



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACÉUTICAS  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍA FARMACÉUTICAS

CARACTERIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA Y EVENTOS ADVERSOS  
DE PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE QUÍMICA FARMACÉUTICA

PAULETTE AMOR BECERRA DURÁN

PROF. INÉS RUIZ ÁLVAREZ  
PATROCINANTE

Q.F. ARIEL CASTRO LARA  
DIRECTOR  
HOSPITAL CLÍNICO DE LA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

2012

*A las mujeres de mi vida,  
mi abuela, mi madre y mi hija.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Antes que a todos, quiero agradecer a mi madre, quien me lo ha dado todo en la vida, principalmente su amor. Gracias a su perseverancia y empuje, he podido llegar al fin de este ciclo.

A mi hija, Antonita, quien llegó a mi vida para iluminarla y ser mi faro en la oscuridad. De ella aprendo cada día.

A toda mi familia le agradezco su compañía y comprensión. A mi papá Rubén, mis hermanos, Amanda y Felipe, mi Nona, mis tías y mis primos.

A mis compañeros de carrera, incluso aquellos para quienes su camino terminó en ámbitos distintos al farmacéutico, quienes se han convertido no sólo en mis grandes amigos, sino en mis hermanos del alma: Consu, Pauli, Dani, Ceci, Lile, Jota, Corde, Claudio y Gabita. Gracias por las horas en vela, las risas, tantas risas, cariños y palabras.

A mi querida Universidad de Chile, la cual me ha enseñado tanto y todavía tiene tanto más por entregarme. Espero poder retribuirle algún día.

A mi querido profesor Ariel Castro, quien gracias a su infinita paciencia y apoyo me ha guiado en los últimos pasos de esta etapa.

Gracias también a quienes dirigen la Clínica Psiquiátrica Universitaria y generan estas oportunidades de integración multiprofesional, en especial a la Dra. Graciela Rojas. Gracias a quienes me acompañaron en este período y me permitieron ampliar mi visión sobre la práctica clínica, los becados de psiquiatría de la clínica, en especial a Sinclar, Daniel y Sergio, a quienes considero mis amigos.

Agradezco a la vida por darme la oportunidad de ser profesional y a todos quienes me han acompañado en este camino.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

Agradecimientos.....	iii
Tabla de contenidos .....	iv
Índice de figuras y tablas.....	vi
Resumen .....	viii
Abstract .....	x
Introducción.....	1
Objetivos .....	5
Objetivo general .....	5
Objetivos específicos .....	5
Metodología.....	6
Diseño de la investigación.....	6
Selección de pacientes .....	7
Almacenamiento y análisis de datos.....	10
Resultados .....	11
Reclutamiento de pacientes .....	11
Caracterización sociodemográfica .....	12
Caracterización mórbida .....	14
Diagnósticos de egreso.....	15

Caracterización farmacoterapéutica.....	17
Eventos adversos.....	20
Discusión.....	21
Conclusiones.....	27
Referencias .....	28
Anexos .....	33

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Secuencia de realización del estudio .....	6
Figura 2: Selección de pacientes .....	11
Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes (n=48) .....	12
Tabla 2. Antecedentes psiquiátricos previos de los pacientes (n=48) .....	14
Tabla 3. Diagnósticos eje I (trastornos mentales excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental; n=48). .....	15
Figura 3. Diagnósticos en el eje I (en hombres=22; en mujeres=51; en total=73) .....	16
Figura 4. Trastornos del ánimo (en hombres=11; en mujeres=26; en total=37) .....	16
Figura 5. Cantidad de psicofármacos prescritos por cada paciente (n=48) .....	17
Tabla 4. Psicofármacos indicados al alta (n=143).....	18
Tabla 5. Porcentaje de pacientes con usos y combinaciones de psicofármacos más frecuentes (n=48) .....	19
Figura 6. Otros medicamentos indicados al alta (n=67) .....	19
Figura 7. Eventos adversos señalados y su frecuencia, en los 48 pacientes .....	20
Anexos .....	33
Anexo 1: Encuesta de recolección de datos .....	33
Anexo 2. Egresos hospitalarios en la región Metropolitana en el 2009 según subgrupos de trastornos mentales y del comportamiento, por sexo .....	41

Anexo 3. Egresos hospitalarios en la región Metropolitana en el 2009 según subgrupos de trastornos mentales y del comportamiento, por edad .....	42
Anexo 4. Días de estada en egresos hospitalarios en la región Metropolitana en el 2009 según subgrupos de trastornos mentales y del comportamiento, por sexo .....	42
Anexo 5. Previsión en egresos hospitalarios en la región Metropolitana en el 2009 a causa de trastornos mentales y del comportamiento, por sexo .....	42

## **RESUMEN**

**Introducción:** Chile es un país en desarrollo cuya población está envejeciendo, por lo que ha habido un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como los trastornos psiquiátricos. Diversos estudios han analizado la utilización de psicofármacos, sin embargo no es fácil definir lo que es una prescripción adecuada o un uso racional de éstos, ya que cada paciente tiene características particulares que implican indicarle un tratamiento personalizado. **Objetivos:** Caracterizar a los pacientes que egresan de una hospitalización en una clínica psiquiátrica y su tratamiento farmacológico. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo prospectivo descriptivo con los pacientes que egresaron de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (CPU) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, entre el 30 de agosto de 2011 y el 10 de enero de 2012. Se recolectaron y analizaron datos sociodemográficos, antecedentes mórbidos y farmacoterapéuticos obtenidos a partir de la ficha clínica de los pacientes. Además, previamente al alta se entrevistó a los pacientes para identificar eventos adversos. **Resultados:** Se incluyeron 48 pacientes de los cuales casi un 64,6% eran mujeres, con una edad promedio de  $34,8 \pm 13,5$  años. El tiempo de estada fue en promedio  $28,7 \pm 17,6$  días. Un 95,8% presentaba algún trastorno psiquiátrico definido y en un 32,2% de los casos existía comorbilidad psiquiátrica. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos del estado del ánimo (50,7%), siguiendo los trastornos relacionados con sustancias (como alcohol y drogas de abuso) (13,7%) y luego la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (8,2%). Los pacientes recibieron un total de 143 psicofármacos (68,1% de todos los medicamentos), el promedio indicado fue de  $3,0 \pm 0,9$  psicofármacos (rango entre 1 y 5), siendo prescritos al menos 2 para un 95,8% de la muestra. Para todos los trastornos mentales, los medicamentos más indicados fueron antipsicóticos atípicos y estabilizadores del ánimo, excepto en los trastornos disociativos. Un 72,9% de los pacientes dijo presentar algún evento adverso, principalmente constipación (29,2%) y somnolencia (27,1%). **Conclusiones:** Se estudiaron 48 pacientes entre los cuales un 95,8% tenía algún trastorno psiquiátrico, presentando comorbilidad psiquiátrica en un 31,2% de los casos. La mayoría de los pacientes eran mujeres (64,6%) y el promedio de edad fue de  $34,8 \pm 13,5$  años. El 41,7% de ellos era casado y tenían en promedio  $1,3 \pm 1,7$  hijos. Los principales

diagnósticos de egreso fueron trastornos del estado del ánimo. Los trastornos bipolares fueron más frecuentes que los depresivos, en ambos sexos. La mayor proporción de medicamentos indicados fueron psicofármacos, con un promedio de  $3,0 \pm 0,9$  psicofármacos por paciente. El 95,8% de la muestra tenía polifarmacia de psicofármacos (2 o más), siendo lo más frecuentes los antipsicóticos atípicos. Los principales síntomas mencionados por los pacientes fueron constipación y somnolencia, siendo en ambos casos más frecuentes en mujeres que en hombres. Considerando que los pacientes con trastornos psiquiátricos presentan una alta frecuencia de polifarmacia y de eventos adversos, es necesario tomar medidas de farmacovigilancia para detectar problemas relacionados con medicamentos y evitar reacciones adversas serias.

## **ABSTRACT**

### **Pharmacotherapeutic characterization and adverse events of patients with psychiatric disorders**

**Introduction:** Chile is a developing country which population is aging and so there has been an increase in chronic noncommunicable diseases, such as the psychiatric disorders. Several studies have analyzed the utilization of psychotropic drugs, nevertheless since every patient has particular characteristics that involve prescribing a personalized treatment, it is not easy to define what is an appropriate prescription or a rational use of these. **Aims:** To characterize inpatients who are discharged from a psychiatric clinic and their pharmacological treatment. **Methodology:** A prospective descriptive study was performed with inpatients discharged from the University Psychiatric Clinic (CPU) of the Clinical Hospital of the University of Chile, between August 30<sup>th</sup> and January 10<sup>th</sup>. Demographic, morbid and pharmacotherapeutic data were collected and analyzed. The information was obtained mainly from the clinical records of patients, although patients were also interviewed previously to discharge to identify adverse events. **Results:** Forty eight patients were included, 64,6% were women, with an average age of  $34.8 \pm 13.5$  years. The time of stay was on averaged  $28.7 \pm 17.6$  days. Nearly 96% had a definite psychiatric disorder and 32.2% of cases had psychiatric comorbidity. The most common diagnoses were mood disorders (50.7%), followed substance-related disorders (13.7%) and then schizophrenia and other psychotic disorders (8.2%). Of a total of 143 psychoactive drugs indicated (68.1% of total drug) the average was  $3.0 \pm 0.9$  per patient (range between 1 and 5), being prescribed at least 2 to 95.8% of the sample. For all disorders, the most indicated drugs were atypical antipsychotics and mood stabilizers, except in dissociative disorders. A 72.9% reported any adverse event, mainly constipation (29.2%) and somnolence (27.1%). **Conclusions:** We studied 48 patients among which 95.8% had some psychiatric disorder presenting psychiatric comorbidity in 31.2% of cases. Most patients were women (64.6%) and average age was  $34.8 \pm 13.5$  years. 41.7% of them were married and had an average of  $1.3 \pm 1.7$  children. The main discharge diagnoses were mood disorders. Bipolar disorders were more common than depression in both sexes.

The largest proportion of medications given were psychotropics, with an average of  $3.0 \pm 0.9$  psychotropics per patient. 95.8% of the sample had polypharmacy of psychotropic drugs (2 or more) being the most frequently used atypical antipsychotics. The main symptoms reported by patients were constipation and drowsiness, both being more frequent in women than in men. Considering that patients with psychiatric disorders have a high frequency of polypharmacy and adverse events, pharmacovigilance is needed to detect drug-related problems and avoid serious adverse reactions.

## **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos mentales y conductuales se presentan en un 10% de la población mundial y se estima que en 1990 fueron responsables del 10,5% del total de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos, del 12,3% en el 2000 del y se proyecta que en 2020 alcanzarán el 15% <sup>[1]</sup>. A pesar de que para el 2030 se proyecta una disminución global de los AVAD, se espera que la depresión llegue a ser la primera causa de éstos. <sup>[2]</sup>

Chile es un país en desarrollo, cuya población está envejeciendo y, con ello, el perfil de enfermedades se ha ido modificando, observándose un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles <sup>[3]</sup>, entre las cuales se encuentran la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cerebrovasculares, cánceres y trastornos psiquiátricos como depresión y esquizofrenia, entre otras.

En nuestro país los trastornos mentales tienen una prevalencia del 36% a lo largo de la vida, siendo los más frecuentes la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia al alcohol (8,0%) <sup>[4]</sup>. A raíz de esto se han implementado dos planes de salud mental y psiquiatría, en 1993 y 2000, los cuales han pretendido priorizar acciones preventivas y de intervención temprana, con propuestas de participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales <sup>[5]</sup>. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría considera los últimos avances científicos y el mejor provecho de los recursos, teniendo en cuenta criterios de costo-eficacia <sup>[5]</sup>. Posteriormente entre los años 2005-2007, se incorporaron la esquizofrenia, depresión y dependencia a alcohol y drogas al Régimen de Garantías Explícitas en Salud GES-Ex AUGE <sup>[6]</sup>.

El manejo de los trastornos mentales se basa en dos grandes pilares, la psicoterapia y la farmacoterapia. En ambos casos, la adherencia al tratamiento es fundamental para lograr los objetivos sanitarios propuestos. En éste grupo de pacientes, que sufren problemas de salud persistentes como son los trastornos mentales, existen mayores dificultades para conseguir una buena adherencia terapéutica, ya que son terapias a largo plazo que se orientan a evitar la recurrencia de

síntomas <sup>[7]</sup>. Además, a pesar de que el desarrollo de nuevos medicamentos para tratar trastornos psiquiátricos ha generado distintas alternativas de tratamiento, los efectos adversos que éstos producen a menudo llevan a no cumplir con la farmacoterapia, lo cual dificulta el logro del efecto terapéutico <sup>[8]</sup>. Una pobre adherencia al tratamiento disminuye el óptimo beneficio que puede entregar al paciente, lo cual se traduce en un riesgo para su salud, en un desgaste continuo por buscar la terapia que de resultados óptimos, y en un mayor gasto en recursos (para manejar estados no controlados por un mal tratamiento, para investigar sobre nuevas alternativas, etc.), entre otros <sup>[9]</sup>.

