexposición o la notificación no contiene información al respecto. NO HAY REEXPOSICIÓN O INFORMACION INSUFICIENTE	(0)	
4	El efecto indeseable presenta características irreversibles. Incluiría los casos de muerte, malformaciones congénitas y secuelas permanentes. RAM MORTAL O IRREVERSIBLE	(0)	
5	Existió una reacción previa similar con especialidades distintas pero que contienen el mismo principio activo que el medicamento considerado. REACCION PREVIA SIMILAR	(+1)	
e) EXISTENCIA DE CAUSAS ALTERNATIVAS			
Num	Descripción	Puntaje	
1	La explicación alternativa (sea una patología de base u otra medicación tomada simultáneamente) es más verosímil que la relación causal con el medicamento evaluado. EXPLICACION ALTERNATIVA MAS VEROSIMIL	(-3)	
2	La posible relación causal de la reacción con la patología presenta una verosimilitud parecida o menor a la relación causal entre reacción y medicamento. EXPLICACION ALTERNATIVA IGUAL O MENOS VEROSIMIL	(-1)	
3	No hay información suficiente en la tarjeta de notificación para poder evaluar la relación causal, aunque ésta se pueda sospechar. NO HAY INFORMACION PARA ESTABLECER UNA EXPLICACION ALTERNATIVA	(0)	
4	Se dispone de los datos necesarios para descartar una explicación alternativa. HAY INFORMACION SUFICIENTE PARA DESCARTAR UNA EXPLICACION ALTERNATIVA	(+1)	
f) FACTORES CONTRIBUYENTES QUE FAVORECEN LA RELACION DE CAUSALIDAD			
Num	Descripción	Puntaje	
1	Si hay factores contribuyentes	(+1)	
2	No hay, o se desconoce	(0)	
g) EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS (Niveles séricos del medicamento, biopsias, exploraciones radiológicas, pruebas alérgicas, etc.)			
Num	Descripción	Puntaje	
1	Si hay exploraciones complementarias	(+1)	
2	No hay, o se desconoce	(0)	
B. Categorías del Algoritmo de Causalidad			
NO CLASIFICADA	FALTA DATOS		
IMPROBABLE	<= 0		
CONDICIONAL	1 - 3		
POSIBLE	4 - 5		
PROBABLE	6 - 7		
DEFINIDA	>= 8		
C. Gravedad Evaluada			
1. LEVE: Reacción que se presenta con signos y síntomas fácilmente tolerados. No necesitan tratamiento, ni prolongan la hospitalización y pueden o no requerir de la suspensión del producto farmacéutico. Se considera una reacción no seria.			
2. MODERADO: Reacción que interfiere con las actividades sin amenazar directamente la vida del paciente. Requiere de tratamiento farmacológico y puede o no requerir la suspensión del producto farmacéutico causante de la reacción adversa. Se considera una reacción no seria.			
3. GRAVE: Cualquier ocurrencia médica que se presenta con la administración de cualquier dosis de un producto farmacéutico, que ocasione uno o más de los siguientes supuestos:			
a) Pone en peligro la vida o causa la muerte del paciente; b) Hace necesario hospitalizar o prolongar la estancia hospitalaria; c) Es causa de invalidez o de incapacidad permanente o significativa; d) Es causa de alteraciones o malformaciones en el recién nacido; e) Contribuye directa o indirectamente a la muerte del paciente.			

Fuente: sistema peruano de farmacovigilancia centro nacional de farmacovigilancia.

Anexo N° 12. FORMATO DE ANAMESIS

**ANEXO N.º 2
FORMATO Nº1 ANAMENSIS**

1-. DATOS GENERALES DEL PACIENTE				
NOMBRES Y APELLIDOS:			DNI:	
SEXO:	EDAD:	Grado de instrucción:		
2-. INFORMACION CLINICA DEL PACIENTE				Último periodo menstrual:
FECHA DE INGRESO:		ALERGIAS:		
DX.PRESUNTIVO:	DX.DEFINITIVO:			
3-. RELATO CRONOLOGICO DEL INGRESO AL SERV. HOSPITALIZACION DEL PACIENTE				
4-. ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y/O FAMILIARES (TIEMPO DE ENFERMEDAD)				
5-. TIPO DE INGRESO				
<input type="radio"/> NUEVO		REINGRESO <input type="radio"/>		
6-. HABITOS NOCIVOS				
TABACO	MARIHUANA		OTRO TIPO DE DROGAS:	
ALCOHOL	COCAINA			
8-. MEDICACION DE INICIO				
MEDICAMENTO	F.F	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO

Fuente: Elaboración propia.

