



CAPÍTULO 17

Fármacos para las psicosis

FÁRMACOS CONTEMPLADOS

ANTIPSICÓTICOS CONVENCIONALES (TÍPICOS)

Fenotiacinas

 clorpromacina

No fenotiacinas

 haloperidol

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

 clozapina

Estabilizadores del sistema dopaminérgico (ESD)

OBJETIVOS

Después de leer este capítulo, el estudiante será capaz de:

1. Explicar las teorías sobre la etiología de la esquizofrenia.
2. Comparar y contrastar los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.
3. Discutir el fundamento para seleccionar un fármaco antipsicótico específico para el tratamiento de la esquizofrenia.
4. Explicar la importancia del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente durante la farmacoterapia de la esquizofrenia.
5. Describir la función del profesional de enfermería en el control farmacológico de la esquizofrenia.
6. Explicar los síntomas asociados con los efectos secundarios extrapiramidales de fármacos antipsicóticos.
7. Conocer ejemplos de fármacos representativos de cada una de las clases de fármacos listadas en «Fármacos contemplados» y explicar sus mecanismos de acción, sus acciones principales y sus reacciones adversas relevantes.
8. Categorizar los fármacos utilizados para la psicosis en función de su clasificación y mecanismo de acción.
9. Aplicar el «Proceso de enfermería» para atender a los pacientes que están recibiendo tratamiento para la psicosis.

MediaLink



www.prenhall.com/adams

La revisión, los casos clínicos y otros recursos interactivos de NCLEX-RN® se encuentran en la página web complementaria www.prenhall.com/adams. Haga clic en «Capítulo 17» para seleccionar las actividades de este capítulo. En el DVD-ROM Prentice Hall Nursing MediaLink adjunto al libro se puede acceder a animaciones, preguntas NCLEX-RN® de revisión adicionales y un glosario de audio.

TÉRMINOS CLAVE

acatisia página 214
 alucinaciones página 210
 delirios página 210
 discinesia tardía página 214
 distonías página 214
 efectos secundarios extrapiramidales (EPS) página 214
 esquizofrenia página 210
 ilusiones página 210
 neurolépticos página 212
 paranoia página 210
 parkinsonismo página 214
 receptor de dopamina de tipo 2 (D2) página 211
 síndrome neuroléptico maligno página 214
 síntomas negativos página 211
 síntomas positivos página 211
 trastorno esquizoafectivo página 211

Las enfermedades mentales graves pueden ser incapacitantes para el paciente y tremendamente frustrantes para sus familiares y las personas que se relacionan con él de forma habitual. Antes de los años cincuenta, los pacientes con una disfunción mental grave eran ingresados en un centro psiquiátrico, a menudo de por vida. La introducción de clorpromacina en los años cincuenta y el desarrollo de fármacos más novedosos revolucionaron el tratamiento de las enfermedades mentales.

17.1 Naturaleza de la psicosis

Una psicosis es una enfermedad mental caracterizada por **delirios** (ideas y creencias firmes que no son realmente ciertas), **alucinaciones** (ver, oír o sentir algo que realmente no está), **ilusiones** (percepciones alteradas de los estímulos sensoriales reales), comportamiento desorganizado y dificultad en las relaciones con los demás. El comportamiento puede variar desde una inactividad total a una agitación y agresividad extremas. Algunos pacientes psicóticos muestran **paranoia**, una sospecha y delirio extremos de que le están persiguiendo y que alguien intenta hacerles daño. Puesto que son incapaces de distinguir entre la realidad y la fantasía, a menudo se les considera locos.

La psicosis puede clasificarse como *aguda* o *crónica*. Los episodios psicóticos agudos se producen durante horas o días, mientras que la psicosis crónica se desarrolla durante meses o años. En algunas ocasiones puede atribuirse una causa a la psicosis, como daño cerebral, sobredosis de determinados medicamentos, depresión extrema, alcoholismo crónico y drogadicción. Es conocido que los factores genéticos tienen una función importante en algunas psicosis. Desafortunadamente, la inmensa mayoría de las psicosis no tiene una causa identificable.

Normalmente la persona con psicosis es incapaz de comportarse normalmente en sociedad sin un tratamiento farmacológico prolongado. Los pacientes deben realizar visitas periódicas a su médico y tomar la medicación de por vida. Los miembros de la familia y los grupos sociales de apoyo son fuentes importantes de ayuda para los pacientes que no pueden llevar una vida normal sin una farmacoterapia continua.

ESQUIZOFRENIA

La **esquizofrenia** es un tipo de psicosis caracterizado por pensamientos y procesos de pensamientos anómalos, comunicación desordenada, rechazo a otras personas y al entorno y un riesgo elevado de suicidio. Muchos subtipos de trastornos esquizofrénicos se basan en su presentación clínica.

17.2 Signos y síntomas de la esquizofrenia

La esquizofrenia es el trastorno psicótico más frecuente, que afecta del 1% al 2% de la población. Los síntomas suelen aparecer generalmente al comienzo de la edad adulta, con un pico de incidencia en varones de 15 a 24 años de edad y en mujeres de 25 a 34 años de edad. Los pacientes experimentan muchos síntomas diferentes

INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA

Psicosis

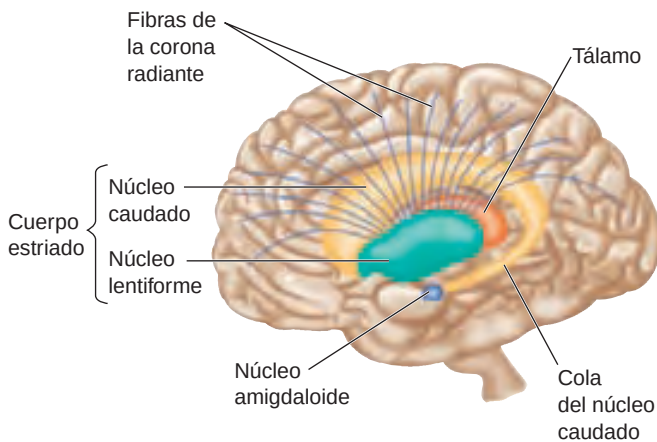
- Los síntomas de la psicosis se asocian a menudo a otros problemas de salud mental, como drogadicción, depresión y demencia.
- Los trastornos psicóticos se encuentran entre los trastornos de salud mental peor comprendidos de Norteamérica. Aproximadamente tres millones de americanos padecen esquizofrenia.
- Los pacientes con psicosis a menudo desarrollan los síntomas entre los 13 y los 20 años. Hasta un 50% de las personas sin hogar en América padecen esquizofrenia.
- La probabilidad de desarrollar esquizofrenia es de 1:100 para la población general, 1:10 si uno de los padres padece el trastorno y 1:4 si ambos padres son esquizofrénicos.

que pueden variar a lo largo del tiempo. Los síntomas siguientes pueden aparecer rápidamente o pueden ser necesarios varios meses o años para desarrollarse.

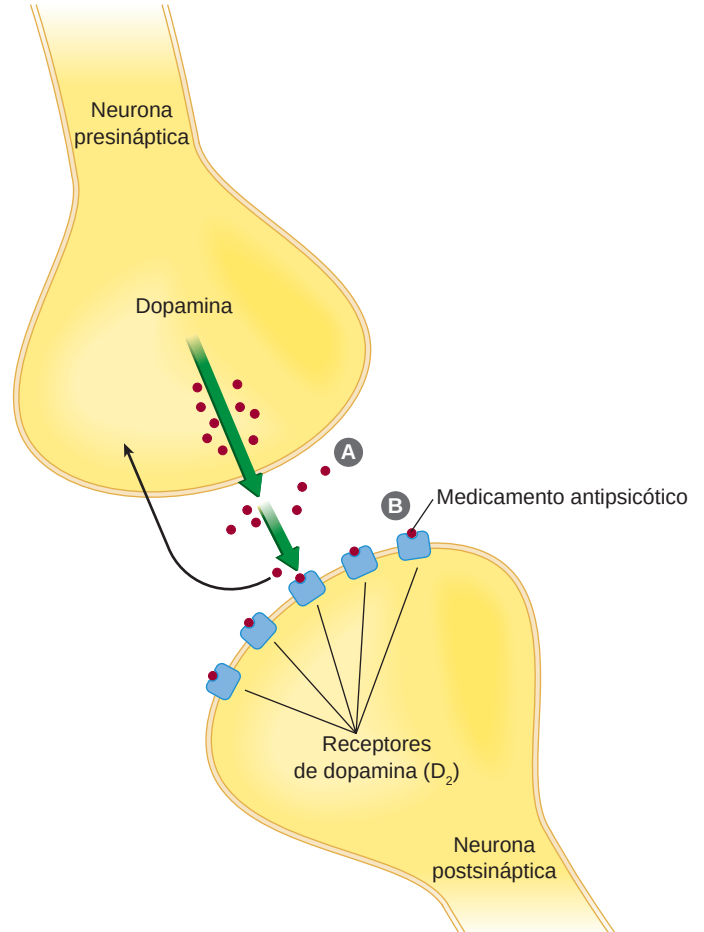
- Alucinaciones, delirios o paranoia
- Comportamiento extraño, como expresión con afirmaciones incoherentes o palabras inventadas
- Alternancia rápida entre hiperactividad extrema y obnubilación
- Aptitud de indiferencia o desapego hacia las actividades cotidianas
- Acciones extrañas o irracionales
- Deterioro de la higiene personal y del rendimiento en el trabajo o académico
- Rechazo marcado hacia las interacciones sociales y las relaciones interpersonales

Cuando se observe a un paciente con esquizofrenia, el profesional de enfermería debe buscar tanto síntomas positivos como negativos. Los **síntomas positivos** son aquellos que se añaden a un comportamiento normal. Entre estos se incluyen alucinaciones, delirios y pensamiento y patrón de habla desorganizados. Los **síntomas negativos** son los que se sustraen de un comportamiento normal. Estos síntomas incluyen una pérdida de interés, motivación, capacidad de respuesta o disfrute con las actividades cotidianas. Los síntomas negativos son característicos de la personalidad indiferente mostrada por muchos esquizofrénicos. Es importante un diagnóstico adecuado de los síntomas positivos y negativos para la selección del fármaco antipsicótico apropiado.