Un psicofármaco al igual que otros grupos de medicamentos pueden producir efectos adversos, tales como síntomas calificados sólo como molestos y otros que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes, teniendo por lo general un impacto negativo en la adherencia al tratamiento.

Algunos de los efectos adversos más comunes de los estabilizadores del ánimo son el aumento de peso y la sedación <sup>[10]</sup>; en el caso de las benzodiazepinas, la somnolencia y la sedación también son frecuentes <sup>[11-12]</sup>. Por su parte los antidepresivos pueden producir cefalea, sedación, insomnio, constipación y aumento de peso <sup>[13]</sup>; y los antipsicóticos pueden producir sedación, síntomas extrapiramidales, aumento de peso, diabetes mellitus y síndrome metabólico <sup>[14]</sup>.

Otro factor que puede influir en una baja adherencia es el tratamiento con 2 o más psicofármacos (polifarmacia) simultáneos. <sup>[15]</sup> Aún cuando la polifarmacia de psicofármacos no se recomienda <sup>[15-16]</sup>, en ocasiones puede ser necesaria, por ejemplo para inducir el sueño, cuando los niveles de agitación son un peligro para los pacientes y/o para terceros, cuando hay resistencia al tratamiento y se utilizan estrategias de potenciación <sup>[17]</sup>, cuando existen diferentes diagnósticos y por lo tanto se necesitan diversos tratamientos, o cuando la severidad de la enfermedad es muy alta <sup>[18]</sup>.

Otras de las consecuencias de la polifarmacia son el aumento del riesgo de interacciones medicamentosas crea un régimen más complicado para el paciente (lo cual potencialmente podría causar problemas en el cumplimiento), confunde los

efectos de un fármaco con otro, crea la necesidad de utilizar más medicamentos para combatir los efectos adversos y finalmente, aumenta los costos del tratamiento <sup>[15]</sup>.

Se han realizado diversos estudios de la utilización de psicofármacos <sup>[17-20]</sup> y de antipsicóticos en general <sup>[21-23]</sup>, sin embargo no es fácil definir lo que es una prescripción adecuada o un uso racional de estos medicamentos, debido a que intervienen factores farmacológicos, clínicos, sociales y económicos <sup>[19]</sup>, haciendo que cada paciente tenga características particulares que implican indicarle un tratamiento personalizado.

En Chile se han realizado estudios de utilización de psicofármacos como benzodiazepinas, antidepresivos y antipsicóticos <sup>[23-27]</sup>. Dos estudios realizados acerca del uso de benzodiazepinas, uno en población general, en personas entre 16 y 64 años y otro en consultantes a centros de atención primaria reportaron una prevalencia de uso de 3,84% <sup>[25]</sup> y un 82,1% correspondía a benzodiazepinas de los sujetos que utilizaban psicofármacos <sup>[26]</sup> respectivamente. Otro estudio realizado en el país y publicado en 1996 determinó que la disponibilidad de las benzodiazepinas por venta sin prescripción –situación no permitida actualmente en el país- no era un factor de riesgo para el abuso o dependencia a éstos <sup>[24]</sup>. En cuanto al uso de antidepresivos se observó un aumento del 470% entre los años 1992 y 2004, siendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) los más utilizados <sup>[27]</sup>. En el año 2005, un estudio de utilización de antipsicóticos realizado en una clínica psiquiátrica universitaria señaló que los antipsicóticos atípicos se empleaban más frecuentemente que los antipsicóticos clásicos, siendo los más habituales en orden descendente: risperidona, quetiapina y olanzapina <sup>[23]</sup>.

Tomando en cuenta todos los antecedentes anteriormente señalados, así como también la alta frecuencia de trastornos mentales en nuestro país, la importancia de la adherencia al tratamiento con psicofármacos para el éxito de la terapia y la falta de estudios de utilización de psicofármacos en general, en pacientes hospitalizados, se realizó un estudio que tuvo entre sus objetivos caracterizar tanto mórbidamente como farmacológicamente a los pacientes psiquiátricos y además determinar eventos adversos asociados al tratamiento. El presente estudio caracterizó los tratamientos con

medicamentos indicados al alta de hospitalizaciones en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile.

Se espera que este trabajo entregue antecedentes que puedan aportar para la realización de un programa para el mejoramiento de la adherencia en pacientes en tratamiento con psicofármacos al egreso de una hospitalización por causa de un trastorno mental.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Caracterizar a los pacientes que egresan de una hospitalización de una clínica psiquiátrica y su tratamiento farmacológico.

### **Objetivos específicos**

1. Describir demográficamente a los pacientes con trastornos psiquiátricos.
2. Describir la morbilidad psiquiátrica de los pacientes con trastornos psiquiátricos.
3. Caracterizar el uso de medicamentos en los pacientes estudiados.
4. Describir los eventos adversos que podrían estar asociados al uso de psicofármacos.

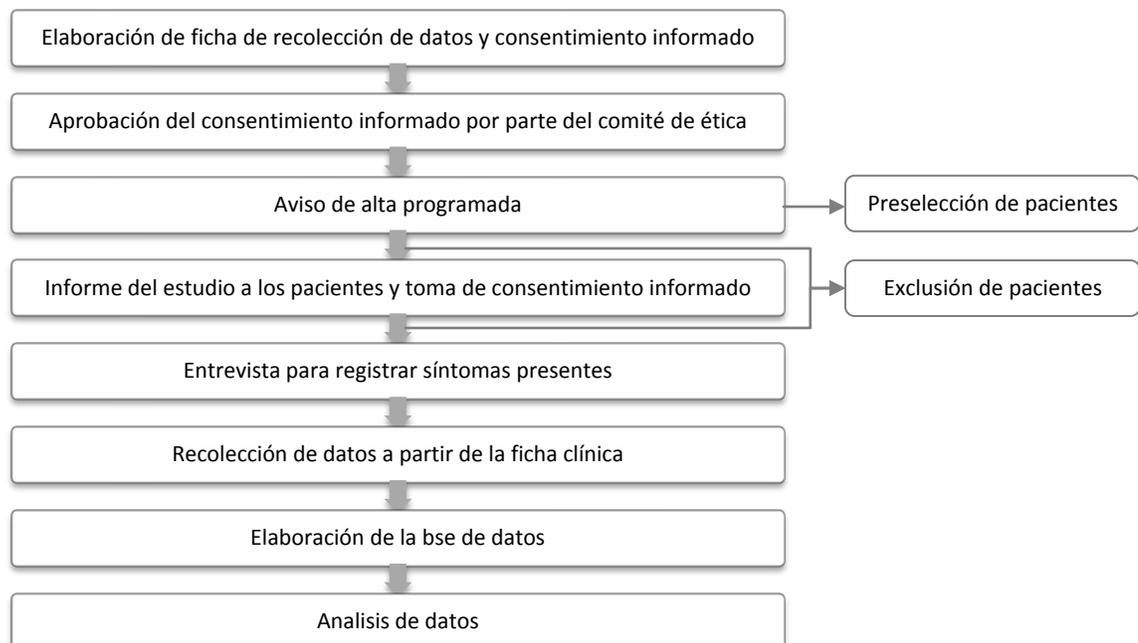
## METODOLOGÍA

### Diseño de la investigación

Se realizó un estudio de tipo prospectivo descriptivo con los pacientes que egresaron de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (CPU) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, entre el 30 de agosto de 2011 y el 10 de enero de 2012.

La primera fase consistió en la elaboración de una ficha de recolección de datos y un consentimiento informado, el cual fue aprobado por el comité de ética correspondiente. Durante la fase de ejecución del estudio los pacientes eran preseleccionados a medida que su alta era programada e informada (criterios de inclusión) y su participación se determinaba según los criterios de exclusión. Una vez que los pacientes aceptaban participar y firmaban el consentimiento informado, se les entrevistaba para saber si presentaban eventos adversos y cuáles eran; posteriormente se recolectaban los otros datos de interés a partir de la ficha clínica. Finalmente la información se organizó en una base de datos y se analizó. En la figura 1 se puede observar la secuencia de realización del estudio.

**Figura 1: Secuencia de realización del estudio**



## **Selección de pacientes**

### **Criterios de inclusión**

- ✓ Pacientes hospitalizados que fueron dados de alta dentro del período del estudio de la Clínica Psiquiátrica Universitaria del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.
- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ Pacientes de cualquier edad.

### **Criterios de exclusión**

- ✓ Pacientes sin deterioro cognitivo que no se hayan podido entrevistar antes de su egreso.
- ✓ Pacientes con deterioro cognitivo cuyo familiar responsable y/o cuidador hayan rechazado participar.
- ✓ Pacientes menores de 18 años cuyo familiar responsable no haya aceptado participar o haya rechazado la participación del paciente.
- ✓ Pacientes menores de edad o con deterioro cognitivo cuyos familiares o cuidadores no fueran posible de entrevistar al alta.
- ✓ Pacientes que su destino al alta hayan sido otras instituciones como casas de reposo, hospitales, comunidades terapéuticas, etc.
- ✓ Pacientes con problemas de dependencia o abuso de medicamentos.
- ✓ Pacientes que hayan egresado por alta administrativa.
- ✓ Cualquier condición o situación que a opinión del investigador afecte la calidad de los datos.

## **Protocolo de trabajo**

### **Recopilación de datos**

A medida que se programaba el alta de los pacientes, luego de verificar que cumplieran con los criterios de ingreso al estudio, éstos iban siendo entrevistados. La entrevista consistía, en primera instancia, en informar a los pacientes sobre el estudio e invitarlos a participar, luego de lo cual, si ellos aceptaban, se les solicitaba un consentimiento informado.

Posteriormente se les entrevistaba sobre sus síntomas actuales y finalmente los datos sobre la farmacoterapia y los antecedentes demográficos y mórbidos se obtenían a partir de la ficha clínica.

Entre los medicamentos no se consideraron aquellos que fueran indicados como ayuda en caso de insomnio o agitación u otras situaciones, ni tampoco los que no implicaran una participación activa de los pacientes en el cumplimiento del tratamiento, como son los medicamentos inyectables de depósito.

### **Ficha de recolección de datos**

Los datos se recolectaron directamente en una ficha (anexo 1) diseñada especialmente para este estudio, la cual incluía:

1. Antecedentes sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, n° de hijos, nivel de educación, situación laboral, ocupación, previsión).
2. Antecedentes mórbidos (antecedentes psiquiátricos y médicos previos, antecedentes psiquiátricos y médicos de familiares, uso de tabaco, embarazo, alergias, hospitalizaciones y cirugías previas, motivo de ingreso a la hospitalización, diagnóstico de egreso).
3. Registro de síntomas.
4. Farmacoterapia indicada para el alta.

Luego de haber obtenido toda la información necesaria, se procedió a consignar los diagnósticos de egreso según lo propuesto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión IV (DSM-IV) <sup>[28]</sup>. Este sistema de clasificación consiste en 5 ejes que permiten organizar y comunicar la información clínica, además de captar la complejidad de las situaciones clínicas y de describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. <sup>[28]</sup> Estos ejes son:

- ✓ Eje I: se describen todos los trastornos mentales incluidos en la clasificación, exceptuando los trastornos de la personalidad y el retraso mental.
- ✓ Eje II: se anotan trastornos de la personalidad y retraso mental
- ✓ Eje III: se describen las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o manejo del trastorno mental.
- ✓ Eje IV: se anotan los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, tratamiento o pronóstico de los trastornos mentales (Ejes I y II).
- ✓ Eje V: evaluación de la actividad global, para lo cual se utiliza una Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

Por cada eje (exceptuando el V) se puede anotar más de un diagnóstico, dependiendo del caso de cada paciente. Los diagnósticos se anotan como aplazados mientras permanecen en observación y/o se indagan más antecedentes. Por otra parte se consigna como ninguno cuando un paciente no tiene diagnóstico en alguno de estos ejes. También debe anotarse como ninguno cuando existe algún dato o problema importante que debe ser tomado en consideración y que no se clasifica como algún trastorno en particular (como los intentos de suicidio), debiendo anotar además la observación correspondiente. <sup>[28]</sup>

Para efectos de este estudio, se trabajó con los diagnósticos del Eje I.