Anexo N° 13. PRUEBAS DE LABORATORIO

Nombre:			Dx:	Edad:	Sexo:	Hcl:
LABORATORIO	TIPO DE PRUEBA	VALORES DE REFERENCIA	RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO			
HEMOGRAMA	Hemoglobina	Mujer:12-16%				
		Varones:13-18%				
	Hematocrito	Mujer:36-47%				
		Varones:38-54 %				
	Basófilos	0-2%				
	Leucocitos	4 000-10 900mm3				
	Linfocitos	25-35%				
Plaquetas	150 000- 450 000 mm3					
PERFIL HEPATICO	BD	0.0- 0.3mg/dl				
	BI	0.2.1.0 mg/dl				
	BT	0.2.1.3 mg/dl				
	FA	38-126U/L				
	GGTL	11-50 U/L				
	Prot.total	6.0-8.0 g/dl				
	TGO	17-59U/L				
TGP	21-70U/L					
PERFIL LIPIDICO	Colesterol HDL	≥40mg/dl				
	Colesterol LDL	<140mg/dl				
	Colesterol Total	<200mg/dl				
	Colesterol VDLD	28-40mg/dl				
	Triglicéridos	<200mg/dl				
PERFIL RENAL	Creatinina sérica	0.8-1.5mg/dl				
	Dep. creatinina 24hrs	< 123ml/min				
	Urea	19-43mg/dl				
	Glucosa basal	70-100mg/dl				
	Hemoglobina A1c	4.2-6.2%				
	PCR	0-10mg/dl				
	Lipasa	23-300U/L				

Fuente: formato de pruebas de laboratorio de farmacia clínica del hospital regional del cusco.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA: EVALUACION DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LOS ANTIPSICOTICOS ATIPICO ADMINISTRADOS EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II PERÍODO FEBRERO- ABRIL 2024.				
Autora: Bach. Shomara Shearmely Candia Collado				
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores	Técnicas de instrumentos de recolección
¿Cuáles serán los resultados negativos asociados a los antipsicóticos atípicos administrados en pacientes del hospital de salud mental san juan pablo II período febrero- abril 2024.	<p>Objetivo general</p> <p>Evaluar de resultados negativos asociados al uso de antipsicóticos atípico administrados en pacientes del hospital de salud mental san juan pablo II, período febrero- abril 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1.Evaluar los datos sociodemográficos de pacientes del hospital de salud mental San Juan Pablo II periodo febrero - abril 2024.</p> <p>2.Evaluar los diagnósticos y medicación de pacientes del hospital de salud mental San Juan Pablo II periodo febrero - abril 2024.</p> <p>3.Determinar los factores clínicos asociados a los resultados negativos asociados a antipsicóticos atípicos de pacientes del hospital de salud mental San Juan Pablo II periodo febrero - abril 2024.</p> <p>4-. Valor de manera individual y en conjunto de las variables sociodemográficas, variables de medicación y variables clínicas sobre los resultados negativos asociados a los antipsicóticos atípicos administrados en pacientes del hospital de salud mental San Juan Pablo II periodo febrero - abril 2024, para medir la asociación entre ellas.</p>	La administración de antipsicóticos atípicos se asocian a la presencia de Resultados negativos en pacientes del Hospital de Salud Mental "SAN JUAN PABLO II".	<p>Variable independiente</p> <p>🚩 Administración de Antipsicóticos en pacientes hospitalizados hospital de salud mental "SAN JUAN PABLO II".</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de administración • Cumplimiento de horarios establecidos • Polifarmacia dosificación • Identificación de RAMS • Tipo de fármacos utilizados • Manifestación clínica de RAMS • Diagnóstico clínico • presencia de interacciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos • Formato de seguimiento farmacoterapéutico • Historia clínica • Kardex de enfermería.
			<p>Variable dependiente</p> <p>🚩 Resultados Negativos en pacientes hospitalizados hospital de salud mental "SAN JUAN PABLO II"</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RNM necesidad • RNM efectividad • RNM seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos. • Formato de seguimiento farmacoterapéutico (visita médica) • instructivo para evaluación de la causalidad según la gravedad usando el

				<p>algoritmo KARCH Y LASAGNA modificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte en Kardex de enfermería.
			<p>Variables no implicadas Sociodemográficas</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • grupo etario • Grado de instrucción • Residencia • Estado civil • Origen étnico 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos

Fuente: elaboración propia

**CODIGO UNICO INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
(IPRESS)**

CONSULTA POR CÓDIGO ÚNICO IPRESS

Código Único de IPRESS	00012995				
Datos del Propietario					
Registro Único del Contribuyente R.U.C.	20116320682				
Razón Social	SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE CUSCO				
Dirección Completa	OTROS PLAZOLETA ALMUDENA NÚMERO S/N DISTRITO SANTIAGO PROVINCIA CUSCO DEPARTAMENTO CUSCO				
Departamento	CUSCO				
Provincia	CUSCO				
Distrito	SANTIAGO				
Fax					
Dirección de la Página Web de la Empresa					
Datos del Representante Legal					
Nombres y Apellidos del Representante Legal	LUIS EDUARDO PALLARDEL MUÑIZ				
Tipo de Doc. Identidad	DNI				
Nº Doc. Identidad	10585717				
Datos de la IPRESS					
Tipo de IPRESS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON INTERNAMIENTO				
Clasificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Clasificación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td> <td>HOSPITALES O CLINICAS DE ATENCION ESPECIALIZADA</td> </tr> </tbody> </table>	Código	Clasificación	7	HOSPITALES O CLINICAS DE ATENCION ESPECIALIZADA
Código	Clasificación				
7	HOSPITALES O CLINICAS DE ATENCION ESPECIALIZADA				
Denominación o Nombre Comercial	SAN JUAN PABLO II				
Institución a la que pertenece	OTRO				
Número de serie del R.U.C.					
Dirección Completa	OTROS PLAZOLETA ALMUDENA S/Nº DIST. SANTIAGO, PROV.CUSCO, DPTO. CUSCO NÚMERO S/N DISTRITO SANTIAGO PROVINCIA CUSCO DEPARTAMENTO CUSCO				
Departamento	CUSCO				
Provincia	CUSCO				
Distrito	SANTIAGO				
Centro poblado					
Teléfono	084-581700				
Teléfono de Emergencia					
Longitud	-71.98795468				
Latitud	-13.52660927				
Altitud					

Fuente : **Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS.(131)**

CODIGO UNICO INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS)

Gráficos de la IPRESS	http://maps.google.es/?q=-13.52660927%20-71.98795468 INSASU20181031114349.jpg INSASU20181031114410.jpg INSASU20181031114429.jpg	Descargar Descargar Descargar Descargar												
Radio														
Fax														
Documentos	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th>Nº</th> <th>Documento</th> <th>Fecha</th> <th>Número</th> <th>Adjuntado</th> <th>Link</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nº	Documento	Fecha	Número	Adjuntado	Link						
Nº	Documento	Fecha	Número	Adjuntado	Link									
Correo Electrónico de la IPRESS	EIFEL1@HOTMAIL.COM													
Dirección de la página web de la IPRESS														
Fecha de Inicio de Actividad	01/01/1996													
Fecha de creación según Resolución														
Fecha de Registro	26/12/2011													
Nº de Resolución de creación de la IPRESS														
Grupo Objetivo	POBLACION CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL													
Horario de Atención	24HRS													
Datos Adicionales														
Categoría	II-E													
Tipo Doc. Categorización	RESOLUCIÓN													
Nº Doc. de Categorización	2213-2018													
Documento Digital	424868													
Nº Ambientes de la IPRESS	80													
Nº de Camas	40													
Servicios Autorizados														

Fuente : Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
RENIPRESS.(131)

ANEXO FOTOGRÁFICO
FOTOGRAFÍAS DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL “SAN JUAN PABLO II” – CUSCO



Fotografía 01: Croquis del hospital salud mental “San Juan Pablo II”



Fotografía 02: Tópico 01 del área de hospitalización.



Fotografía 03: Área de hospitalización de Sala General.



Fotografía 04: Área de hospitalización de Residentes.



Fotografía 05: Tópico 2 área de residentes.



Fotografía 06: Área de hospitalización.



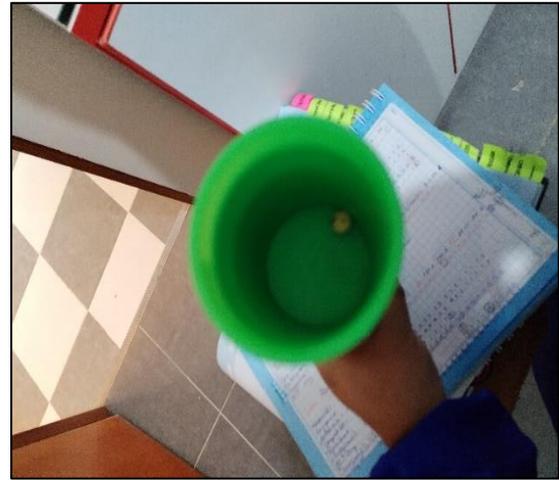
Fotografía 07: Revisión de vasos de dosis unitaria



Fotografía 08: entrevista a pacientes



Fotografía 09: Revisión de cumplimiento terapéutico



Fotografía 10: conteo de vasitos por paciente.



Fotografía 11: Medicación no administrada a los pacientes



Fotografía 12: Medicación no administrada a los pacientes.



Fotografía 13: Medicación no administrada a los pacientes.



Fotografía 14: conteo de vasos de pacientes