La causa de la esquizofrenia no se ha determinado, aunque se han expuesto varias teorías. Parece que existe un componente genético para la esquizofrenia, ya que muchos pacientes que sufren esta enfermedad tienen miembros de su familia que se han visto afectados por el mismo trastorno. Otra teoría sugiere que el trastorno está causado por desequilibrios de neurotransmisores en áreas específicas del cerebro. Esta teoría sugiere la posibilidad de vías dopaminérgicas hiperactivas en los núcleos basales, un área del cerebro que controla la actividad motora. Los ganglios (núcleos) basales, que se muestran en la • figura 17.1, son responsables del inicio y la parada de la actividad motora sincronizada, como los movimientos de piernas y brazos mientras se camina.



• **Figura 17.1** Ganglios basales: los receptores de dopamina D_2 hiperactivos pueden ser responsables de la esquizofrenia.



• **Figura 17.2** Mecanismo de acción de los fármacos antipsicóticos: **A.** Hiperproducción de dopamina. **B.** El medicamento antipsicótico ocupa el receptor D_2 , lo que impide que la dopamina estimule a la neurona postsináptica.

Los síntomas de la esquizofrenia parecen estar asociados con el **receptor de la dopamina de tipo 2 (D_2)**. Los núcleos basales son especialmente ricos en receptores D_2 , mientras que el cerebro contiene muy pocos. Todos los fármacos antipsicóticos actúan entrando en las sinapsis dopaminérgicas y compitiendo con la dopamina. Bloqueando la mayoría de los receptores D_2 , los fármacos antipsicóticos reducen los síntomas de la esquizofrenia. La • figura 17.2 muestra la acción del fármaco antipsicótico sobre el receptor dopaminérgico.

El **trastorno esquizoafectivo** es una afección en la que el paciente muestra síntomas tanto de esquizofrenia como de trastorno anímico. Por ejemplo, una reacción esquizoafectiva grave puede incluir percepciones alteradas, alucinaciones y delirios, seguidos de una depresión extrema. A lo largo del tiempo, aparecerán tanto síntomas psicóticos positivos como negativos.

Muchas afecciones pueden producir un comportamiento extraño y deben distinguirse de la esquizofrenia. El uso prolongado de anfetaminas o cocaína puede inducir un síndrome paranoide. Ciertas crisis comiciales parciales completas (capítulo 15 ∞) pueden producir síntomas inusuales que a veces se confunden con psicosis. Los neoplasmas cerebrales, infecciones o hemorragias también pueden producir síntomas extraños similares a los que aparecen en la psicosis.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Perspectivas culturales y tratamientos de las enfermedades mentales

Determinadas culturas tienen perspectivas muy diferentes sobre la causa y el tratamiento de las enfermedades mentales. Los principios básicos de muchos de estos tratamientos de salud mental implican fitoterapia y métodos de curación espiritual. Los indios americanos pueden ser tratados por el «chamán» tradicional de la comunidad, que puede tratar síntomas mentales con un temascal (casa de sudoración) y hierbas. Los afroamericanos pueden acudir para recibir tratamiento a un sacerdote de vudú tradicional u otros sanadores que frecuentemente utilizan hierbas para tratar los síntomas de las enfermedades mentales. Los hispanos buscan tratamiento de un sanador tradicional denominado *curandero* que utiliza hierbas como manzanilla, hierbabuena y albahaca para tratar las enfermedades mentales. Los miembros de algunas culturas pueden utilizar amuletos colgados de la cuerda o cadena que protegen a los que los llevan de espíritus malignos que pueden causar enfermedades mentales.

17.3 Tratamiento farmacológico de las psicosis

Tratar las enfermedades mentales graves es difícil. Muchos pacientes no consideran su comportamiento anómalo y les cuesta entender que necesitan medicación. Cuando esta produce efectos secundarios no deseados, como espasmos musculares graves o pérdida de la función sexual, disminuye el cumplimiento del tratamiento y los pacientes muestran síntomas de su enfermedad previa al tratamiento. Son frecuentes la agitación, desconfianza y frustración extrema, ya que los pacientes no pueden comprender por qué otras personas son incapaces de pensar y ver lo mismo que ellos.

El objetivo principal de la farmacoterapia de los pacientes esquizofrénicos es reducir los síntomas psicóticos a un nivel que permita al paciente mantener unas relaciones sociales normales, que incluyan su aseo personal y mantener su trabajo. Desde una perspectiva farmacológica, el tratamiento tiene un lado positivo y otro negativo. Aunque los fármacos actuales pueden controlar muchos síntomas de la psicosis, los efectos adversos son frecuentes y, a menudo, graves. Los fármacos antipsicóticos no curan las enfermedades mentales y los síntomas se mantienen en remisión sólo mientras que el paciente quiera seguir tomando el fármaco. La tasa de recaída entre los pacientes que interrumpen su medicación es del 60% al 80%.

En términos de eficacia, existe una pequeña diferencia entre los diversos fármacos antipsicóticos; no existe un único fárma-

co de elección para la esquizofrenia. La selección de un fármaco específico se basa en la experiencia clínica, la aparición de efectos secundarios y las necesidades del paciente. Por ejemplo, los pacientes psicóticos con enfermedad de Parkinson necesitan un antipsicótico con efectos secundarios extrapiramidales mínimos. Las personas que manejan maquinaria pesada necesitan un fármaco que no produzca sedación. Los varones sexualmente activos pueden necesitar un fármaco sin efectos negativos sobre la eyaculación. La experiencia y formación del médico y el profesional de enfermería especialista en salud mental son especialmente valiosas para conseguir una farmacoterapia psiquiátrica eficaz.

FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS CONVENCIONALES (TÍPICOS)

Los fármacos antipsicóticos se denominan en algunos casos **neurolépticos**. Las dos categorías básicas de agentes antipsicóticos son los antipsicóticos convencionales y los antipsicóticos atípicos. Entre los fármacos convencionales para la psicosis se incluyen las fenotiacinas y fármacos similares a fenotiacina.

FENOTIACINAS

Las fenotiacinas son más eficaces para el tratamiento de los signos positivos de la esquizofrenia, como alucinaciones y delirios, y han sido el tratamiento de elección para las psicosis durante 50 años.

17.4 Tratamiento de las psicosis con fenotiacinas

La clase de antipsicóticos convencionales, denominados en ocasiones antipsicóticos típicos o de primera generación, incluye la fenotiacina y fármacos similares a fenotiacina recogidos en la tabla 17.1. Dentro de esta categoría, los fármacos se nombran en función de su estructura química.

El primer fármaco eficaz utilizado para el tratamiento de la esquizofrenia fue la clorpromacina, una fenotiacina de baja potencia aprobada para su uso por la FDA en 1954. En la actualidad disponemos de siete fenotiacinas para el tratamiento de las enfermedades mentales. Todas ellas bloquean la excitación asociada con los síntomas positivos de la esquizofrenia, aunque difieren en su potencia y en sus perfiles de efectos secundarios. Con frecuencia, las alucinaciones y los delirios empiezan a disminuir en pocos días. Otros síntomas, sin embargo, pueden necesitar hasta 7 u 8 semanas de farmacoterapia para que se

TABLA 17.1 Fármacos antipsicóticos convencionales: fenotiacinas		
Fármaco	Vía de administración y dosis en el adulto (dosis máxima donde esté indicado)	Efectos adversos
clorpromacina HCl	VO; 25-100 mg tres o cuatro veces al día (máx: 1.000 mg/día) IM/IV; 25-50 mg (máx: 600 mg cada 4-6 horas)	<i>Sedación, somnolencia, mareos, síntomas extrapiramidales, estreñimiento, fotosensibilidad, hipotensión ortostática</i>
besilato de mesoridacina	VO; 10-50 mg tres veces al día o cuatro veces al día (máx: 400 mg/día)	<u>Agranulocitosis, pancitopenia, reacciones anafilactoides, discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno, hipotermia, íleo adinámico, muerte súbita inexplicada</u>
ferfenacina	VO; 4-16 mg tres o cuatro veces al día (máx: 64 mg/día)	
flufenacina HCl	VO; 0,5-10 mg/día (máx: 20 mg/día)	
promacina HCl	VO/IM; 10-200 mg cada 4-6 h (máx: 1.000 mg/día)	
tioridacina HCl	VO; 50-100 mg/día (máx: 800 mg/día)	
trifluoperacina HCl	VO; 1-2 mg dos veces al día; (máx: 20 mg/día)	

Las *cursivas* indican efectos adversos frecuentes; el subrayado indica efectos adversos graves.