## **Almacenamiento y análisis de datos**

Luego de su recopilación, los datos fueron ingresados al programa computacional FileMaker ProAdvanced para codificarlos y ordenarlos.

Posteriormente los datos fueron exportados al programa Microsoft Excel, el cual se utilizó para realizar un análisis descriptivo de las variables, las cuales se presentarán con medidas de tendencia central (media), dispersión (desviación estándar, rango), medida de frecuencia (porcentajes) según la naturaleza de las mismas.

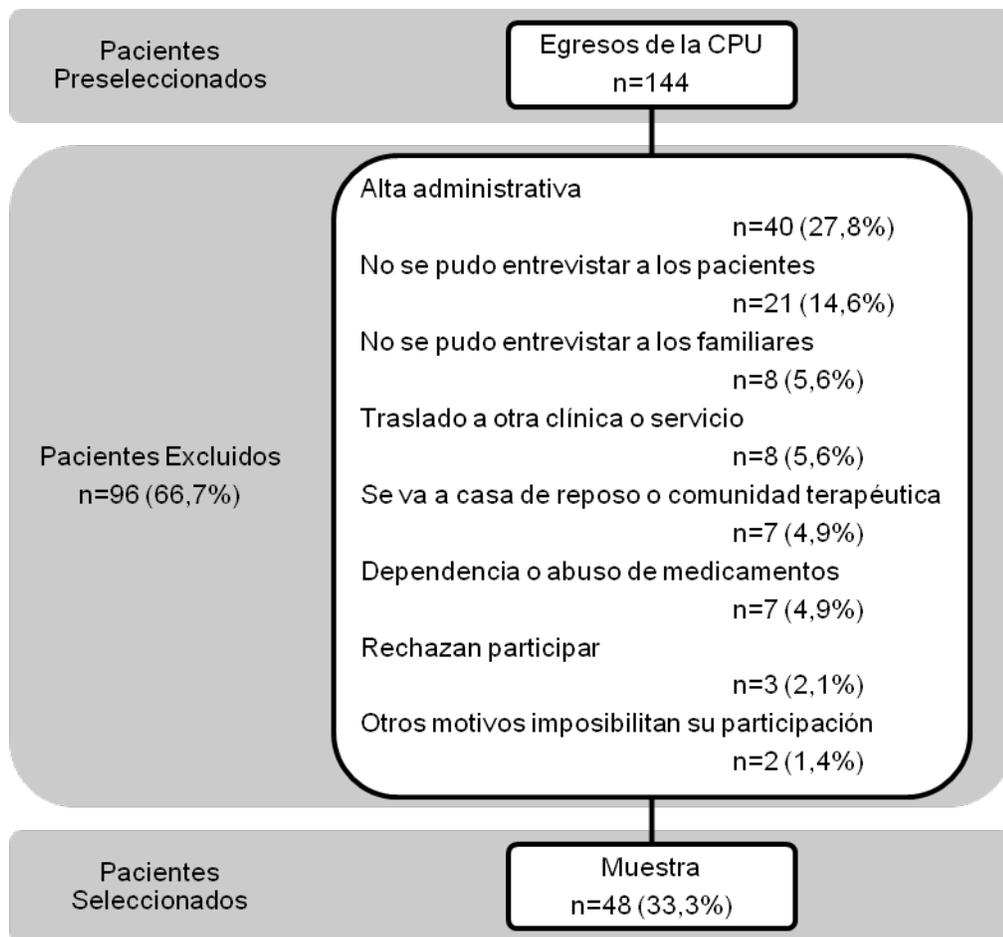
Para su análisis, los diagnósticos fueron clasificados según los principales grupos de trastornos mentales propuestos en el DSM-IV. Para todos los medicamentos se decidió usar el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC) <sup>[29]</sup>, a excepción de las sales de litio, clonazepam, ácido valproico, carbamazepina y lamotrigina. A partir de esto se establecieron las combinaciones de medicamentos más frecuentes.

## RESULTADOS

### Reclutamiento de pacientes

Durante el período de estudio egresaron 144 de la CPU (pacientes preseleccionados), excluyendo a 96 (66,7%). En la figura 2 se puede observar el proceso de selección de pacientes y las razones de exclusión.

**Figura 2: Selección de pacientes**



## **Caracterización sociodemográfica**

Como aparece en la tabla 1, de los 48 pacientes incluidos 31 (64,6%) eran mujeres y la edad promedio fue de  $34,8 \pm 13,5$  años. La mayor parte de los sujetos (95,8%) declaró tener domicilio en la Región Metropolitana, un 52,1% era soltero, un 47,9% no tenía hijos, el 56,3% vivía con uno o ambos padres y sólo un 4,2% vivían solos. Sólo 3 pacientes tenían tutor debido a que eran menores de edad.

En cuanto al nivel educacional, el 43,7% tenía educación superior técnica o profesional completa, sólo un 52,1% se encontraba trabajando al momento de la hospitalización, siendo las principales ocupaciones de los pacientes el ser estudiantes (31,3%) y dueñas de casa (10,4%). La principal previsión de los pacientes era una ISAPRE\* (58,3%). (Tabla 1)

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes (n=48)**

<b>Característica</b>	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>Total</b>	
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>( % )</b>	<b>N</b>	<b>( % )</b>	<b>N</b>	<b>( % )</b>
	17	( 35,4 )	31	( 64,6 )	48	( 100,0 )
<b>Edad</b>	<b>X</b>	<b>D.E.</b>	<b>X</b>	<b>D.E.</b>	<b>X</b>	<b>D.E.</b>
	28,5	9,8	38,2	14,2	34,8	13,5
<b>Rango Edad</b>	<b>N</b>	<b>( % )</b>	<b>N</b>	<b>( % )</b>	<b>N</b>	<b>( % )</b>
10 - 19	3	( 17,7 )	4	( 12,9 )	7	( 14,6 )
20 - 29	5	( 29,4 )	7	( 22,6 )	12	( 25,0 )
30 - 39	5	( 29,4 )	6	( 19,4 )	11	( 22,9 )
40 - 49	4	( 23,5 )	5	( 16,1 )	9	( 18,7 )
50 - 59	-	-	8	( 25,8 )	8	( 16,7 )
60 - 69	-	-	1	( 3,2 )	1	( 2,1 )
<b>¿Tiene tutor?</b>						
Si	2	( 11,8 )	1	( 3,2 )	3	( 6,3 )
No	15	( 88,2 )	30	( 96,8 )	45	( 93,7 )
<b>Estado Civil</b>						
Casado(a)	4	( 23,5 )	16	( 51,6 )	20	( 41,6 )
Divorciado(a)	2	( 11,8 )	-	-	2	( 4,2 )
Soltero(a)	11	( 64,7 )	14	( 45,2 )	25	( 52,1 )
Viudo(a)	-	-	1	( 3,2 )	1	( 2,1 )
<b>N° de Hijos</b>	<b>X</b>	<b>D.E.</b>	<b>X</b>	<b>D.E.</b>	<b>X</b>	<b>D.E.</b>
	0,9	1,4	1,5	1,8	1,3	1,7

\* ISAPRE: Institución de Salud Previsional

**Continuación Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes (n=48)**

Característica	Hombres		Mujeres		Total	
	N	( % )	N	( % )	N	( % )
<b>Vive con:*</b>						
Esposo(a)/Pareja	2	( 11,8 )	10	( 58,8 )	12	( 25,0 )
Hijo(s)	1	( 5,9 )	13	( 41,9 )	14	( 29,2 )
Madre y/o Padre	11	( 64,7 )	16	( 51,6 )	27	( 56,3 )
Solo(a)	1	( 5,9 )	1	( 3,2 )	2	( 4,2 )
Otro	8	( 47,0 )	12	( 38,7 )	20	( 41,6 )
<b>Nivel Educativo</b>						
Educación Diferencial Incompleta	1	( 5,9 )	-	-	1	( 2,1 )
Básica Completa	-	-	1	( 3,2 )	1	( 2,1 )
Básica Incompleta	-	-	1	( 3,2 )	1	( 2,1 )
Media Completa	-	-	6	( 19,4 )	6	( 12,5 )
Media Incompleta	2	( 11,8 )	4	( 12,9 )	6	( 12,5 )
Superior Profesional Completa	2	( 11,8 )	8	( 25,8 )	10	( 20,8 )
Superior Profesional Incompleta	8	( 47,0 )	4	( 12,9 )	12	( 25,0 )
Superior Técnica Completa	4	( 23,5 )	7	( 22,6 )	11	( 22,9 )
<b>Situación Laboral</b>						
Cesante	-	-	2	( 6,5 )	2	( 4,2 )
No Trabaja	9	( 53,0 )	12	( 38,7 )	21	( 43,7 )
Trabajando	8	( 47,0 )	17	( 54,8 )	25	( 52,1 )
<b>Ocupación</b>						
Comerciantes	1	( 5,9 )	2	( 6,5 )	3	( 6,3 )
Conductores	2	( 11,8 )	-	-	2	( 4,2 )
Dueñas de casa	-	-	5	( 16,1 )	5	( 10,3 )
Estudiantes	8	( 47,0 )	7	( 22,6 )	15	( 31,2 )
Funcionarios municipales	1	( 5,9 )	2	( 6,5 )	3	( 6,3 )
Profesores	-	-	3	( 9,6 )	3	( 6,3 )
Otras ocupaciones	3	( 17,6 )	12	( 38,7 )	15	( 31,2 )
Ninguna	2	( 11,8 )	-	-	2	( 4,2 )
<b>Previsión</b>						
FONASA**	3	( 17,6 )	5	( 16,1 )	8	( 16,7 )
Funcionarios del HCUCH***	-	-	1	( 3,2 )	1	( 2,1 )
ISAPRE	9	( 53,0 )	19	( 61,2 )	28	( 58,2 )
Mutual de Seguridad de la CChC****	-	-	2	( 6,5 )	2	( 4,2 )
Particular	1	( 5,9 )	2	( 6,5 )	3	( 6,3 )
SEMDA*****	4	( 23,5 )	2	( 6,5 )	6	( 12,5 )

\* La sumatoria es mayor a 100% debido a que los pacientes en ocasiones vivían con personas que pertenecían a más de una categoría.

\*\* FONASA: Fondo Nacional de Salud.

\*\*\* HCUCH: Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

\*\*\*\* CChC: Cámara Chilena de la Construcción.

\*\*\*\*\* SEMDA: Servicio Médico y Dental de Alumnos de la Universidad de Chile.

### **Caracterización mórbida**

Del total de 48 pacientes estudiados, el 83,3% presentaba antecedentes psiquiátricos previos y un 41,7% había sido hospitalizado previamente por estos motivos. En el 81,3% de los casos existían antecedentes psiquiátricos familiares. (Tabla 2)

**Tabla 2. Antecedentes psiquiátricos previos de los pacientes (n=48)**

	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>Total</b>	
<b>Antecedentes psiquiátricos</b>	<b>N</b>	<b>( % )</b>	<b>N</b>	<b>( % )</b>	<b>N</b>	<b>( % )</b>
Si	13	( 76,5 )	27	( 87,1 )	40	( 83,3 )
No	4	( 23,5 )	4	( 12,9 )	8	( 16,7 )
<b>Hospitalizaciones psiquiátricas previas</b>						
Si	7	( 41,2 )	13	( 41,9 )	20	( 41,7 )
No	10	( 58,8 )	18	( 58,1 )	28	( 58,3 )
<b>Antecedentes familiares psiquiátricos</b>						
Si	14	( 82,4 )	25	( 80,6 )	39	( 81,2 )
No	3	( 17,6 )	3	( 9,7 )	6	( 12,5 )
Se desconocen antecedentes	-	-	3	( 9,7 )	3	( 6,3 )

El hábito actual de fumar se registró en el 30 (62,5%), de los cuales 9 eran hombres.

El tiempo de estada fue en promedio igual a  $28,7 \pm 17,6$  días (rango 6 a 106 días), siendo mayor en el caso de los hombres ( $33,2 \pm 23,5$  días) que en las mujeres ( $26,2 \pm 13,1$  días). Un 60,4% del total de la muestra estuvo hospitalizada 28 días o menos.

### Diagnósticos de egreso

Para el 95,8% de los pacientes se informó al menos un diagnóstico definido en el eje I, siendo el promedio igual a  $1,5 \pm 1,1$  diagnósticos en este eje. (Tabla 3)

**Tabla 3. Diagnósticos eje I (trastornos mentales excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental; n=48).**

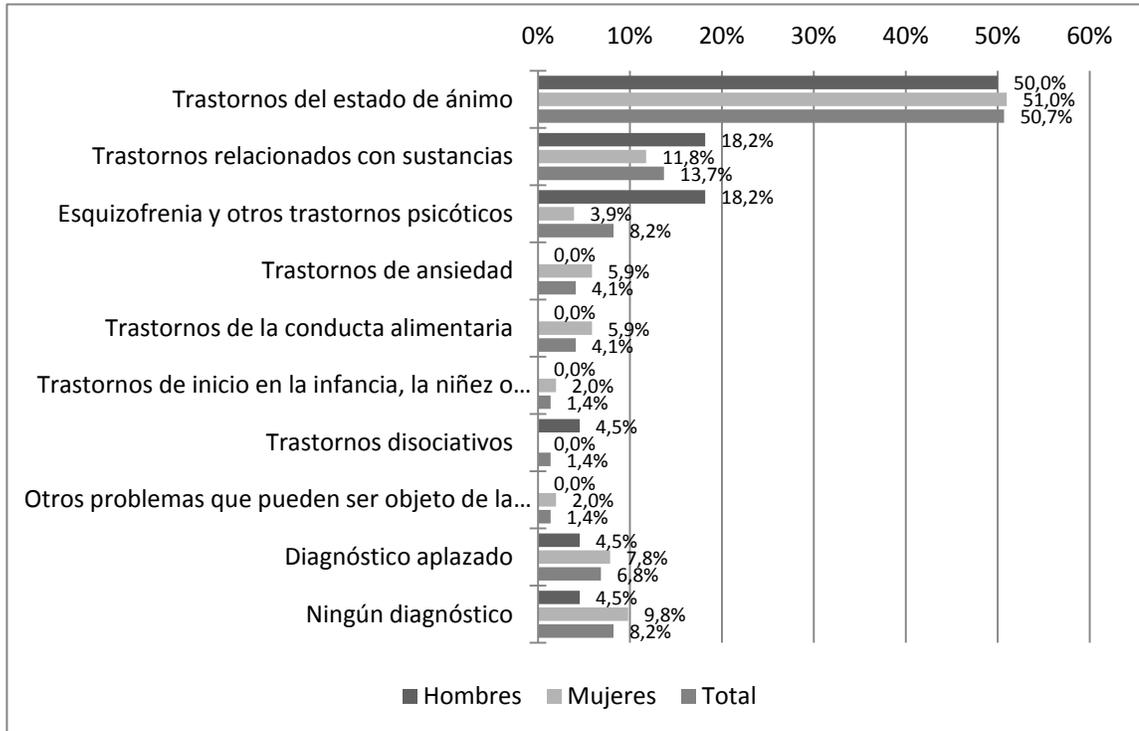
Eje I Informado	Hombres		Mujeres		Total	
	N	( % )	N	( % )	N	( % )
Si	15	( 88,2 )	31	( 100,0 )	46	( 95,8 )
Aplazado*	1	( 5,9 )	-	-	1	( 2,1 )
Ninguno**	1	( 5,9 )	-	-	1	( 2,1 )
<b>Cantidad de Diagnósticos en el Eje I</b>						
0	1	( 5,9 )			1	( 2,1 )
1	12	( 70,6 )	21	( 67,7 )	33	( 68,7 )
2	3	( 17,6 )	6	( 19,4 )	9	( 18,7 )
3	1	( 5,9 )	1	( 3,2 )	2	( 4,2 )
4	-	-	2	( 6,5 )	2	( 4,2 )
7	-	-	1	( 3,2 )	1	( 2,1 )
<b>Cantidad de Diagnósticos en el Eje I</b>						
	<b>X</b>	<b>DE</b>	<b>X</b>	<b>DE</b>	<b>X</b>	<b>DE</b>
	1,3	0,6	1,6	1,3	1,5	1,1

\* La única anotación en este eje se indica como un diagnóstico aplazado, para este paciente.

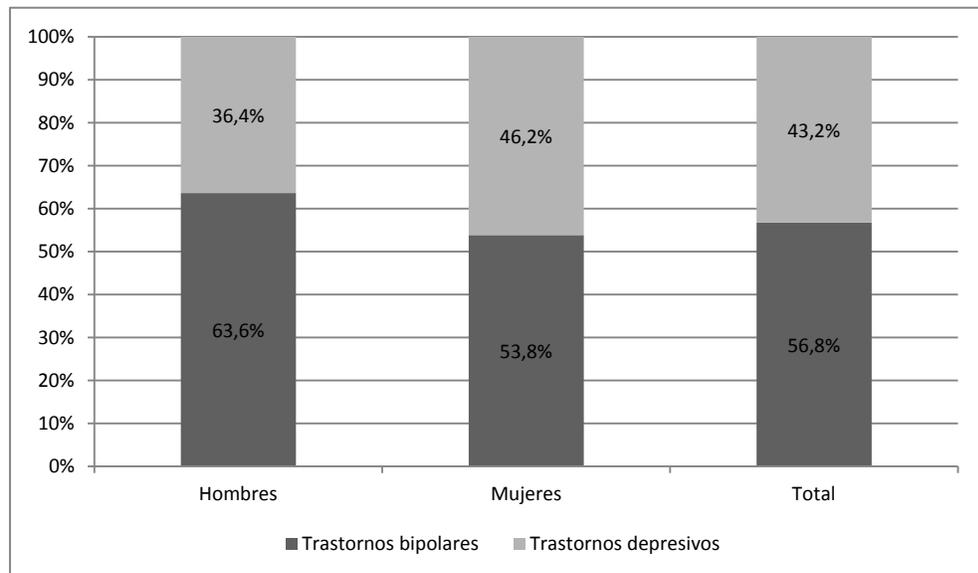
\*\* No se ha informado ningún diagnóstico ni ninguna anotación para este paciente en este eje.

A los 48 pacientes se les determinaron 73 diagnósticos, siendo los más frecuentes los trastornos del ánimo (50,7%) (figura 3). En la figura 4 se observa que entre los trastornos del ánimo, en ambos sexos fueron más frecuentes los bipolares.

**Figura 3. Diagnósticos en el eje I (en hombres=22; en mujeres=51; en total=73)**



**Figura 4. Trastornos del ánimo (en hombres=11; en mujeres=26; en total=37)**

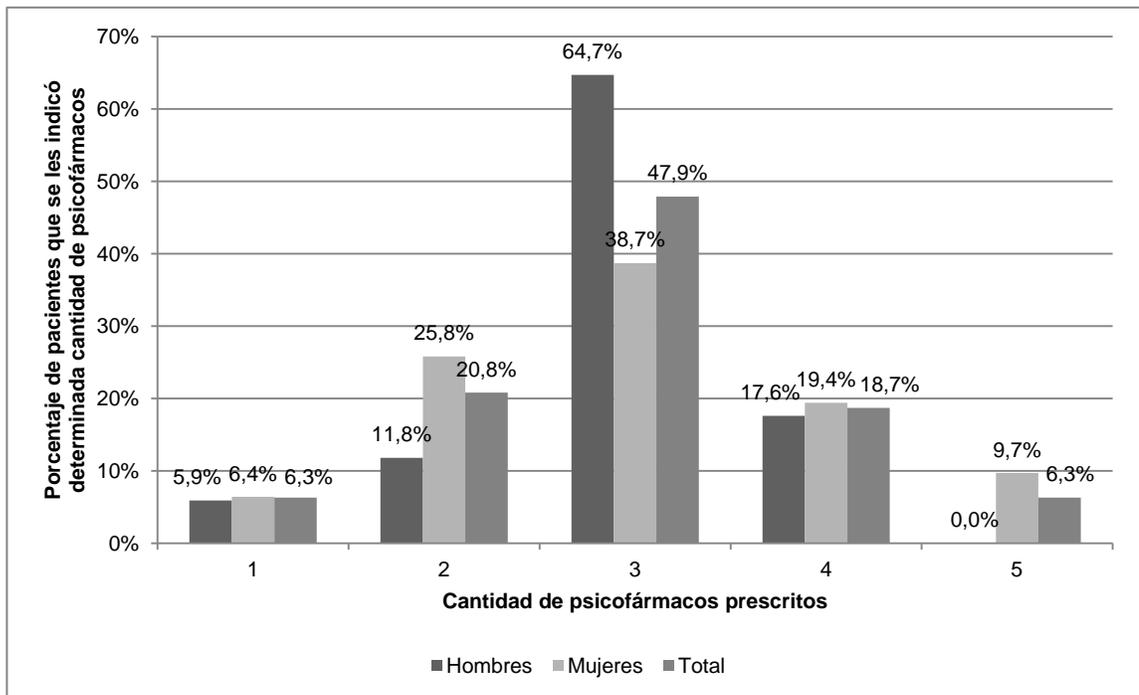


## Caracterización farmacoterapéutica

En total se indicaron 210 medicamentos a los sujetos incluidos en el estudio, siendo el promedio igual a  $4,4 \pm 1,8$  (rango de 2 a 9), de  $4,2 \pm 1,8$  para hombres y de  $4,5 \pm 1,9$  para mujeres. Un 60,4% del total de pacientes se fue de alta con al menos 4 medicamentos indicados. A un 48,4% de las mujeres y a menos de un tercio de los hombres (29,4%) se les indicó 5 medicamentos o más.

De los 210 medicamentos prescritos, 143 (68,1%) correspondieron a psicofármacos. En promedio los pacientes recibieron  $3,0 \pm 0,9$  (rango entre 1 y 5) psicofármacos y un 95,3% de la muestra recibió 2 o más. (Figura 5)

**Figura 5. Cantidad de psicofármacos prescritos por cada paciente (n=48)**



Los principales psicofármacos prescritos fueron los antipsicóticos atípicos (39,2%), los estabilizadores del ánimo (23,8%) y las benzodiazepinas (14,7%). El 13,3% de las prescripciones eran de antidepresivos, principalmente de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. (Tabla 4)

**Tabla 4. Psicofármacos indicados al alta (n=143)**

CLASIFICACIÓN DE PSICOFÁRMACOS/Medicamento	Hombres	Mujeres	Total
	N ( % )	N ( % )	N ( % )
<b>ANTIPSICÓTICO ATÍPICO</b>	<b>21 ( 42,0 )</b>	<b>35 ( 37,7 )</b>	<b>56 ( 39,1 )</b>
Aripiprazol	-	3 ( 3,3 )	3 ( 2,1 )
Clozapina	3 ( 6,0 )	-	3 ( 2,1 )
Olanzapina	4 ( 8,0 )	4 ( 4,3 )	8 ( 5,6 )
Quetiapina	7 ( 14,0 )	13 ( 14,0 )	20 ( 13,9 )
Risperidona	7 ( 14,0 )	15 ( 16,1 )	22 ( 15,4 )
<b>ANTIPSICÓTICO CLÁSICO</b>	<b>4 ( 8,0 )</b>	<b>1 ( 1,1 )</b>	<b>5 ( 3,5 )</b>
Haloperidol	3 ( 6,0 )	1 ( 1,1 )	4 ( 2,8 )
Levomepromazina	1 ( 2,0 )	-	1 ( 0,7 )
<b>ESTABILIZADOR DEL ÁNIMO</b>	<b>12 ( 24,0 )</b>	<b>22 ( 23,5 )</b>	<b>34 ( 23,8 )</b>
Acido Valproico	6 ( 12,0 )	5 ( 5,3 )	11 ( 7,7 )
Carbamazepina	-	1 ( 1,1 )	1 ( 0,7 )
Lamotrigina	1 ( 2,0 )	6 ( 6,4 )	7 ( 4,9 )
Carbonato de Litio	5 ( 10,0 )	10 ( 10,7 )	15 ( 10,5 )
<b>ANSIOLÍTICOS BZD</b>	<b>7 ( 14,0 )</b>	<b>14 ( 15,0 )</b>	<b>21 ( 14,7 )</b>
Alprazolam	1 ( 2,0 )	-	1 ( 0,7 )
Clonazepam	6 ( 12,0 )	10 ( 10,7 )	16 ( 11,2 )
Lorazepam	-	4 ( 4,3 )	4 ( 2,8 )
<b>ANTIDEPRESIVO ISRS</b>	<b>4 ( 8,0 )</b>	<b>7 ( 7,5 )</b>	<b>11 ( 7,7 )</b>
Escitalopram	1 ( 2,0 )	1 ( 1,1 )	2 ( 1,4 )
Fluoxetina	-	1 ( 1,1 )	1 ( 0,7 )
Paroxetina	1 ( 2,0 )	-	1 ( 0,7 )
Sertralina	2 ( 4,0 )	5 ( 5,3 )	7 ( 4,9 )
<b>OTROS ANTIDEPRESIVOS</b>	<b>0 ( 0,0 )</b>	<b>8 ( 8,6 )</b>	<b>8 ( 5,6 )</b>
Desvenlafaxina	-	1 ( 1,1 )	1 ( 0,7 )
Venlafaxina	-	6 ( 6,4 )	6 ( 4,2 )
Mirtazapina	-	1 ( 1,1 )	1 ( 0,7 )
<b>ANTICONVULSIVANTES</b>	<b>0 ( 0,0 )</b>	<b>3 ( 3,3 )</b>	<b>3 ( 2,1 )</b>
Oxcarbazepina	-	1 ( 1,1 )	1 ( 0,7 )
Pregabalina	-	1 ( 1,1 )	1 ( 0,7 )
Topiramato	-	1 ( 1,1 )	1 ( 0,7 )
<b>MEDICAMENTOS USADOS EN DESÓRDENES ADICTIVOS</b>	<b>2 ( 4,0 )</b>	<b>1 ( 1,1 )</b>	<b>3 ( 2,1 )</b>
Bupropion	-	1 ( 1,1 )	1 ( 0,7 )
Disulfiram	2 ( 4,0 )	-	2 ( 1,4 )
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	<b>0 ( 0,0 )</b>	<b>2 ( 2,2 )</b>	<b>2 ( 1,4 )</b>
Zolpidem	-	1 ( 1,1 )	1 ( 0,7 )
Zopiclona	-	1 ( 1,1 )	1 ( 0,7 )
<b>Total general</b>	<b>50 ( 100,0 )</b>	<b>93 ( 100,0 )</b>	<b>143 ( 100,0 )</b>