TABLA 17.2 Efectos adversos de los agentes antipsicóticos convencionales

Efecto	Descripción
acatisia	deambular constante con movimientos compulsivos repetitivos
discinesia tardía	movimientos extraños de la lengua y la cara, como relamerse o movimientos vermiformes de la lengua; hinchado de las mejillas, movimientos de masticación incontrolados
disfunción sexual	impotencia y disminución de la libido
disonía aguda	espasmos intensos, especialmente en los músculos de la espalda, lengua y músculos faciales; movimientos temblorosos
efectos anticolinérgicos	sequedad de boca, taquicardia, visión borrosa
hipotensión	especialmente grave cuando el paciente pasa rápidamente de una posición de descanso a erguida
parkinsonismo	temblores, agarrotamiento muscular, posición ligeramente encorvada y marcha torpe
sedación	normalmente disminuye con el tratamiento continuado
síndrome neuroléptico maligno	fiebre alta, confusión, agarrotamiento muscular y alto nivel de creatina cinasa sérica; puede ser mortal

aprecie mejoría. Debido a la alta tasa de recaída de los episodios psicóticos, debe plantearse una farmacoterapia prolongada, en muchas ocasiones durante toda la vida del paciente. Se considera que las fenotiacinas actúan evitando que la dopamina y la serotonina se unan a sus sitios receptores en determinadas regiones del cerebro. En la figura 17.2 se recoge este mecanismo.

Aunque revolucionaron el tratamiento de las enfermedades mentales graves, las fenotiacinas muestran numerosos efectos adversos que pueden limitar su uso. Estos efectos se enumeran en la tabla 17.2. Son frecuentes efectos anticolinérgicos, como sequedad de boca, hipotensión postural y retención urinaria. En un alto porcentaje de pacientes que toman fenotiacinas aparecen

Pr FÁRMACO PROTOTÍPICO | Clorpromacina | Fenotiacina

ACCIONES Y USOS

Clorpromacina proporciona el alivio sintomático de los síntomas positivos de la esquizofrenia y controla los síntomas maníacos en pacientes con trastornos esquizoafectivos. Muchos pacientes deben tomar clorpromacina durante 7 u 8 semanas antes de que experimenten mejoría. La agitación extrema puede tratarse con inyecciones IM o IV, que empiezan a actuar en pocos minutos. La clorpromacina también puede controlar las náuseas y vómitos graves

PRECAUCIONES DE ADMINISTRACIÓN

- No machaque o rompa las formas de liberación mantenida.
- Cuando se administre IM, adminístrelo en profundidad sólo en el cuadrante superior externo de los glúteos; el paciente permanecerá en posición supina durante 30 a 60 minutos tras la inyección y, a continuación, se levantará lentamente.
- El fármaco debe retirarse de forma gradual durante 2 o 3 semanas, y puede que aparezcan náuseas/vómitos, mareos, temblores o discinesia.
- Las formas IV deben utilizarse sólo durante la cirugía o en casos de hipo intenso.
- Categoría C para gestantes.

FARMACOCINÉTICA

Inicio de acción: 30-60 min
Pico de acción: 2-4 h VO; 15-20 min IV
Semivida: 6 h
Duración del efecto: 30 h

EFFECTOS ADVERSOS

El potente bloqueo de los receptores alfa-adrenérgicos y el débil bloqueo de los receptores colinérgicos explican algunos de los efectos adversos de clorpromacina. Los efectos secundarios más frecuentes son mareo, somnolencia e hipotensión ortostática.

Los efectos secundarios extrapiramidales (EPS) aparecen muchos más frecuentemente en ancianos, mujeres y pacientes pediátricos que presentan deshidratación. También puede aparecer síndrome neuroléptico maligno (SNM). Los pacientes en tratamiento con clorpromacina que se exponen a temperaturas altas deben estar controlados de forma estrecha ante la posibilidad de que aparezcan síntomas de NMS.

Contraindicaciones: no se recomienda su uso durante la abstinencia de alcohol o cuando el paciente esté en estado comatoso. Debe tenerse precaución con otras afecciones, como lesión encefálica subcortical, depresión de la médula ósea y síndrome de Reye. La clorpromacina está contraindicada durante la lactancia.

INTERACCIONES

Fármaco-fármaco: clorpromacina interacciona con varios fármacos. Por ejemplo, debe evitarse el uso concurrente con medicamentos sedantes, como fenobarbital. Si se toma clorpromacina con antidepresivos tricíclicos, puede que se eleve la presión arterial. El uso concurrente de clorpromacina con medicación antimicrobial puede disminuir el umbral de las crisis comiciales.

Pruebas de laboratorio: clorpromacina puede aumentar la floculación de cefalina y posiblemente otras pruebas de la función hepática. Pueden obtenerse resultados falsos positivos para la amilasa, ácido 5-hidroxiindolacético, porfobilinógenos, urobilinógeno y bilirrubina en orina. También pueden darse falsos positivos y falsos negativos en las pruebas de embarazo.

Herboristería/alimentos: kava e hipérico pueden aumentar el riesgo y la intensidad de la distonía.

Tratamiento de la sobredosis: no existe un tratamiento específico para la sobredosis; los pacientes se tratan sintomáticamente. Los EPS pueden tratarse con fármacos antiparkinsonianos, barbitúricos o difenhidramina. Evite inducir una depresión respiratoria con estos tratamientos.



Véase en la página web complementaria un proceso de enfermería específico de este fármaco.

trastornos en la eyaculación; el retraso para alcanzar el orgasmo (tanto en hombres como en mujeres) es una causa común de la falta de cumplimiento del tratamiento. Son frecuentes los trastornos menstruales. Cada fenotiacina tiene un espectro de efectos secundarios ligeramente diferente. Por ejemplo, perfenacina tiene una baja incidencia de efectos anticolinérgicos, mientras que mesoridacina presenta una incidencia alta de los mismos. Tioridacina causa frecuentemente sedación, mientras que este efecto adverso es menos frecuente en el caso de trifluoperacina.

A diferencia de otros muchos agentes cuya acción primaria es sobre el SNC (p. ej., anfetaminas, barbitúricos, ansiolíticos o alcohol), los antipsicóticos no causan dependencia física o psicológica. También tienen un amplio margen de seguridad entre las dosis terapéutica y letal; las muertes debidas a sobredosis de los fármacos antipsicóticos son poco frecuentes.

Los efectos extrapiramidales son un conjunto de reacciones adversas especialmente graves a los fármacos antipsicóticos. Los **efectos secundarios extrapiramidales (EPS)** incluyen distonía aguda, acatisia, parkinsonismo y discinesia tardía. Las **distonías** agudas aparecen de forma temprana durante el transcurso de la farmacoterapia e implican espasmos musculares intensos, especialmente en la espalda, cuello, lengua y cara. El EPS más frecuente, la **acatisia**, es la incapacidad para descansar o relajarse. El paciente deambula, tiene problemas para sentarse o permanecer sentado y dificultades para dormir. Los síntomas del **parkinsonismo** inducido por fenotiacina incluyen temblores, agarrotamiento muscular, posición ligeramente encorvada y una marcha torpe. El uso prolongado de fenotiacinas puede inducir **discinesia tardía**, que se caracteriza por movimientos inusuales de lengua y cara como relamerse los labios o movimientos vermiformes de la lengua. Si los efectos extrapiramidales se notifican inmediatamente y se retira el fármaco o se reduce la dosis, estos efectos secundarios pueden ser reversibles. Los síntomas extrapiramidales pueden hacerse permanentes con dosis elevadas administradas durante períodos prolongados de tiempo. El profesional de enfermería debe estar alerta a la hora de observar e informar de los EPS, ya que la prevención es el mejor tratamiento.

Con los fármacos antipsicóticos convencionales no siempre es posible controlar los síntomas discapacitantes de la esquizofrenia sin producir un cierto grado de efectos extrapiramidales. En estos pacientes, puede estar justificado el uso de farmacoterapia para tratar los síntomas EPS. La farmacoterapia concurrente con un fármaco anticolinérgico puede prevenir algunos de los signos extrapiramidales (capítulo 18 ∞). Puede administrarse benztropina por vía parenteral para el tratamiento de la distonía aguda. Normalmente debe evitarse el uso de levodopa debido a su capacidad para aumentar la función de la dopamina como antagonista de la acción de las fenotiacinas. A veces se administran bloqueantes beta-adrenérgicos y benzodiazepinas para reducir los signos de la acatisia.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

La función del profesional de enfermería en el tratamiento con fenotiacinas implica el control cuidadoso del estado del paciente y proporcionar educación relacionada con el tratamiento farmacológico prescrito. Dado que las fenotiacinas afectan a muchos grupos sistémicos y pueden interactuar con fármacos y con el alcohol, realice una anamnesis completa que incluya cualquier problema físico prolongado (p. ej., trastornos comiciales, enfermedad cardiovascular), uso de medicamentos, alergias e información del estilo de vida, como el consumo de alcohol, drogas ilegales, cafeína, tabaquismo o preparaciones de herbolario. Esta

información permite al médico realizar un tratamiento individualizado y minimizar la posibilidad de reacciones adversas.

Evalúe la función hepática y renal, problemas de visión y estado mental para proporcionar un punto de referencia del estado de salud del paciente. Las contraindicaciones al uso de fenotiacina y fármacos similares a esta incluyen depresión del SNC, depresión de la médula ósea, coma, síndrome de abstinencia del alcohol, lactancia, edad (bebés menores de 6 meses) y presencia de síndrome de Reye. Esta clase de fármacos debe usarse con precaución en pacientes con asma, enfisema, infecciones respiratorias, embarazadas (utilizar sólo cuando los beneficios superen a los riesgos) y personas ancianas o niños.

Controle los síntomas extrapiramidales en los pacientes. Entre los síntomas se incluyen morderse los labios, espasmos en los músculos de la cara, lengua o espalda; muecas faciales; movimientos oculares hacia arriba involuntarios; movimientos oculares; nerviosismo extremo; posición ligeramente encorvada; marcha torpe, y temblores en reposo. Informar inmediatamente al médico de los síntomas EPS, ya que estos síntomas pueden ser motivo para interrumpir el tratamiento con el fármaco.

Un efecto adverso raro que puede resultar mortal es el **síndrome neuroléptico maligno (SNM)**, una reacción tóxica a dosis terapéuticas de un fármaco antipsicótico. La aparición de SNM varía desde comienzo del tratamiento hasta después de varios meses de tratamiento. El paciente muestra una temperatura elevada, presión arterial inestable, sudoración profusa, disnea, agarrotamiento muscular e incontinencia. Observar estos síntomas e informar inmediatamente al médico. Este síndrome puede producir la muerte si no se reconoce y trata adecuadamente.

Además, evalúe la presencia de somnolencia y sedación en el paciente, que son ambos efectos secundarios frecuentes de este tipo de medicación debido a la depresión del SNC. Evalúe la seguridad del paciente y su capacidad funcional.

Consideraciones por edades. Si el paciente es un niño, evalúe la hiperexcitabilidad, deshidratación o gastroenteritis, así como la presencia de varicela o sarampión, ya que estas afecciones aumentan la posibilidad de EPS. Si es posible, no administre fenotiacinas a niños menores de 12 años. Si el paciente es un anciano, determine si puede estar indicada una dosis menor debido al metabolismo más lento en las personas mayores.

Educación del paciente. La educación del paciente y su familia es un aspecto especialmente importante en pacientes con una enfermedad mental. La educación del paciente en su relación con las fenotiacinas debe incluir los objetivos del tratamiento, las razones para obtener datos iniciales, como las constantes vitales y la existencia de trastornos subyacentes, y los posibles efectos secundarios del fármaco. Incluya los puntos siguientes cuando se eduque a los pacientes sobre el uso de fenotiacinas:

- Notificar inmediatamente los signos y síntomas de EPS o NMS.
- Registrar en un calendario que se ha tomado cada dosis diariamente.
- Tomar la medicación exactamente como se indica.
- No dejar de tomar los fármacos sin el consejo del médico que los prescribió.

FÁRMACOS DISTINTOS DE LAS FENOTIACINAS

Los medicamentos antipsicóticos distintos de las fenotiacinas tienen una eficacia similar a estas. Aunque la incidencia de sedación y de efectos secundarios anticolinérgicos es menor, puede que los efectos extrapiramidales sean más frecuentes, especialmente en pacientes ancianos.

TABLA 17.3 Fármacos antipsicóticos convencionales: distintos de las fenotiacinas

Fármaco	Vía de administración y dosis en el adulto (dosis máxima donde esté indicado)	Efectos adversos
clorprotixeno	VO; 75-150 mg/día (máx: 600 mg/día)	<i>Sedación, somnolencia transitoria, síntomas extrapiramidales, temblores, hipotensión ortostática</i>
Pr haloperidol	VO; 0,2-5 mg dos o tres veces al día	
molindona HCl	VO; 50-75 mg/día divididos en 3 a 4 dosis; puede aumentarse a 100 mg/día en 3-4 días (máx: 225 mg/día)	<u>Discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno, laringoespasmo, depresión respiratoria, hepatotoxicidad, insuficiencia renal aguda, muerte súbita</u>
pimocida	VO; 1-2 mg divididos en dosis; aumentar gradualmente cada 2 días a 7-16 mg/día (máx: 10 mg/día)	
succinato de loxapina	VO; empezar con 20 mg/día y aumentar rápidamente a 60-100 mg/día divididos en dosis (máx: 250 mg/día)	
tiotixeno	VO; 2 mg tres veces al día; puede aumentarse hasta 15 mg/día (máx: 60 mg/día)	

Las *cursivas* indican efectos adversos frecuentes; el subrayado indica efectos adversos graves.

17.5 Tratamiento de las psicosis con antipsicóticos distintos de las fenotiacinas convencionales

La clase de antipsicóticos distintos de las fenotiacinas convencionales incluye fármacos cuya estructura química difiere de las fenotiacinas (v. tabla 17.3). Introducidos poco después de las fe-

notiacinas, inicialmente se previó que estos fármacos distintos de ellas producirían menos efectos secundarios. Desafortunadamente, no parece que sea verdad. El espectro de efectos secundarios de los fármacos distintos de las fenotiacinas es idéntico al de las fenotiacinas, aunque el grado de que aparezca un efecto en particular depende del fármaco en concreto. En general, los fármacos distintos de las fenotiacinas producen menos sedación y efectos secundarios anticolinérgicos que

Pr FÁRMACO PROTOTÍPICO | Haloperidol | Distinto de las fenotiacinas

ACCIONES Y USOS

El haloperidol se clasifica químicamente como una butirofenona. Su uso principal es el tratamiento de los trastornos psicóticos agudos y crónicos. Puede usarse para tratar a pacientes con síndrome de Tourette y a niños con problemas graves de comportamiento, como agresividad no provocada e hiperexcitabilidad explosiva. Es aproximadamente 50 veces más potente que la clorpromacina, aunque tiene una eficacia similar para el alivio de los síntomas de la esquizofrenia. La preparación de haloperidol de acción prolongada tiene una duración de aproximadamente 3 semanas tras su administración IM o subcutánea. Esta es especialmente beneficiosa en pacientes que no colaboran o son incapaces de tomar medicación por vía oral.

PRECAUCIONES DE ADMINISTRACIÓN

- No interrumpa bruscamente o podrían aparecer reacciones adversas graves.
- El paciente debe tomar la medicación como se indica para que se obtengan resultados terapéuticos.
- Si el paciente no puede cumplir con el tratamiento oral, debe considerarse la administración de haloperidol inyectable de liberación prolongada.
- Categoría C para gestantes.

FARMACOCINÉTICA

Inicio de acción: 30-35 min

Pico de acción: 2-6 h VO; 10-20 min IV

Semivida: 12-37 h VO; 10-19 h IV; 17-25 h IM

Duración del efecto: variable

EFFECTOS ADVERSOS

Haloperidol produce menos sedación e hipotensión que clorpromacina, aunque se observa una elevada incidencia de EPS. Los pacientes ancianos tienen más probabilidades de experimentar efectos secundarios y, a menudo, se prescribe la mitad de la dosis del adulto hasta que puedan determinarse los efectos secundarios del tratamiento. Aunque el SNM es poco frecuente, puede aparecer.

Contraindicaciones: no se aconseja la farmacoterapia con fármacos distintos de las fenotiacinas si el paciente está recibiendo medicación para cualquiera de las siguientes afecciones: enfermedad de Parkinson, trastornos comiciales, alcoholismo y depresión mental grave.

INTERACCIONES

Fármaco-fármaco: haloperidol interacciona con numerosos fármacos. Por ejemplo, los fármacos siguientes disminuyen los efectos o la absorción de haloperidol: antiácidos que contienen aluminio y magnesio, levodopa (también aumenta la posibilidad de toxicidad por levodopa), litio (aumenta la posibilidad de toxicidad neurológica grave), fenobarbital, fenitoína (también aumenta la posibilidad de toxicidad por fenitoína), rifampicina y beta-bloqueantes (puede aumentar las concentraciones en sangre de haloperidol, lo que puede ocasionar toxicidad). Haloperidol inhibe la acción de los antihipertensivos que actúan a nivel central.