La tabla 5 muestra el uso y las combinaciones de los psicofármacos más utilizados. El 66,7% de los pacientes estaba con 1 antipsicótico atípico, mientras que un 22,9% estaba con 2. Un 54,2% utilizaba 1 estabilizador del ánimo, mientras que un 8,3% utilizaba 2 de éstos. Además, un 31,3% del total de la muestra utilizaba 2 antipsicóticos, ya fueran 2 atípicos o una combinación de uno clásico con uno atípico. Sólo 1 paciente utilizaba 3 antipsicóticos (2 atípicos y 1 clásico). Por otra parte, un

43,8% utilizaba benzodiazepinas y un 39,6% algún antidepresivo. La combinación de al menos un antipsicótico atípico con al menos un estabilizador del ánimo se utilizó en un 58,3% de los casos, mientras que aquellos que utilizaban esto mismo más una benzodiazepina alcanzaron un 20,8%.

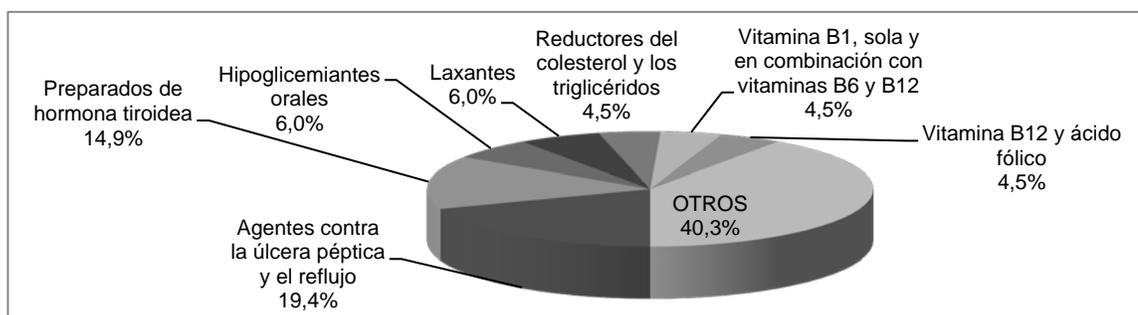
**Tabla 5. Porcentaje de pacientes con usos y combinaciones de psicofármacos más frecuentes (n=48)**

Combinaciones de Psicofármacos	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 Estabilizador del ánimo (EA)	10	58,8%	16	51,6%	26	54,2%
2 Estabilizadores del ánimo	1	5,9%	3	9,7%	4	8,3%
1 Antipsicótico atípico (AA)	11	64,7%	21	67,7%	32	66,7%
2 Antipsicóticos atípicos	5	29,4%	7	19,4%	12	22,9%
Antipsicótico clásico	4	23,5%	1	3,2%	5	10,4%
2 Antipsicóticos (clásicos y/o atípicos)	7	41,2%	8	25,8%	15	31,3%
3 Antipsicóticos (clásicos y/o atípicos)	1	5,9%	0,0%	0,0%	1	2,1%
Otros Anticonvulsivantes		0,0%	3	9,7%	3	6,3%
Benzodiazepinas (BZD)	7	41,2%	14	45,2%	21	43,8%
Antidepresivos	4	23,5%	15	48,4%	19	39,6%
EA + AA*	11	64,7%	17	54,8%	28	58,3%
EA + BZD*	3	17,6%	8	25,8%	11	22,9%
AA + BZD*	6	35,3%	12	38,7%	18	37,5%
EA + AA + BZD*	3	17,6%	7	22,6%	10	20,8%
<b>Total de pacientes con psicofármacos</b>	<b>17</b>	<b>100,0%</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>

\* 1 ó 2 estabilizadores del ánimo y 1 ó 2 antipsicóticos atípicos

Al alta a los 48 pacientes se les indicó un total de 67 medicamentos no psicofármacos, agentes para el tratamiento de la úlcera péptica y el reflujo (19,4%), preparados de hormona tiroidea (14,9%), hipoglicemiantes orales (6,0%) y laxantes (6,0%). (Figura 6)

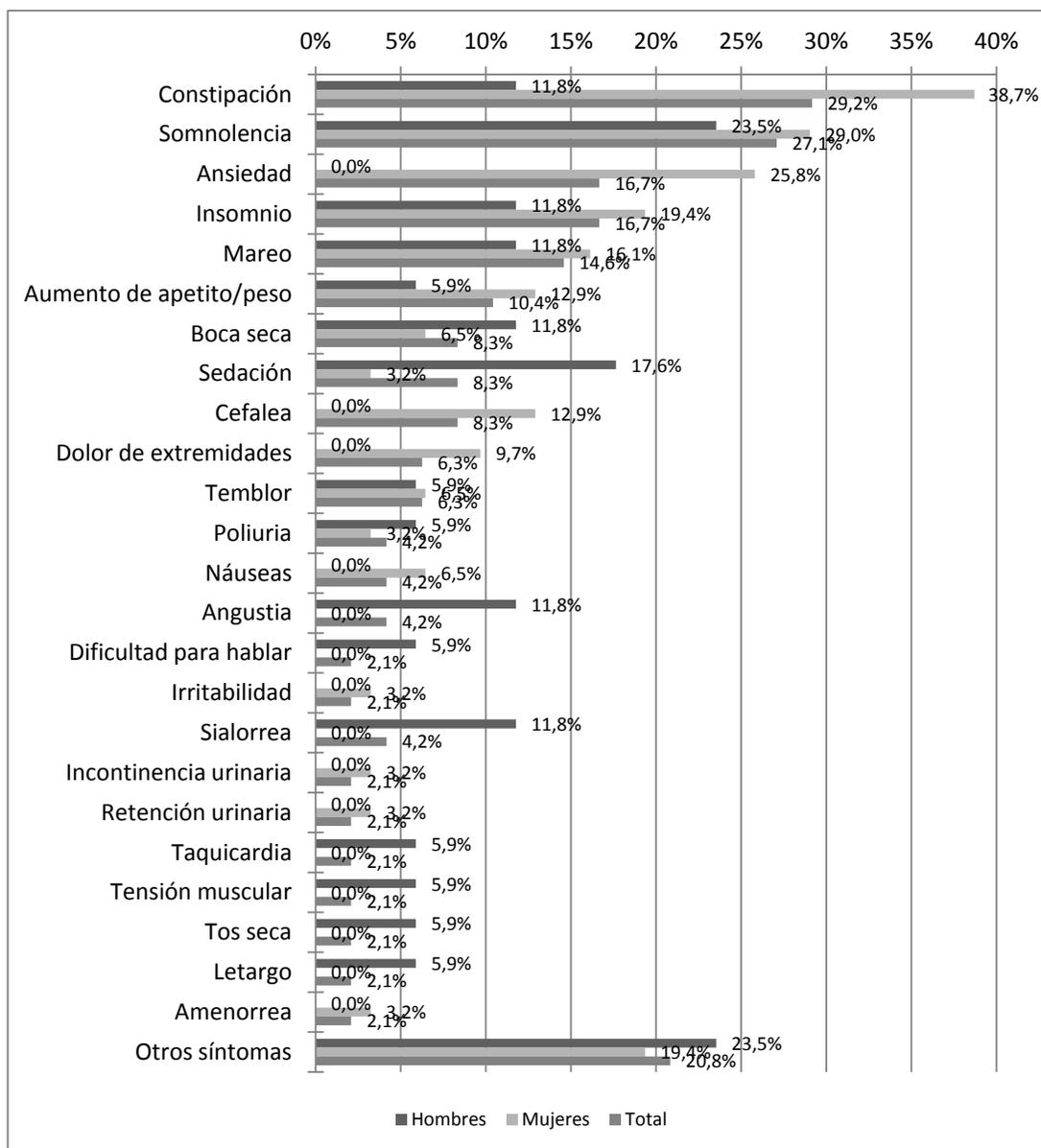
**Figura 6. Otros medicamentos indicados al alta (n=67)**



## Eventos adversos

De los 48 pacientes, 35 (72,9%) declararon haber presentado 102 síntomas en total. La constipación fue señalada por 14 pacientes (29,2%) y la somnolencia por 13 de ellos (27,1%), siendo los más mencionados. Las mujeres dijeron presentar constipación 3 veces más que los hombres (38,7% versus 11,8%). (Figura 7)

**Figura 7. Eventos adversos señalados y su frecuencia, en los 48 pacientes**



## **DISCUSIÓN**

De acuerdo con los datos de egresos hospitalarios a causa de trastornos mentales y del comportamiento en la región Metropolitana en el 2009 <sup>[30]</sup>, 11.440 personas fueron dadas de alta por este motivo, de las cuales la mayoría correspondía a mujeres (55,2%), al igual que en este estudio (64,6% eran mujeres). (Anexo 2) Además, un 83,3% de la muestra tenía entre 20 y 59 años de edad, así como un 73,2% del total de egresos en 2009 tenía entre 20 y 64 años de edad. (Anexo 3) En ambos casos, los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos del ánimo, aunque en este trabajo fueron el doble que a nivel regional (50,7% versus 24,7%, respectivamente); por otra parte, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos fueron menos frecuentes en esta muestra (8,2%) en comparación a lo ocurrido en la región (17,1%). Es importante destacar que la Clínica Psiquiátrica Universitaria no pertenece a la red de atención pública y que, al menos un 53,7% de los egresos del 2009 en la región Metropolitana, fueron hechos en centros que sí pertenecían a esta red, considerando que éste es el porcentaje reportado de pacientes que tenían FONASA modalidad Atención Institucional (anexo 5), a diferencia de lo observado en la CPU, donde un 58,2% tenía ISAPRE. Estos datos entregan una idea de que el ingreso promedio de los pacientes de la CPU es más elevado que lo que ocurre a nivel regional, a pesar de que el 45,7% de la muestra no tenía una ocupación remunerada (estudiantes, dueñas de casa o ninguna ocupación).

Como ya se mencionó, la principal causa de egreso fueron los trastornos del ánimo, predominando los bipolares (56,8%) por sobre los depresivos (43,2%). No se encontraron otros trabajos en los que esto ocurriera y, de hecho, una tesis no publicada realizada entre abril y julio del mismo año <sup>[31]</sup>, en la misma clínica, indica que los principales diagnósticos de egreso en ese período fueron los trastornos depresivos (36,4%), más del doble de los trastornos bipolares (13,6%). Esta diferencia puede haberse debido a la época en que se realizaron estos estudios, ya que la investigación de Muñoz <sup>[31]</sup> fue realizada en pleno otoño-invierno, mientras que este trabajo fue desarrollado principalmente en primavera-verano, lo cual podría haber favorecido la aparición de episodios maníacos, según se ha descrito <sup>[32-33]</sup>.

A pesar de que más del 60% de la muestra fumaba, sólo en 2 casos fue reportado entre los diagnósticos de egreso, pero no en el eje I, sino en el eje III. Esto podría deberse a que las prioridades a tratar son otras debido a, por ejemplo, la gravedad con la que se internan los pacientes. Sin embargo, este dato no debería ignorarse, ya que podría ser relevante para futuras intervenciones e investigaciones.