Pruebas de laboratorio: desconocidas.

Herboristería/alimentos: kava puede aumentar el efecto del haloperidol.

Tratamiento de la sobredosis: en general, los síntomas de sobredosis son una exageración de los efectos farmacológicos y de las reacciones adversas, pudiendo ser las más destacadas de estas las reacciones extrapiramidales graves, hipotensión o sedación. En caso de EPS, debe administrarse medicación frente al parkinsonismo. La hipotensión puede contrarrestarse con líquidos, plasma o albúmina concentrada IV o con fármacos vasopresores.



Véase en la página web complementaria un proceso de enfermería específico de este fármaco.

PROCESO DE ENFERMERÍA Pacientes en tratamiento con antipsicóticos convencionales

Valoración	Posibles diagnósticos de enfermería
Antes de la administración: ■ Obtenga una anamnesis completa (médica y farmacológica) que incluya alergias, antecedentes farmacológicos y posibles interacciones con otros fármacos. ■ Obtenga estudios clínicos iniciales (electrolitos, hemograma completo, BUN, creatinina, recuento de leucocitos, enzimas hepáticas y análisis de fármacos). ■ Evalúe las alucinaciones, nivel de conciencia y estado mental. ■ Evalúe los sistemas de ayuda al paciente.	■ Manejo ineficaz del régimen terapéutico, relacionado con la falta de cumplimiento del régimen de medicación, presencia de efectos adversos y necesidad de uso de medicación a largo plazo ■ Ansiedad, relacionada con los síntomas de psicosis ■ Riesgo de lesión, relacionado con los efectos secundarios de la medicación ■ Falta de cumplimiento, relacionado con el espacio de tiempo antes de que la medicación alcance niveles terapéuticos, deseo de consumir alcohol o drogas ilegales ■ Conocimiento deficiente, relacionado con la falta de familiaridad con la medicación y sus efectos
Planificación: objetivos del paciente y resultados esperados	
El paciente: ■ Notificará una reducción de los síntomas psicóticos, incluidos delirios, paranoia, comportamiento irracional y alucinaciones. ■ Demostrará que entiende la acción del fármaco mediante una descripción precisa de los efectos secundarios y las precauciones del fármaco. ■ Notificará inmediatamente los efectos secundarios o las reacciones adversas. ■ Seguirá el régimen de tratamiento recomendado.	
Aplicación	
Acciones y (razones)	Educación del paciente/planificación del alta
■ Controle la disminución de los síntomas psicóticos. (Si el paciente continúa mostrando síntomas de psicosis, puede ser porque el fármaco o la dosis no sean eficaces.)	Indique al paciente que debe: ■ Notificar el aumento o disminución de los síntomas de psicosis, incluidos alucinaciones, patrones de sueño alterados, rechazo social, delirios o paranoia. ■ Contactar con el médico si los síntomas no mejoran después de 6 semanas.
■ Controle los efectos secundarios. (Los problemas con los efectos secundarios puede dar lugar a una disminución del cumplimiento del tratamiento.)	Indique al paciente que debe: ■ Conocer los problemas de somnolencia, mareos, obnubilación, cefaleas, visión borrosa, exantema, sudoración, náuseas/vómitos, falta de apetito, diarrea, menstruación irregular, depresión y problemas de presión arterial. ■ Saber que puede aparecer impotencia, ginecomastia, amenorrea y enuresis.
■ Controle los efectos secundarios anticolinérgicos, como hipotensión ortostática, estreñimiento, anorexia, problemas gastrourinarios, cambios respiratorios y trastornos visuales. (Puede que sea necesario tratar estos efectos adversos para que el paciente pueda seguir con la medicación.)	Indique al paciente que debe: ■ Evitar cambios bruscos de posición. ■ Evitar beber o realizar actividades peligrosas hasta que se conozcan los efectos del fármaco. ■ Notificar los cambios en la visión. ■ Aumentar el contenido en fibra de la dieta, los líquidos y el ejercicio para prevenir el estreñimiento. ■ Aliviar los síntomas de sequedad de boca con caramelos o chicles sin azúcar y bebiendo agua con frecuencia. ■ Notificar inmediatamente al médico si experimenta retención de orina.
■ Controle el desarrollo de EPS y SNM. (La presencia de EPS puede ser una razón suficiente para que el paciente interrumpa el tratamiento con el fármaco antipsicótico. El SNM es potencialmente mortal y debe notificarse y tratarse inmediatamente.)	Indique al paciente y a su cuidador que deben: ■ Saber reconocer la discinesia tardía, la distonía, la acatisia y el seudoparkinsonismo. ■ Buscar tratamiento inmediatamente para una temperatura elevada, presión arterial inestable, sudoración profusa, disnea, agarrotamiento muscular o incontinencia.
■ Controle el consumo de alcohol o drogas ilegales. (Utilizados concurrentemente pueden causar un aumento del efecto depresor del SNC.)	■ Indique al paciente que debe evitar consumir alcohol o drogas ilegales. Envíe al paciente a grupos comunitarios de apoyo como alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos, si se considera apropiado.
■ Controle el consumo de cafeína. (El consumo de sustancias que contienen cafeína anula los efectos de los antipsicóticos.)	Indique al paciente o a su cuidador que deben: ■ Evitar los productos que normalmente contienen cafeína. ■ Buscar alternativas aceptables, como cafés y té descafeinados y refrescos de cola sin cafeína.
■ Controle los cambios cardiovasculares, incluidos hipotensión, taquicardia y variaciones en el ECG. (El haloperidol tiene menos efectos cardiotóxicos que otros antipsicóticos y puede ser el fármaco de preferencia de pacientes que presentan problemas CV.)	■ Indique al paciente que de recordar que los mareos y las caídas, especialmente con cambios bruscos de posición, pueden indicar cambios cardiovasculares. Mostrar las medidas de seguridad.

PROCESO DE ENFERMERÍA Pacientes en tratamiento con antipsicóticos convencionales (cont.)

Aplicación	
Acciones y (razones)	Educación del paciente/planificación del alta
■ Controle el tabaquismo. (Fumar en exceso puede disminuir el metabolismo de haloperidol, induciendo la disminución de la eficacia.)	■ Indique al paciente cómo puede dejar de fumar o disminuir el consumo de tabaco. Envíe al paciente a programas de deshabituación tabáquica, si está indicado.
■ Controle de forma estrecha a los pacientes ancianos. (Los pacientes ancianos pueden necesitar dosis menores y un aumento de la dosis más gradual. Las ancianas presentan un riesgo mayor de desarrollar discinesia tardía.)	■ Indique al cuidador que observe e informe inmediatamente de cualquier reacción inusual, como confusión, depresión y alucinaciones, y cualquier síntoma de discinesia tardía. ■ Indique a los pacientes ancianos o a sus cuidadores cómo contrarrestar los efectos anticolinérgicos de la medicación mientras se considera cualquier otro problema médico existente.
■ Controle las pruebas analíticas, incluso recuentos de eritrocitos y leucocitos, y concentraciones del fármaco. (El uso de determinados medicamentos puede inducir cambios en los recuentos sanguíneos. Otros medicamentos pueden producir toxicidad.)	■ Indique al paciente y a su cuidador que mantengan las citas para las pruebas de laboratorio.
■ Controle el uso de medicamentos. (Todos los antipsicóticos deben tomarse como se indica para lograr resultados terapéuticos.)	■ Indique al paciente y a su cuidador que se tome la medicación según la prescripción, incluso si siente que no le proporciona beneficios terapéuticos, ya que puede que sean necesarios varios meses para que se observen por completo dichos beneficios.
■ Controle las crisis comiciales. (Este fármaco puede reducir el umbral para las crisis comiciales.)	■ Indique al paciente y a su cuidador que pueden aparecer crisis comiciales y revise las precauciones de seguridad apropiadas.
■ Controle el entorno del paciente. (El fármaco puede hacer que el paciente perciba una decoloración pardusca de los objetos o fotofobia. También puede interferir con la capacidad para regular la temperatura corporal.)	Indique al paciente y a su cuidador que deben: ■ Llevar gafas oscuras para evitar las molestias de la fotofobia. ■ Evitar las temperaturas extremas. ■ Ser consciente de que puede tener la percepción de una decoloración pardusca, pero que esto no es peligroso.
Evaluación de criterios de resultados	
Evalúe la eficacia de la farmacoterapia confirmando que se han cumplido los objetivos del paciente y se han obtenido los resultados esperados (v. «Planificación»). ■ El paciente y su familia refieren una disminución de los síntomas de psicosis que incluyen desilusión, paranoia y comportamiento irracional. ■ El paciente muestra que entiende la acción del fármaco mediante una descripción precisa de sus efectos adversos y de las precauciones del fármaco. ■ El paciente notifica inmediatamente las reacciones adversas. ■ El paciente se adhiere al régimen de tratamiento recomendado.	