La polifarmacia, definida como el consumo simultáneo de 5 o más medicamentos <sup>[34]</sup>, está dentro de las principales causas de morbilidad relacionada con medicamentos y frecuentemente necesita medicación adicional como tratamiento <sup>[35]</sup>. Además, un estudio de farmacovigilancia realizado en Portugal <sup>[36]</sup> determinó que el uso de 3 o más medicamentos se asociaba con un mayor riesgo de producirse reacciones adversas serias. De los 48 pacientes estudiados, el 62,9% consumía 3 o más medicamentos, por lo cual se espera que su tratamiento sea vigilado cuidadosamente para evitar situaciones riesgosas, como interacciones medicamentosas, y minimizar efectos adversos. En la CPU los pacientes hospitalizados son visitados y evaluados prácticamente a diario, incluyendo su tratamiento. No obstante, una vez que son dados de alta, los pacientes son evaluados con distinta frecuencia (una o dos veces por semana al principio y luego se va disminuyendo) y no siempre ellos informan verazmente todos los medicamentos que toman, lo que podría dificultar una evaluación adecuada del riesgo a causa de la farmacoterapia.

Por otra parte, cuando se habla de polifarmacia de psicofármacos, ésta se define como el uso de 2 más de estos medicamentos concomitantemente <sup>[15]</sup>. Del total de pacientes investigados, un 95,8% estaba en esta situación. A pesar de que se prefiere la monoterapia en este tipo de medicamentos, diversos estudios coinciden en que la tendencia es a la polifarmacia de psicofármacos, que la monoterapia es rara y en muchos casos, el tratar de mantener un tratamiento con un solo psicofármaco puede significar que los pacientes no estén siendo bien tratados <sup>[17, 37]</sup>. Entre las causas por las que se podría estar optando por estos tratamientos se encuentra el lograr una reducción en el tiempo de estada <sup>[17]</sup>, lo cual podría estar siendo efectivo en este caso

si se considera que el tiempo de estada informado (28,7 días) fue menor al promedio regional (35,6 días). (Anexo 4)

Los antipsicóticos atípicos han sido aprobados por la FDA\* para usarlos en casos de trastorno bipolar o esquizofrenia. Éstos fueron los medicamentos más utilizados (39,1%) en este estudio, sin embargo, es posible que algunos pacientes que no hayan tenido estos diagnósticos sí hayan recibido estos medicamentos, lo cual no fue determinado (31,3% de la muestra presentaba alguna comorbilidad en el eje I). (Tabla 3). Anteriormente, ya se había publicado un estudio sobre el uso de antipsicóticos en la CPU durante 2005, donde se encontró que el uso de antipsicóticos atípicos era frecuente en diagnósticos distintos a la esquizofrenia [23].

El porcentaje de pacientes con benzodiazepinas (43,8%) (tabla 5) fue mucho mayor a lo reportado en 2005 para santiaguinos entre 16 y 64 años, cuya prevalencia de consumo era de una 3,84% [25]. No obstante, estos medicamentos sólo fueron el 14,7% del total de psicofármacos indicados en este estudio, a diferencia del 82,1% del total de psicofármacos que se utilizaban en centros de atención primaria en el 2000, según fue informado [26]. Por otra parte, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina fueron los antidepresivos más usados.

De los 67 medicamentos no psicofármacos prescritos, los principales fueron inhibidores de la bomba de protones (19,4%). (Figura 5) Éstos son medicamentos muy recetados a nivel mundial debido a sus altos niveles de eficacia y baja toxicidad [38], sin embargo se ha estimado que entre un 25% y un 70% de los pacientes que toman este tipo de medicamentos no tienen una indicación apropiada y que un alto porcentaje de pacientes hospitalizados recibe este medicamento sin cumplir los criterios adecuados [38]. Un análisis de las comorbilidades médicas de los pacientes de este estudio es necesario para investigar si las prescripciones fueron adecuadas o si, por el contrario, no existen los criterios adecuados de prescripción para estos pacientes.

---

\* FDA: Food and Drugs Administration de Estados Unidos

El uso de preparados de hormona tiroidea (14,9%) podría deberse a estrategias de potenciación de tratamientos antidepresivos <sup>[39-40]</sup>. La utilización de los hipoglicemiantes orales (6,0%) y los reductores del colesterol y los triglicéridos (4,5%) podrían deberse a enfermedades metabólicas de estos pacientes, ante lo cual hay que tener precaución considerando que los antipsicóticos atípicos y estabilizadores del ánimo podrían presentar este tipo de problemas como parte de su gama de efectos adversos <sup>[11, 39]</sup>.

La vitamina B1 (tiamina) y ácido fólico, se dan a los pacientes con alcoholismo crónico debido a sus deficiencias nutricionales, los cuales incluyen hipomagnesemia, hipokalemia e hipofosfatemia, y son secundarios a hábitos dietarios y a cambios en el tracto digestivo a causa del alcohol, por lo que la suplementación con vitaminas, incluyendo ácido fólico, se considera beneficioso para el paciente. <sup>[41]</sup>

El uso de laxantes (6,0%) podría estar reflejando de manera mínima los problemas de constipación mencionados por los pacientes, ya que no todos quienes señalaron tener este síntoma estaban tomando estos medicamentos.

Considerando que un 72,9% de los pacientes mencionó presentar algún síntoma y que más del 70% de los medicamentos indicados fueron psicofármacos, los cuales tienen varios efectos adversos comunes entre ellos y que coinciden con los síntomas mencionados por los pacientes -como somnolencia, sedación, constipación, insomnio, mareos, aumento de peso, entre otros-, es racional pensar que, al menos un porcentaje de lo descrito por los sujetos, puede ser provocado por estos medicamentos.

Anteriormente se han hecho publicaciones describiendo demográfica y mórbidamente a pacientes psiquiátricos hospitalizados en una unidad de medicina interna <sup>[42]</sup> o en el servicio de psiquiatría de un hospital general <sup>[43]</sup> en Chile, sin embargo no se encontraron otros estudios que describieran de manera detallada la farmacoterapia de este tipo de pacientes. En ese sentido, este estudio es novedoso debido a que describe a pacientes psiquiátricos hospitalizados en una clínica especializada en el área, desde el punto de vista demográfico, mórbido y

farmacoterapéutico, además de incluir un registro de eventos adversos. Todo esto, incluyendo a pacientes de cualquier sexo, edad, con comorbilidades y con cualquier tratamiento farmacológico.

La Clínica Psiquiátrica Universitaria es un recinto que recibe a estudiantes de pregrado y postgrado, al cual llegan pacientes de diversa complejidad, tanto adultos como niños y adolescentes, para tratarlos ambulatoriamente. Adicionalmente, cuenta un área de hospitalización sólo para adultos, salvo excepciones.

Este estudio fue diseñado para hacer una primera evaluación al momento del alta de los pacientes y posteriormente realizar un seguimiento de los mismos, evaluando nuevamente eventos adversos y, además, adherencia al tratamiento. Por lo tanto, los criterios de exclusión fueron determinados teniendo en consideración que los pacientes debían estar inmersos en una situación en que ellos mismos se hicieran cargo de la administración de su farmacoterapia, una vez que egresaran de la clínica. Tampoco se encontraron estudios que utilizaran esta metodología.

Como referencia para diseñar este estudio se utilizaron algunas investigaciones que evaluaban intervenciones para mejorar la adherencia, pero sólo en pacientes ambulatorios con depresión <sup>[44-49]</sup>. En ese sentido, la mayor frecuencia de trastornos bipolares en comparación a los depresivos podrían orientar futuras investigaciones hacia ese tipo de pacientes también. Si estudios que trabajen con muestras más representativas del país obtienen resultados similares, podría implicar la inclusión de estos trastornos en las patologías GES.

Una de las limitaciones que se encontraron para realizar este trabajo fue la fuga de pacientes que se tuvo por no poder entrevistarlos, a ellos mismos o a sus familiares responsables, implicando que un 20,2% de los pacientes egresados en el período del estudio podrían haber sido incluidos en el estudio.

Inicialmente se había decidido utilizar el sistema ATC para clasificar todos los medicamentos, sin embargo ésta no cuenta con la categoría de estabilizadores del ánimo, además de considerar las sales de litio como un antipsicótico y el clonazepam

como un antiepiléptico y no como un ansiolítico <sup>[29]</sup>, lo cual afectaba el análisis de los resultados. En ese sentido deberían establecerse categorías que permitieran clasificar de manera unánime estos medicamentos, a fin de poder obtener resultados comparables entre los estudios que se hagan en el área.

El mayor reto fue entrevistar a los pacientes, ya que no se contaba con la experiencia suficiente para indagar adecuadamente sobre los síntomas que estuvieran presentando. Probablemente ocurrió porque el plan de estudios de formación de químicos farmacéuticos aún no incluye actividades que permitan desarrollar habilidades para relacionarse con los pacientes de manera profesional. Existe una necesidad cada vez mayor de que la formación clínica de los farmacéuticos sea parte del programa regular. Por otra parte, algunos síntomas podrían haberse objetivado, como por ejemplo, llevando un control de peso, de la presión arterial u otras conductas registradas en la ficha de enfermería.

Los pacientes con trastornos mentales son pacientes complejos tanto desde el punto de vista mórbido, considerando que tienen comorbilidades médicas y psiquiátricas, como desde el punto de vista terapéutico; son pacientes de riesgo que necesitan un nuevo nivel de cuidado tanto para la detección de reacciones adversas a medicamentos como para la prevención de serias consecuencias <sup>[36]</sup>. La polifarmacia no es extraña en este tipo de pacientes, por lo cual existe una necesidad importante de evaluarlos periódicamente, realizando seguimiento de su farmacoterapia y los problemas relacionados con medicamentos que pudieran presentar. La farmacovigilancia por tanto debería ser potenciada para que se realizara efectivamente en este servicio, no sólo por la necesidad de reportar reacciones adversas serias, sino porque se hace imprescindible el manejo cotidiano de éstas, independientemente su severidad.

En ocasiones la polifarmacia podría ocurrir debido al poco tiempo que tienen los médicos para atender a los pacientes <sup>[35]</sup>. Los farmacéuticos clínicos son profesionales de apoyo que puedan dedicar más tiempo a evaluar problemas relacionados con medicamentos y monitorear el riesgo y la aparición de reacciones adversas, en especial las severas, sugiriendo intervenciones para evitarlas. <sup>[50-51]</sup>

## **CONCLUSIONES**

1. Se estudiaron 48 pacientes entre los cuales un 95,8% tenía algún trastorno psiquiátrico, presentando comorbilidad psiquiátrica en un 31,2% de los casos.
2. La mayoría de los pacientes eran mujeres (64,6%) y el promedio de edad fue de  $34,8 \pm 13,5$  años. El 41,7% de ellos era casado y tenían en promedio  $1,3 \pm 1,7$  hijos.
3. Los principales diagnósticos de egreso fueron trastornos del estado del ánimo.
4. Los trastornos bipolares fueron más frecuentes que los depresivos, en ambos sexos.
5. La mayor proporción de medicamentos indicados fueron psicofármacos, con un promedio de  $3,0 \pm 0,9$  psicofármacos por paciente.
6. El 95,8% de la muestra tenía polifarmacia de psicofármacos (2 o más).
7. Los principales psicofármacos prescritos fueron antipsicóticos atípicos.
8. El 48,4% de las mujeres y el 29,4% de los hombres tenía polifarmacia general (5 o más medicamentos).
9. Los medicamentos no psicofármacos que se prescribieron más frecuentemente fueron inhibidores de la bomba de protones.
10. Los principales síntomas mencionados por los pacientes fueron constipación y somnolencia, siendo en ambos casos más frecuentes en mujeres que en hombres.
11. Considerando que los pacientes con trastornos psiquiátricos presentan una alta frecuencia de polifarmacia y de eventos adversos, es necesario tomar medidas de farmacovigilancia para detectar problemas relacionados con medicamentos y evitar reacciones adversas serias.