∞ Véanse en tablas 17.1 y 17.3 las listas de fármacos para los que estas acciones de enfermería están indicadas.

clorpromacina, aunque muestran una incidencia similar o incluso mayor de signos extrapiramidales. El tratamiento concurrente con otros depresores del SNC debe controlarse de forma estrecha, dados los posibles efectos aditivos.

Los fármacos distintos de las fenotiacinas tienen los mismos efectos terapéuticos y eficacia que las fenotiacinas. También se considera que actúan mediante el mismo mecanismo que estas, es decir, bloqueando los receptores postsinápticos D₂ de dopamina. Como clase, no ofrecen ventajas significativas sobre las fenotiacinas en el tratamiento de la esquizofrenia.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

La función del profesional de enfermería en el tratamiento con fármacos antipsicóticos distintos de las fenotiacinas convencionales implica el control cuidadoso del estado del paciente y proporcionar educación relacionada con el tratamiento farmacológico prescrito. Dado que los fármacos distintos de las fenotiacinas también pueden interactuar con muchos fármacos, evalúe los antecedentes farmacológicos del paciente incluyendo los medicamentos actuales y pasados, para establecer cualquier reacción alérgica o efecto adverso previo debido a esta medicación. Evalúe más cuidadosamente

a los pacientes ancianos que a los jóvenes debido a la aparición de reacciones adversas inusuales, como confusión, depresión y alucinaciones inducidas por el fármaco.

Realice una evaluación inicial completa, que incluya exploraciones físicas, estado mental (orientación, afecto, capacidad intelectual), constantes vitales, estudios de laboratorio hemograma completo, pruebas de función hepática y renal), enfermedades preexistentes (especialmente las que afecten a la función cardíaca, renal y hepática) y examen visual. Evalúe el sistema de apoyo disponible, ya que muchos pacientes psiquiátricos son incapaces de autogestionar su propio tratamiento farmacológico. Entre las contraindicaciones para esta clase de fármacos se incluyen la enfermedad de Parkinson, depresión del SNC, alcoholismo, trastornos comiciales y ser menor de 3 años.

Informe al paciente y a sus cuidadores de que la sedación es un efecto secundario menos grave que con las fenotiacinas, pero existe una incidencia mayor de EPS con los antipsicóticos distintos de las fenotiacinas. El SNM es un posible efecto adverso potencialmente mortal de los fármacos antipsicóticos.

Debido a los efectos adversos anticolinérgicos de estos fármacos, controle la aparición de sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento e hipotensión con resultado de taquicardia. El cumplimiento del tratamiento para esta clase de fármacos tiene

una importancia equivalente al de las fenotiacinas. Evalúe el consumo de alcohol y de drogas ilegales, lo que produce un aumento del efecto depresivo si se toman con fármacos antipsicóticos. Advierta al paciente de que es probable que cualquier forma de cafeína utilizada con estos fármacos aumente la ansiedad.

Consideraciones por edades. Cuando se evalúe a pacientes ancianos, compruebe la aparición de reacciones inusuales al haloperidol. Los ancianos necesitan dosis menores y un control más frecuente con un aumento gradual de la dosis. Se observa un aumento de la incidencia de discinesia tardía en mujeres mayores. No es seguro el uso de esta categoría de fármacos en niños menores de 2 años.

Educación del paciente. La educación del paciente para el consumo de antipsicóticos de tipo distinto de las fenotiacinas convencionales debería incluir los objetivos del tratamiento, las razones para obtener los datos iniciales y los posibles efectos secundarios del fármaco. Incluya los puntos siguientes cuando se eduque a los pacientes sobre el uso de fármacos distintos de las fenotiacinas:

- Notificar inmediatamente los signos y síntomas de EPS o NMS.
- Informar de síntomas continuos o en aumento de psicosis.
- Evitar el consumo de alcohol o drogas ilegales.
- Evitar bebidas y alimentos que contengan cafeína.
- Notificar cualquier mareo, pérdida de conciencia o caídas.
- Informar inmediatamente de cualquier actividad comicial.

FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Los fármacos antipsicóticos atípicos permiten tratar tanto los síntomas positivos como los negativos de la esquizofrenia. Se han convertido en los fármacos de elección para el tratamiento de la psicosis.

17.6 Tratamiento de las psicosis con antipsicóticos atípicos

La aprobación de clozapina, el primer antipsicótico atípico, marcó el primer avance importante en la farmacoterapia de la psicosis desde el descubrimiento de la clorpromacina décadas

antes. La clozapina y los demás fármacos de esta clase se denominan de segunda generación, o atípicos, porque tienen un espectro de acción más amplio que los antipsicóticos convencionales, controlando tanto los síntomas positivos como los negativos de la esquizofrenia (v. tabla 17.4). Además, en dosis terapéuticas muestran sus acciones antipsicóticas sin producir los efectos EPS de los agentes convencionales. Algunos fármacos, como la clozapina, son especialmente útiles en pacientes en los que se ha comprobado la falta de eficacia de otros fármacos.

El mecanismo de acción de los agentes atípicos es desconocido en su mayor parte, pero se piensa que actúan bloqueando varios tipos de receptores diferentes en el cerebro. Al igual que las fenotiacinas, los fármacos atípicos bloquean los receptores D₂ de dopamina. Sin embargo, los fármacos atípicos también bloquean receptores de serotorina (5-HT) y alfa-adrenérgicos, que se considera son responsables de algunas de sus propiedades. Puesto que los fármacos atípicos se unen sólo ligeramente a los receptores D₂, producen menos efectos secundarios extrapiramidales que los antipsicóticos convencionales.

Aunque con los antipsicóticos atípicos se observan menos efectos secundarios, estos siguen siendo significativos y debe realizarse un control estrecho de los pacientes. Aunque la mayoría de los antipsicóticos puede producir aumento de peso, los fármacos atípicos se asocian con la obesidad y sus factores de riesgo. Risperidona y algunos de los demás fármacos antipsicóticos aumentan las concentraciones de prolactina, lo que puede inducir trastornos menstruales, disminución de la libido y osteoporosis en las mujeres. En varones, las concentraciones altas de prolactina pueden causar falta de libido e impotencia. También preocupa que algunos fármacos atípicos alteren el metabolismo de la glucosa, lo que puede inducir diabetes de tipo 2.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

La función del profesional de enfermería en el tratamiento con antipsicóticos atípicos implica el control cuidadoso del estado del paciente y proporcionar educación relacionada con el tratamiento farmacológico prescrito. Realice una

TABLA 17.4 Fármacos antipsicóticos atípicos		
Fármaco	Vía de administración y dosis en el adulto (dosis máxima donde esté indicado)	Efectos adversos
aripiprazol	VO; 10-15 mg/día (máx: 30 mg/día)	<i>Taquicardia, fiebre pasajera, sedación, mareo, cefalea, aturdimiento, somnolencia, ansiedad, nerviosismo, hostilidad, insomnio, náuseas, vómitos, estreñimiento, parkinsonismo, acatisia</i>
ciprasidona	VO; 20 mg dos veces al día; (máx: 80 mg dos veces al día)	
 clozapina	VO; empezar con 25-50 mg/día y ajustar a una dosis objetivo de 350-450 mg/día en 3 días; puede aumentarse adicionalmente (máx: 900 mg/día)	<u>Agranulocitosis, síndrome neuroléptico maligno (raro)</u>
fumarato de quetiapina	VO; empezar con 25 mg dos veces al día; puede aumentarse hasta una dosis objetivo de 300-400 mg/día divididos en dosis	
olanzapina	Adulto: VO; empezar con 5-10 mg/día; puede aumentarse en 2,5-5 mg cada semana (intervalo de 10-15 mg/día; máx: 20 mg/día) Geriátrico: VO; empezar con 5 mg/día	
risperidona	VO; 1-6 mg dos veces al día; aumentar en 2 mg diarios hasta una dosis objetivo inicial de 6 mg/día	

Las cursivas indican efectos adversos frecuentes; el subrayado indica efectos adversos graves.



FÁRMACO PROTOTÍPICO

Clozapina

Antipsicótico atípico

ACCIONES Y USOS

Entre los efectos terapéuticos de la clozapina se incluye la mejoría de una serie de síntomas psicóticos, como delirios, paranoia y comportamiento irracional. Un 25% de los pacientes graves muestran una mejoría a las 6 semanas del inicio del tratamiento con clozapina y el 60% la muestra antes de los 6 meses. Clozapina actúa interfiriendo con la unión de dopamina a sus receptores en el sistema límbico. Clozapina también se une a sitios alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos y colinérgicos en todo el cerebro.

PRECAUCIONES DE ADMINISTRACIÓN

- Administre al paciente cada vez clozapina sólo para una semana, para asegurarse de que vuelve a realizarse los estudios analíticos semanales.
- La dosis debe aumentarse de forma gradual.
- Categoría B para gestantes.