## REFERENCIAS

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. 2001. <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>. Accessed 26 de Junio de 2012.
2. OMS. The global burden of disease: 2004 update. 2004. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html). Accessed 26 de Junio de 2012.
3. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud. Resumen Ejecutivo. 2003. <http://www.encuestasalud.cl/ens/wp-content/uploads/2011/09/folletoENS.pdf>. Accessed 10 de Agosto de 2012.
4. Vicente P B, Rioseco S P, Saldivia B S, Kohn R, Torres P S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (E CPP). *Revista médica de Chile*. 2002;130:527-536.
5. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18(4-5):346-358.
6. MINSAL. El AUGE y la salud mental. [http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges\\_mental.html](http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_mental.html). Accessed 29 de Junio de 2012.
7. Velligan D, Weiden P, Sajatovic M, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;70(suplemento 4).
8. Peselow E. Minimizing psychotropic drug side effects. 2007;14(7):48-49. [www.primarypsychiatry.com/aspx/article\\_pf.aspx?articleid=1135](http://www.primarypsychiatry.com/aspx/article_pf.aspx?articleid=1135). Accessed 22 de Mayo de 2012.
9. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
10. Saxena S, Fieve R. Managing adverse effects of mood stabilizers. *Primary Psychiatry*. 2007;14(7):59-67. <http://www.primarypsychiatry.com/aspx/articledetail.aspx?articleid=1138>. Accessed 23 de Mayo de 2012.
11. Sweetman S, ed *Martindale. The complete drug reference*. 36° ed. China: Pharmaceutical Press; 2009.

12. Choy Y. Managing side effects of anxiolytics. *Primary Psychiatry*. 2007;14(7):68-76. <http://www.primarypsychiatry.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=1139>. Accessed 23 de Mayo de 2012.
13. Rosse R, Fanous A, Gaskins B, Deutsch S. Side effects in the modern psychopharmacology of depression. *Primary Psychiatry*. 2007;14(7):50-58. <http://www.primarypsychiatry.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=1136>. Accessed 23 de Mayo de 2012.
14. Kaushik S, Lindenmayer J-P, Khan A. Management of antipsychotic side effects. *Primary Psychiatry*. 2007;14(7):77-82. <http://www.primarypsychiatry.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=1140>. Accessed 23 de Mayo de 2012.
15. NASMHPD. Technical report on psychiatric polypharmacy. 2001. <http://www.nasmhpd.org/docs/publications/archiveDocs/2001/Polypharmacy.PDF>.
16. OMS. Medicamentos: uso racional de los medicamentos. 2010;Nota descriptiva n° 338. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/index.html#>. Accessed 18 de Mayo de 2012.
17. Rittmannsberger H, Meise U, Schauflinger K, Horvath E, Donat H, Hinterhuber H. Polypharmacy in psychiatric treatment. Patterns of psychotropic drug use in Austrian psychiatric clinics. *European Psychiatry*. 1999;17:1-8.
18. Davids E, Bunk C, Specka M, Gastpar M. Psychotropic drug prescription in a psychiatric university hospital in Germany. *Progress In Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2006;30:1109-1116.
19. Adeponle A, Obembe A, Adeyemi S, Suleiman G. Polypharmacy in psychiatric out-patient practice in northern Nigeria. *African J Psychiatry*. 2007;10:215-218.
20. Tognoni G. Pharmacoepidemiology of psychotropic drugs in patients with severe mental disorders in Italy. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 1999;55(9):685-690.
21. Constantine R, Andel R, Tandon R. Trends in adult antipsychotic polypharmacy: Progress and challenges in Florida's Medicaid program. *Community Mental Health Journal*. 2010;46:523-530.
22. Leslie D, Mohamed S, Rosenheck R. Off-label use of antipsychotic medications in the department of veterans affairs health care system. *Psychiatric Services*. 2009;60(9):1175-1181.

23. Nieto R, Silva H. Prescripción de antipsicóticos atípicos en pacientes hospitalizados de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2008;46(1):16-24.
24. Busto U, Ruiz I, Busto M, Gacitua A. Benzodiazepine use in Chile: Impact of availability on use, abuse and dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1996;16(5):363-372.
25. Fritsch R, Rojas G, Gaete J, Araya R, González I. Benzodiazepine use in Santiago, Chile. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2005;33(5):286-291.
26. Galleguillos T, Risco L, Garay JL, González M, Vogel M. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista Médica de Chile*. 2003;131:535-540.
27. Jirón M, Machado M, Ruiz I. Consumo de antidepresivos en Chile entre 1992 y 2004. *Revista Médica de Chile*. 2008;136:1147-1154.
28. López-Ibor J, ed *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A; 1995.
29. OMS. ATC/DDD Index. 2012; [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/). Accessed 3 de Abril, 2012.
30. DEIS. Egresos hospitalarios. 2009; [http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu\\_publica\\_nueva/menu\\_publica\\_nueva.htm](http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm). Accessed 23 de Mayo de 2012.
31. Muñoz M. *Farmacovigilancia en pacientes hospitalizados en clínica psiquiátrica*. Santiago, Chile: Escuela de Química y Farmacia, Universidad Andrés Bello; 2011.
32. Lee H-C, Tsai S-Y, Lin H-C. Seasonal variations in bipolar disorder admissions and the association with climate: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*. 2007;97(1-3):61-69.
33. Shapira A, Shiloh R, Potchter O, Hermesh H, Popper M, Weizman A. Admission rates of bipolar depressed patients increase during spring/summer and correlate with maximal environmental temperature. *Bipolar Disorders*. 2004;6(1):90-93.
34. Arriagada L, Jirón M, Ruiz I. Uso de medicamentos en el adulto mayor. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2008;19:309-317. [http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo\\_CH\\_6258/deploy/uso\\_medicamentos\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH_6258/deploy/uso_medicamentos_adulto_mayor.pdf). Accessed 12 de Agosto de 2012.

35. Akici A, Oktay S. Rational pharmacotherapy and pharmacovigilance. *Curr Drug Saf.* 2007;2(1):65-69.
36. Macedo AF, Alves C, Craveiro N, Marques FB. Multiple drug exposure as a risk factor for the seriousness of adverse drug reactions. *J Nurs Manag.* 2011;19(3):395-399. doi: 310.1111/j.1365-2834.2011.01216.x. Epub 02011 Mar 01221.
37. De las Cuevas C, Sanz E. Polypharmacy in psychiatric practice in the Canary Islands. *BMC Psychiatry.* 2004;4:18.
38. Forgacs I. Overprescribing proton pump inhibitors is expensive and not evidence based. *British Medical Journal.* 2008;336:2-3.
39. Stahl S. *The prescriber's guide.* 1° ed. Nueva York, Estados Unidos: Cambridge University Press; 2005.
40. Liberman C, Risco L, Massardo T, et al. Tiroides y depresión. Enfoque terapéutico actual y bases moleculares. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 2007;18:220-226.
41. Galanter M, Kleber H, eds. *Textbook of substance abuse treatment.* 4° ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2008.
42. Hernández G G, Ibáñez H C, Kimelman J M, Orellana V G, Montino R O, Núñez M C. Prevalencia de trastornos siquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile.* 2001;129:1279-1288.
43. Granmegna G, Lora R, Ahumada P. Análisis de base de datos unidad de hospitalización de corta estadía (UHCE). Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría.* 2006;44(1):23-28.
44. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *The British Journal of Psychiatry.* March 1, 2001 2001;178(3):228-233.
45. Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2003;361:995-1000.
46. Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, et al. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *General Hospital Psychiatry.* 2004;26(3):199-209.

47. Brook OH, van Hout H, Stalman W, et al. A Pharmacy-Based Coaching Program to Improve Adherence to Antidepressant Treatment Among Primary Care Patients. *Psychiatr Serv.* April 1, 2005 2005;56(4):487-489.
48. Boudreau D, Capoccia K, Sullivan S, et al. Collaborative care model to improve outcomes in major depression. *Ann Pharmacother.* April 1, 2002 2002;36(4):585-591.
49. Fritsch R, Araya R, Solís J, Montt E, Pilowsky D, Rojas G. Un ensayo clínico aleatorizado de farmacoterapia con monitorización telefónica para mejorar el tratamiento de la depresión en la atención primaria en Santiago, Chile. *Revista médica de Chile.* 2007;135:587-595.
50. Dolder C, Szymanski B, Wootton T, McKinsey J. Pharmacist interventions in an inpatient geriatric psychiatry unit. *American Journal of Health-System Pharmacy.* October 1, 2008 2008;65(19):1795-1796.
51. OMS. Farmacología clínica: actividades, servicios y enseñanza. 1970;Serie de informes técnicos n°446. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_446\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_446_spa.pdf). Accessed 9 de Junio de 2012.

## ANEXOS

### Anexo 1: Encuesta de recolección de datos

**Encuesta de Estudio Epidemiológico de  
Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios**  
Datos Generales

Nº Ficha HCUCH  Nº Ingreso Estudio

**Identificación del Paciente** Rama  Control  Intervención

Nombres  Apellido Paterno  Apellido Materno

R.U.N.  Sexo  Mujer  Hombre Fecha de Nacimiento  Edad  años

**Lugar de Residencia**

Dirección

Comuna

Región

País  Chile  Otro País  Otro País

**Identificación del Tutor**

¿Tiene tutor?  Si  No

Nombres  Apellido Paterno  Apellido Materno

Relación con el paciente  Madre/Padre  Hija/Hijo  Otro\_Familiar  No\_Familiar

¿Quién entrega la información?  Paciente  Tutor

**Contacto**

Teléfono 1   Lugar Teléfono 1

Teléfono 2   Lugar Teléfono 2

Teléfono 3   Lugar Teléfono 3

Correo Electrónico 1  Tipo de Correo

Correo Electrónico 2

Correo Electrónico 3

**Datos del Estudio**

Fecha Encuesta Inicial

¿El paciente accede a la evaluación al alta y posterior?  Si  No

\* Continúa en la página siguiente.

Continuación Anexo 1: Encuesta de recolección de datos.

**Encuesta de Estudio Epidemiológico de  
Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios**  
Otros Datos Sociodemográficos

Nº Ingreso Estudio

Nacionalidad  Raza o Etnia  Estado Civil  Nº de hijos

Otra  Otra

Estado Civil:  
 Soltero(a)  
 Casado(a)  
 Divorciado(a)  
 Viudo(a)

¿Con quién vive?  Solo(a)  Madre  Padre  Hijo(s)  Esposo(a)  Pareja  Otro

¿Sabe leer y escribir?  SI  No      ¿Fue alguna vez al colegio?\*  SI  No

**\*Si fue al colegio:**  
¿Cuál es su nivel educacional?/¿Hasta qué curso llegó?  
 Pre-Basica  Basica  Media  Superior\_Tecnica  Superior\_Profesional  Educacion\_Diferencial

¿Nivel completo?\*  Completo  Incompleto      ¿Que estudió?

**\*Si no ha completado el nivel:**

¿Está estudiando actualmente?  SI  No

No

Si

¿Por qué no sigue estudiando?

Problemas económicos  
 Por el mismo motivo que viene a la clínica  
 Otro

Otro:

¿Qué está estudiando?

Situación Laboral  No\_Trabaja  Trabajando  Cesante

Ocupación

Previsión de Salud  No\_Tiene\_(particular)  Fonasa  Isapre  Otra

Isapre:  Banmedica  Mas\_Vida  
 Colmena  Vida\_Tres  
 Consalud  Otra  
 Cruz\_Blanca

Grupo de Fonasa

Otra Previsión

Otra:

\* Continúa en la página siguiente.

Continuación Anexo 1: Encuesta de recolección de datos.

**Encuesta de Estudio Epidemiológico de  
Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios**  
Otras Variables

N° Ingreso Estudio

Fecha de toma de Consentimiento Informado

Médico Tratante Becado

Unidad CPU a la que pertenece

Médico Supervisor

Relación médico-paciente según MÉDICO  Facil  Le\_gusta  
 Difícil  No\_le\_gusta

Otra descripción

Caracterice relación óptima

¿El paciente hace conciencia de su enfermedad?  Si,\_totalmente  Si,\_parcialmente  No

Relación médico-paciente según PACIENTE  Facil  Le\_gusta  
 Difícil  No\_le\_gusta

Otra descripción

Caracterice relación óptima

Sobre la Hospitalización

Fecha de ingreso  Fecha de egreso  Tiempo de estada  días Tipo de alta  Medica  Administrativa

¿Es pacientes GES durante la hospitalización?  SI  No

Motivos de alta administrativa  El\_paciente\_no\_quiere\_seguir\_hospitalizado  
 Factores\_economicos  
 Otros\_motivos

Otros motivos

Psicoterapia indicada  SI  No

Fecha\_intervencion

\* Continúa en la página siguiente.

Continuación Anexo 1: Encuesta de recolección de datos.

**Encuesta de Estudio Epidemiológico de  
Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios**  
Antecedentes Mórbidos y Gineco-Obstétricos

Nº Ingreso Estudio

Motivo de Ingreso

Antecedentes Psiquiátricos  Sí  No  
Año del Dg  Antecedentes Psiquiátricos

Otros Antecedentes Mórbidos  Sí  No  
Año del Dg  Otros Antecedentes Mórbidos

Hospitalizaciones  Sí  No  
 Motivo Hospitalización

Cirugías  Sí  No  
 Motivo Cirugía

¿Fuma o ha fumado alguna vez?  Sí  No

Edad Inicio  años Cigarrillos por día   
Edad Final\*  años  
\*Si fuma actualmente poner en edad final 00 (doble cero).