FARMACOCINÉTICA

Inicio de acción: 2-4 semanas

Pico de acción: 2,5 h

Semivida: 8-12 h

Duración del efecto: variable

EFECTOS ADVERSOS

Como la administración de clozapina se asocia con crisis comiciales y agranulocitosis, se recomienda un ciclo de tratamiento con antipsicóticos convencionales antes del inicio del tratamiento con clozapina. Sus efectos secundarios más frecuentes son mareos, somnolencia, cefalea, estremecimiento, fiebre pasajera, salivación, síntomas catarrales y taquicardia. Al igual que ocurre con los agentes convencionales, los pacientes ancianos muestran una incidencia mayor de hipotensión ortostática y de efectos secundarios anticolinérgicos. Clozapina también puede causar depresión de la médula ósea, que ha resultado mortal en algunos casos.

Contraindicaciones: este fármaco no debe administrarse a pacientes con síndromes mieloproliferativos o en casos de depresión grave del SNC.

INTERACCIONES

Fármaco-fármaco: Clozapina interacciona con numerosos fármacos. Por ejemplo, no debe tomarse con alcohol, otros depresores del SNC u otros fármacos que suprimen la función de la médula ósea, como fármacos anticancerígenos.

El uso concurrente con antihipertensivos puede inducir hipotensión; las benzodiazepinas tomadas con clozapina pueden inducir hipotensión grave y riesgo de parada respiratoria. El uso concurrente de digoxina o warfarina puede causar un aumento de las concentraciones de estos fármacos, que podrían aumentar los problemas cardíacos o causar hemorragia, respectivamente. Si la fenitoína se toma conjuntamente con clozapina, disminuirá el umbral de crisis comiciales.

Pruebas de laboratorio: cuando se interrumpe el tratamiento con clozapina, debe controlarse semanalmente el recuento de leucocitos y el recuento absoluto de neutrófilos (RAN) durante al menos 4 semanas o hasta que el recuento de leucocitos sea $\leq 3.500/\text{mm}^3$ y el RAN sea $\leq 2.000/\text{mm}^3$.

Herboristería/alimentos: utilice con precaución los suplementos de herbolario, como kava, que pueden aumentar la depresión del SNC.

Tratamiento de la sobredosis: el carbono activado, que puede usarse con sorbitol, resulta tanto o más eficaz que el vómito o el lavado gástrico y debe considerarse para el tratamiento de la sobredosis. Establezca y mantenga una vía aérea, asegure una oxigenación y ventilación adecuadas.



Véase en la página web complementaria un proceso de enfermería específico de este fármaco.

anamnesis completa que incluya actividad comicial, estado cardiovascular, trastornos psicológicos y enfermedades neurológicas y hemáticas. Obtenga las pruebas de laboratorio iniciales, con hemograma completo, recuento de leucocitos con diferencial, electrolitos, BUN, creatinina y enzimas hepáticas. Siga realizando el recuento de leucocitos con diferencial semanalmente durante los primeros 6 meses, a continuación, cada 2 semanas durante los 6 meses siguientes y, posteriormente, cada 4 semanas hasta la interrupción del tratamiento, debido a que estos fármacos pueden producir agranulocitosis y leucopenia. Evalúe la presencia de alucinaciones, el estado mental, demencia y trastorno bipolar, inicialmente y a lo largo del tratamiento. Obtenga los antecedentes farmacológicos del paciente para determinar las posibles interacciones con otros fármacos y alergias.

Clozapina está contraindicada en casos de coma o depresión del SNC, epilepsia incontrolada, antecedentes de agranulocitosis inducida por clozapina y leucopenia (recuento de leucocitos < 3.500). Cuando se administren antipsicóticos atípicos a pacientes con trastornos y enfermedades cardiovasculares que predisponen al paciente a la hipotensión, controle de forma

estrecha la presión arterial ante casos de hipotensión grave. Controle de forma estrecha la aparición de efectos adversos en pacientes que están utilizando depresores del SNC, incluyendo el alcohol; aquellos con insuficiencia renal o hepática; aquellos que se expongan a temperaturas extremas; pacientes ancianos o jóvenes y los que presentan hipertrofia prostática, glaucoma o antecedentes de íleo paralítico.

Consideraciones por edades. Los antipsicóticos atípicos están contraindicados durante el embarazo y la lactancia, ya que pueden producir daño al feto en desarrollo o al bebé. Indique a las pacientes que se realicen una prueba de embarazo 6 semanas antes de iniciar el tratamiento (asegúrese de que la prueba es negativa), que utilicen un método anticonceptivo fiable durante el tratamiento y notifiquen a su médico si están planeando quedarse embarazadas.

Educación del paciente. La educación del paciente en lo que respecta a los fármacos antipsicóticos atípicos debería incluir los objetivos del tratamiento, las razones para obtener datos iniciales, como las constantes vitales y la existencia de trastornos subyacentes, y los posibles efectos secundarios del fármaco. Incluya asimismo los siguientes puntos cuando se edu-

PROCESO DE ENFERMERÍA Pacientes en tratamiento con antipsicóticos atípicos

Valoración	Posibles diagnósticos de enfermería
Antes de la administración: ■ Obtenga una anamnesis completa (médica y farmacológica) que incluya alergias, antecedentes farmacológicos y posibles interacciones con otros fármacos. ■ Obtenga estudios clínicos iniciales, especialmente recuentos de eritrocitos y leucocitos. ■ Evalúe la aparición de alucinaciones, estado mental y nivel de consciencia. ■ Evalúe los sistemas de ayuda al paciente.	■ Ansiedad, relacionada con los síntomas de psicosis, efectos secundarios de la medicación ■ Riesgo de lesión, relacionado con los efectos secundarios de la medicación, psicosis ■ Falta de cumplimiento del tratamiento, relacionado con la falta de entendimiento o conocimiento, deseo de consumir alcohol y productos que contienen cafeína
Planificación: objetivos del paciente y resultados esperados	
El paciente: ■ Seguirá el régimen de tratamiento recomendado. ■ Notificará una reducción de los síntomas psicóticos, incluidos delirios, paranoia, comportamiento irracional y alucinaciones. ■ Demostrará que entiende la acción del fármaco mediante una descripción precisa de los efectos adversos y las precauciones del fármaco.	
Aplicación	
Acciones y (razones)	Educación del paciente/planificación del alta
■ Haga un seguimiento de los recuentos de eritrocitos y leucocitos. (La agranulocitosis [leucocitos por debajo de 3.500] puede ser un efecto secundario potencialmente mortal de esta medicación, que también puede suprimir la médula ósea y disminuir la capacidad para luchar contra las infecciones.)	■ Advierta al paciente y a su cuidador de que deben mantener las citas con el laboratorio. ■ Indique al paciente que notifique inmediatamente cualquier dolor de garganta, signos de infección, fatiga sin causa aparente o hematoma.
■ Observe los efectos adversos. (Estos fármacos puede afectar a la presión sanguínea, al ritmo cardíaco y a otras funciones autónomas.)	■ Indique al paciente y a su cuidador que informen de los efectos adversos, como somnolencia, mareos, depresión, ansiedad, taquicardia, hipotensión, náuseas/vómitos, salivación excesiva, frecuencia o urgencia urinaria, incontinencia, aumento de peso, dolor o debilidad muscular, exantema y fiebre.
■ Controle los efectos secundarios anticolinérgicos. (Estos medicamentos pueden producir sequedad de boca, estreñimiento o retención de orina.)	Indique al paciente o a su cuidador que deben: ■ Aumentar el contenido en fibra de la dieta, los líquidos y el ejercicio para prevenir el estreñimiento. ■ Aliviar los síntomas de la sequedad de boca con caramelos duros o chicles sin azúcar y bebiendo agua con frecuencia. ■ Notificar inmediatamente al personal sanitario la aparición de retención urinaria. Puede que sea necesaria la colocación de un catéter.
■ Controle la disminución de los síntomas psicóticos. (La disminución de estos síntomas indica que la dosis y el tipo de medicación resultan eficaces.)	Indique al paciente o a su cuidador que deben: ■ Apremiar el aumento o disminución de los síntomas de psicosis, incluidos alucinaciones, patrones de sueño alterados, exclusión social, delirios o paranoia. ■ Contactar con el personal sanitario si los síntomas no disminuyen después de las 6 semanas de tratamiento.
■ Controle el consumo de alcohol o de drogas ilegales. (Si se toman concomitantemente, pueden agravar la depresión de SNC. El paciente puede decidir consumir alcohol o drogas ilegales como sistema para afrontar los síntomas de la psicosis por lo que puede que deje de tomar el fármaco.)	■ Indique al paciente que debe evitar el consumo de alcohol o drogas ilegales. Envíe al paciente a alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos u otro grupo de apoyo, si se considera apropiado.
■ Controle la toma de cafeína. (Las sustancias que contienen cafeína inhiben los efectos de los antipsicóticos.)	Advierta al paciente y a sus cuidadores sobre: ■ Los productos que normalmente contienen cafeína. ■ Alternativas aceptables, como café y té descafeinados y refrescos sin cafeína.
■ Controle el consumo de tabaco. (El tabaquismo puede disminuir las concentraciones en sangre del fármaco.)	■ Indique al paciente que debe dejar de fumar o reducir el número de cigarrillos. Envíe a programas de deshabituación tabáquica, si está indicado.
■ Controle de forma estrecha a los pacientes ancianos. (Los pacientes mayores pueden ser más sensibles a los efectos secundarios anticolinérgicos.)	■ Indique a los pacientes ancianos sobre las formas de contrarrestar los efectos anticolinérgicos de la medicación mientras se considera cualquier otro problema médico existente.
Evaluación de criterios de resultados	
Evalúe la eficacia de la farmacoterapia confirmando que se han cumplido los objetivos del paciente y se han obtenido los resultados esperados (v. «Planificación»). ■ El paciente cumple el régimen de tratamiento recomendado. ■ El paciente notifica una reducción de los síntomas de la psicosis, incluidos delirios, paranoia y comportamiento irracional. ■ El paciente demuestra que entiende la acción del fármaco mediante una descripción precisa de los efectos adversos y las precauciones del fármaco.	

∞ Véase en tabla 17.4 una lista de fármacos para los que estas acciones de enfermería están indicadas.

que a los pacientes y a sus familiares sobre la medicación antipsicótica atípica:

- Cambiar de posición lentamente para evitar mareos e hipotensión ortostática.
- Tomar el fármaco exactamente como se ha prescrito, no cambiar ninguna dosis o dejar de tomar la medicación sin la aprobación de su médico. Puede que sea necesario tomar la medicación durante un mínimo de 6 semanas antes de que se aprecien efectos terapéuticos.
- Mantener todas las citas programadas para las pruebas analíticas.
- Notificar a su médico si su comportamiento no mejora después de 6 semanas de tratamiento.
- Evitar el consumo de alcohol, drogas ilegales, café y tabaco.
- Notificar inmediatamente los efectos secundarios significativos, pero continuar tomando la medicación.
- Aumentar la ingestión de frutas, verduras y líquidos si se observa estreñimiento.

17.7 Tratamiento de las psicosis con estabilizadores del sistema dopaminérgico

Debido a los efectos secundarios causados por los medicamentos antipsicóticos convencionales y atípicos, se desarrolló una nueva clase de fármacos para cubrir mejor las necesidades de los pacientes con psicosis (Bailey, 2003). La nueva clase se denomina *estabilizadores del sistema dopaminérgico (ESD)* o agonistas parciales de dopamina. Aripiprazol recibió la aprobación de la FDA en noviembre de 2002 para el tratamiento de la esquizofrenia y de los trastornos esquizoafectivos. Puesto que aripiprazol controla tanto los síntomas positivos como los negativos de la esquizofrenia, aparece agrupado en la tabla 17.4 con los fármacos antipsicóticos atípicos.

Parece que los pacientes tratados con aripiprazol muestran menos EPS que aquellos tratados con haloperidol. Entre los efectos secundarios se incluyen cefalea, náuseas/vómitos, fiebre, estreñimiento y ansiedad.



REVISIÓN DEL CAPÍTULO

CONCEPTOS CLAVE

Los conceptos clave numerados proporcionan un breve resumen de los aspectos más importantes de cada uno de los apartados correspondientes dentro del capítulo. Si alguno de estos puntos no está claro, acuda al apartado con el mismo número dentro del capítulo para su revisión.

- 17.1** Las psicosis son enfermedades mentales y de comportamiento graves caracterizadas por una desorganización de la capacidad mental y la incapacidad para reconocer la realidad.
- 17.2** La esquizofrenia es un tipo de psicosis caracterizada por pensamientos y procesos de pensamiento anómalos, comunicación desordenada, rechazo a otras personas y al entorno y un riesgo elevado de suicidio.
- 17.3** El tratamiento farmacológico de las psicosis es difícil debido a que los efectos adversos de los fármacos pueden ser graves y los pacientes a menudo no entienden la necesidad de medicación.
- 17.4** Las fenotiacinas se han utilizado de forma eficaz para el tratamiento de las psicosis durante más de 50 años; sin embargo, tienen una alta incidencia de efectos secundarios. Los efectos secundarios extrapiramidales (EPS) y el síndrome neuroléptico maligno (SNM) son dos de las afecciones especialmente graves.
- 17.5** Los antipsicóticos distintos de las fenotiacinas convencionales tienen las mismas aplicaciones terapéuticas y efectos secundarios que las fenotiacinas.
- 17.6** A menudo se prefiere utilizar antipsicóticos atípicos porque actúan sobre los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y producen menos efectos secundarios dramáticos.
- 17.7** Los estabilizadores del sistema dopaminérgico son la clase de antipsicóticos más nueva. Se espera que esta nueva clase tenga la misma eficacia que las otras clases de antipsicóticos con menos efectos secundarios graves.

PREGUNTAS DE REVISIÓN DEL NCLEX-RN®

- 1** El paciente manifiesta que no ha tomado su fármaco antipsicótico durante las 2 últimas semanas porque le produce disfunción sexual. El nombre *antipsicótico* explica que es importante seguir la medicación según se ha prescrito porque:
 1. Puede aparecer una crisis hipertensiva con una retirada brusca.
 2. Pueden aparecer espasmos musculares.
 3. Aparecerán síntomas similares al Parkinson.
 4. Es probable que vuelvan los síntomas de la psicosis.
- 2** Antes del alta, el profesional de enfermería comentará con el paciente y sus cuidadores los efectos secundarios de las fenotiacinas. ¿Cuáles de los siguientes aspectos deben incluirse?
 1. El paciente puede experimentar síndrome de abstinencia y disminución de la actividad.
 2. Pueden aparecer espasmos musculares intensos al inicio del tratamiento.
 3. Es probable que aparezca discinesia tardía al inicio del tratamiento.
 4. Los medicamentos deben tomarse según la prescripción para prevenir los efectos secundarios.

3 El paciente experimenta EPS durante el tratamiento con fenotiacinas. ¿Cuál de los siguientes fármacos prevé el profesional de enfermería que se prescribirá?

1. Benztropina
2. Diacepam
3. Haloperidol
4. Loracepam

4 ¿Cuál de las siguientes se incluyen entre las implicaciones para la enfermería de la administración de haloperidol a un paciente que muestra un comportamiento psicótico? (Seleccione todas las correctas.)

1. Tomar antiácidos 1 hora antes o 2 horas después.
2. La incidencia de EPS es mayor.
3. Es terapéutico si se prescribe como un tratamiento a demanda.
4. Haloperidol está contraindicado en la enfermedad de Parkinson, trastornos comiciales, alcoholismo y depresión mental grave.
5. Machacar la forma de liberación mantenida para poder tragarlo más fácilmente.

5 ¿Cuál de los siguientes datos recogidos por el profesional de enfermería durante la realización de la historia y la exploración física es una contraindicación para que el paciente reciba flufenacina?

1. Diabetes mellitus
2. Edad superior a 70 años
3. Depresión de la médula ósea
4. Hipertensión

PREGUNTAS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Varón de 22 años que ha estado tomando haloperidol durante 2 semanas para el tratamiento de la esquizofrenia. Durante una evaluación de seguimiento, el profesional de enfermería aprecia que el paciente se frota constantemente el cuello y se queja de espasmos en esta zona. ¿Cuál debe ser la primera acción del profesional de enfermería? ¿Cuál es la posible causa de las escotaduras del cuello y cuál podría ser el tratamiento posible? ¿Qué tipo de consejos son apropiados para el paciente?
2. Paciente de 68 años que está tomando olanzapina para el tratamiento de la psicosis aguda. ¿Cuál es la prioridad de la atención para este paciente? ¿Qué tipo de consejos son importantes para el paciente?

3. Paciente de 20 años recién diagnosticado de esquizofrenia que ha estado tomando clorpromazina y responde bien al tratamiento. Hoy el profesional de enfermería aprecia que el paciente está más ansioso y demuestra aumento de paranoia. ¿Cuál debe ser la primera acción del profesional de enfermería? ¿Cuál es el posible problema? ¿Qué es importante que se comente al paciente?

Véanse en el apéndice D las respuestas y razones de todas las actividades.

EXPLORE MediaLink



www.prenhall.com/adams



La revisión, los casos clínicos y otros recursos interactivos de NCLEX-RN® se encuentran en la página web complementaria www.prenhall.com/adams. Haga clic en «Capítulo 17» para seleccionar las actividades de este capítulo. En el DVD-ROM Prentice Hall Nursing MediaLink adjunto al libro se puede acceder a animaciones, preguntas NCLEX-RN® de revisión adicionales y un glosario de audio.



PRENTICE HALL NURSING MEDIALINK DVD-ROM

- **Animation**
Mechanism in Action: Extrapyramidal Side Effects
- **Audio Glossary**
- **NCLEX-RN® Review**



COMPANION WEBSITE

- **NCLEX-RN® Review**
- **Dosage Calculations**
- **Case Study:** Client taking antipsychotics
- **Care Plan:** Client with schizophrenia taking chlorpromazine