Embarazo  No\_aplica ¿Está embarazada?  Sí  No

Alergias  Sí  No  Medicamentos  Alimentos  Otros  
Medicamentos   
Alimentos   
Otros

Embarazo  No\_aplica ¿Está embarazada?  Sí  No

Alergias  Sí  No  Medicamentos  Alimentos  Otros  
Medicamentos   
Alimentos   
Otros

\* Continúa en la página siguiente.

Continuación Anexo 1: Encuesta de recolección de datos.

Encuesta de Estudio Epidemiológico de Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios Antecedentes Mórbidos y Gineco-Obstétricos	
<b>Diagnóstico DSM-IV</b>	
<b>Eje I</b>	1. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Si	2. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Ninguno	3. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Aplazado	4. <input type="text"/>
	5. <input type="text"/>
<b>Eje II</b>	1. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Si	2. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Ninguno	3. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Aplazado	4. <input type="text"/>
	5. <input type="text"/>
<b>Eje III</b>	1. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Si	2. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Ninguno	3. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Aplazado	4. <input type="text"/>
	5. <input type="text"/>
<b>Eje IV</b>	1. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Si	2. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Ninguno	3. <input type="text"/>
<input type="radio"/> Aplazado	4. <input type="text"/>
	5. <input type="text"/>
<b>Eje V</b>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Si	
<input type="radio"/> Ninguno	
<input type="radio"/> Aplazado	
<b>Antecedentes Mórbidos Familiares</b>	
<b>¿Existen Antecedentes Psiquiátricos Familiares?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> Se_desconocen_antecedentes	
Pariente	Antecedentes Psiquiátricos Familiares
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>¿Existen Otros Antecedentes Mórbidos Familiares?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input type="checkbox"/> Se_desconocen_antecedentes	
Pariente	Otros Antecedentes Mórbidos Familiares
<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Continúa en la página siguiente.

Continuación Anexo 1: Encuesta de recolección de datos.

### Encuesta de Estudio Epidemiológico de Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios

#### Evaluación de Signos y Síntomas - Inicial

Nº Ingreso Estudio

Fecha Evaluación

¿Presenta Signos o Síntomas?  SI  No

**Signos y Síntomas**

<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Alteraciones en la piel	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Ausencia o irregularidad de menstruación	<input type="checkbox"/> Palpitaciones (taquicardia)
<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Pensamientos extraños
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Retención urinaria
<input type="checkbox"/> Disfunción sexual	<input type="checkbox"/> Sedación
<input type="checkbox"/> Disminución de presión arterial	<input type="checkbox"/> Somnolencia
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sudoración
<input type="checkbox"/> Exaltación del ánimo exagerado (mania)	<input type="checkbox"/> Temblores
<input type="checkbox"/> Fatiga o debilidad	<input type="checkbox"/> Visión borrosa
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Vómitos
<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Otros

Otros Signos y Síntomas

---

#### Evaluación de Uso de Medicamentos - Inicial

Nº Ingreso Estudio

Fecha Evaluación

¿Con cuántos medicamentos por día se va al alta?

**Medicamento N°1**

Nombre	Dosis	Unidad	Esquema
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indicado por			Veces/día <input type="text"/>
<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Farmacéutico <input type="radio"/> En la farmacia, pero no QF <input type="radio"/> Automedicación <input type="radio"/> Otra persona			FF totales/día <input type="text"/>
Otra persona <input style="width: 90%;" type="text"/>			Dosis total/día <input type="text"/>
Vía de administración	<input type="radio"/> Oral <input type="radio"/> I.M. <input type="radio"/> Sublingual <input type="radio"/> Otra		
¿Con qué se lo toma?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Jugo Pomelo <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Bebida <input type="checkbox"/> Otros Jugos <input type="checkbox"/> Otros		Otro <input style="width: 100%;" type="text"/>
¿Sabe para qué lo toma?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No		
	¿Para qué lo toma? <input style="width: 100%;" type="text"/>		
¿Le produce problemas o malestares?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No		
Problemas o malestares	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

\* Continúa en la página siguiente.

Continuación Anexo 1: Encuesta de recolección de datos.

**Encuesta de Estudio Epidemiológico de  
Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios**  
Evaluación de Uso de Medicamentos - Final y Evaluación de Adherencia

Fecha Evaluación  N° Ingreso Estudio

**¿Cuántos medicamentos ha tomado durante la última semana?**   
Promedio diario, vía oral

Si el paciente o el acompañante responsable no recuerdan todos los datos, solicitar completarlos por teléfono.

¿Completar datos por teléfono?  SI  No Fecha de llamado

**Medicamento N°1**

Nombre	<input type="text"/>	Dosis	<input type="text"/>	Unidad	<input type="text"/>	Esquema	<input type="text"/>
Indicado por	<input type="radio"/> Medico <input type="radio"/> Farmaceutico <input type="radio"/> En_la_farmacia,_pero_no_QF <input type="radio"/> Automedicacion <input type="radio"/> Otra_persona			Veces/día	<input type="text"/>		
Otra persona	<input type="text"/>			FF totales/día	<input type="text"/>		
Vía de administración	<input type="radio"/> Oral <input type="radio"/> I.M. <input type="radio"/> Subcutánea <input type="radio"/> Subling			Dosis total/día	<input type="text"/>		
¿Con qué se lo toma?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Jugo_Pomelo <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Bebida <input type="checkbox"/> Otros_Jugos <input type="checkbox"/> Otros					Otro	<input type="text"/>
¿Dónde lo guarda/mantiene?	<input type="radio"/> Lugar_fresco,_seco,_sin_luz <input type="radio"/> Otro						
	Otro lugar	<input type="text"/>					
¿Sabe para qué lo toma?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	¿Para qué lo toma?	<input type="text"/>				
¿Le produce problemas o malestares?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No						
Problemas o malestares	<input type="text"/>						

\* Continúa en la página siguiente.

Continuación Anexo 1: Encuesta de recolección de datos.

## Encuesta de Estudio Epidemiológico de Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios

### Evaluación de Adherencia y Cumplimiento

Fecha de Evaluación  N° Ingreso Estudio

**Test de Morisky Green**

¿Se olvida alguna vez de tomarse los medicamentos?  Sí  No

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?  Sí  No

Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?  Sí  No

Si alguna vez le caen mal ¿deja de tomar los medicamentos?  Sí  No

Resultado  Adherente  No Adherente

¿Qué medicamentos no se ha tomado?

**Evaluación Cuantitativa por Dosis**

¿Cuántas dosis no se ha tomado durante la última semana?

Dosis totales

Cumplimiento  %

Resultado  Adherente  No Adherente

**Evaluación Cuantitativa por FE**

¿Cuántas FE no se ha tomado durante la última semana?

FF totales

Cumplimiento  %

Resultado  Adherente  No Adherente

**Motivos de No Cumplimiento** ¿Por qué no se tomó los medicamentos?

<input type="checkbox"/> No_quiso	<input type="checkbox"/> Presentacion_incomoda/inadecuada_de_medicamentos
<input type="checkbox"/> No_cree_que_esta_enfermo	<input type="checkbox"/> Efectos_adversos_Mencionar
<input type="checkbox"/> No_cree_que_lo_necesita	<input type="checkbox"/> Problemas_con_receta_No_la_tenia
<input type="checkbox"/> Falta_de_confianza_en_el_tratamiento	<input type="checkbox"/> Problemas_con_receta_No_se_entendia
<input type="checkbox"/> Falta_de_apoyo_de_red	<input type="checkbox"/> Problemas_con_receta_Vencida
<input type="checkbox"/> Se_le_olvido	<input type="checkbox"/> Problemas_con_receta_Otro
<input type="checkbox"/> No_entendio_indicaciones	<input type="checkbox"/> Problemas_para_comprarlo_Problemas_economicos
<input type="checkbox"/> Se_confundio	<input type="checkbox"/> Problemas_para_comprarlo_No_lo_encontro_(ej:_agotado)
<input type="checkbox"/> Horario_engorroso/molesto/incompatible	<input type="checkbox"/> Problemas_para_comprarlo_Otro
<input type="checkbox"/> Cantidad_de_medicamentos_Son_muchos	<input type="checkbox"/> Otros_motivos

Otros motivos

\* Continúa en la página siguiente.

Continuación Anexo 1: Encuesta de recolección de datos.

**Encuesta de Estudio Epidemiológico de Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios**  
Evaluación de Adherencia y Cumplimiento

Controles Ambulatorios

¿Donde se ha estado controlando?  CPU  Otro

Otro lugar

¿Se ha controlado con el mismo médico que lo vio durante la hospitalización?  Mismo  Otro

Otro médico

Relación médico-paciente según PACIENTE

¿Se ha atendido por GES durante los controles ambulatorios en la CPU?  Si  No

¿Se ha atendido por GES durante los controles ambulatorios en otro lugar?  Si  No

Fechas de Controles:

1.  6.

2.  7.

3.  8.

4.  9.

5.  10.

Comentarios

**Anexo 2. Egresos hospitalarios en la región Metropolitana en el 2009 según subgrupos de trastornos mentales y del comportamiento, por sexo**

Subgrupos de causas	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Depresión y trastornos del humor (afectivos)	841	16,4%	1982	31,4%	2823	24,7%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1080	21,1%	879	13,9%	1959	17,1%
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	236	4,6%	291	4,6%	527	4,6%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	780	15,2%	385	6,1%	1165	10,2%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol	824	16,1%	268	4,2%	1092	9,5%
Otras causas	1363	26,6%	2511	39,8%	3874	33,9%
<b>Trastornos mentales y del comportamiento</b>	<b>5124</b>	<b>100,0%</b>	<b>6316</b>	<b>100,0%</b>	<b>11440</b>	<b>100,0%</b>

Adaptado de DEIS, 2009. <sup>[30]</sup>

### Anexo 3. Egresos hospitalarios en la región Metropolitana en el 2009 según subgrupos de trastornos mentales y del comportamiento, por edad

Subgrupos de causas	Rango de Edad						Total (100%)
	0-4	5-9	10-19	20-44	45-64	65 y más	
Depresión y trastornos del humor (afectivos)	0,1%	0,9%	17,0%	46,5%	29,9%	5,6%	2823
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	0,0%	0,0%	14,2%	57,7%	23,8%	4,2%	1959
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	0,0%	0,0%	3,8%	14,4%	17,3%	64,5%	527
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	0,0%	0,0%	19,1%	69,0%	10,8%	1,1%	1165
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol	0,0%	0,0%	5,3%	47,0%	41,0%	6,7%	1092
<b>Todos los trastornos mentales y del comportamiento</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,0%</b>	<b>16,1%</b>	<b>48,5%</b>	<b>24,9%</b>	<b>7,9%</b>	<b>11440</b>

Adaptado de DEIS, 2009. <sup>[30]</sup>

### Anexo 4. Días de estada en egresos hospitalarios en la región Metropolitana en el 2009 según subgrupos de trastornos mentales y del comportamiento, por sexo

Subgrupos de causas	Hombres	Mujeres	Total
Depresión y trastornos del humor (afectivos)	17,1	16,9	17,0
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	120,1	54,9	90,8
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	31,7	43,1	38,0
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	17,7	16,6	17,5
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	20,6	17,8	19,7
<b>Todos los trastornos mentales y del comportamiento</b>	<b>47,1</b>	<b>26,4</b>	<b>35,6</b>

Adaptado de DEIS, 2009. <sup>[30]</sup>

### Anexo 5. Previsión en egresos hospitalarios en la región Metropolitana en el 2009 a causa de trastornos mentales y del comportamiento, por sexo

Previsión	Hombres		Mujeres		Total		Total sin AI	
	N	%	N	%	N	%	N	%
FONASA Atención Institucional	2868	56,0%	3270	51,8%	6138	53,7%	---	---
FONASA Libre Elección	262	5,1%	327	5,2%	589	5,1%	589	11,1%
ISAPRE	984	19,2%	1696	26,9%	2680	23,4%	2680	50,5%
Particular	319	6,2%	272	4,3%	591	5,2%	591	11,1%
Otra	691	13,5%	751	11,9%	1442	12,6%	1442	27,2%
<b>Total</b>	<b>5124</b>	<b>100,0%</b>	<b>6316</b>	<b>100,0%</b>	<b>11440</b>	<b>100,0%</b>	<b>5302</b>	<b>100,0%</b>

Adaptado de DEIS, 2009. <sup>[30]</sup>