



**CARACTERIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN A FARMACODEPENDIENTES, MEDIANTE
DIAGNÓSTICO DEL CUMPLIMIENTO DE LEGISLACIÓN VIGENTE DE HABILITACIÓN**

ANDERSSON YANJAR VELASQUEZ CASTRO
andevelasquez@udca.edu.co

CYOMA DAMARIS VILLARREAL BOLAÑOS
cyvillarreal@udca.edu.co

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES - U.D.C.A.
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES
FACULTAD DE CIENCIAS
BOGOTÁ
2018**

**CARACTERIZACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN A FARMACODEPENDIENTES, MEDIANTE
DIAGNÓSTICO DEL CUMPLIMIENTO DE LEGISLACIÓN VIGENTE DE HABILITACIÓN**

ANDERSSON YANJAR VELASQUEZ CASTRO
andvelasquez@udca.edu.co

CYOMA DAMARIS VILLARREAL BOLAÑOS
cyvillarreal@udca.edu.co

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE QUÍMICO FARMACÉUTICO

Director:
ULISES CRUZ GRANADOS
Pedagogo Especializado en Farmacodependencia

Codirector:
SANDRA LILIANA FONSECA FUQUENE
Química Farmacéutica

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES - U.D.C.A.
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES
FACULTAD DE CIENCIAS
BOGOTÁ
2018

Nota de aceptación:

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

DEDICATORIA

Pon todo lo que hagas en manos del Señor, y tus planes
tendrán éxito.
Proverbios 16:3

Cuando tenemos Fe en Dios las cosas en la vida suceden de maneras inesperadas, por eso este trabajo y cada uno de mis logros son para Dios, quien me da la fuerza, sabiduría y paz para seguir avanzando, a mis padres que a pesar de las adversidades están siempre disponibles para mí, a cada uno de mis hermanos por ser fuente de inspiración para continuar liderando y luchando, a mis amigos, compañeros y profesores que entregaron una parte de sus vidas y compartieron su conocimiento, logrando culminar este proyecto de estudio y el desarrollo de este trabajo de grado

Anderson Velasquez

Porque siempre he podido comprobar Su inagotable bondad y amor, este y todos mis éxitos los dedico a Dios quien es y ha sido mi sustento, también a mis Padres que con su consejo y sabiduría me han formado para ser lo que soy, a mis hermanas hermosas que siempre han estado acompañándome y motivándome, a familiares y amigos que han sido compañeros fieles y apoyo constante en mi travesía académica, lo dedico a todos los docentes, compañeros y colegas que me compartieron y comparten aún sus conocimientos y experiencias que permitieron la culminación de mis estudios y el desarrollo de esta investigación.

Cyoma Villarreal

AGRADECIMIENTOS

Nuestra gratitud completa a Dios que nos ha dado toda lo necesario para llegar hasta donde hemos llegado, a nuestros amados Padres y hermanos fieles que siempre están a nuestro lado, a nuestros Pastores y supervisores por su respaldo y cobertura, a la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales - UDCA por formarnos en esta hermosa profesión, a nuestro director de tesis por su entusiasmo y compromiso por esta investigación, a nuestra codirectora por sus valiosos aportes, a todos ustedes infinitas gracias.

Andersson Velasquez y Cyoma Villarreal

ABREVIATURAS

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo

BUN: Nitrógeno ureico en sangre

CAD: Centro de atención de drogadicción

CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

ECG: Ecocardiograma

ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

IRSN: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina

ODC: Observatorio de Drogas de Colombia

OMS: Organización Mundial de la Salud

PRM: Problemas Relacionados al Uso de Medicamentos

QT: es la medida del tiempo entre el comienzo de la onda Q y el final de la onda T en el electrocardiograma

RAM: Reacción Adversa a Medicamento

SEPD: Sociedad Española de Patología Dual

SPA: Sustancias Psicoactivas

TDHA: Trastorno Déficit Atención e Hiperactividad

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

TABLA DE CONTENIDO

1.	LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS	11
2.	LISTA DE ANEXOS	12
3.	INTRODUCCIÓN	13
4.	JUSTIFICACIÓN	16
5.	MARCO TEÓRICO	18
5.1.	DEFINICIONES	18
5.2.	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS EN COLOMBIA	18
5.3.	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN BOGOTÁ	19
5.3.1.	Principales sustancias ilícitas consumidas en Bogotá	19
5.4.	FARMACODEPENDENCIA	23
5.4.1.	Abuso de drogas y farmacodependencia	23
5.4.2.	Abuso de drogas y mala administración de medicamentos	24
5.4.3.	Farmacología Social	24
5.5.	ENFERMEDAD DUAL	24
5.5.1.	¿Qué es la enfermedad dual?	24
5.5.2.	¿Cómo funciona la enfermedad dual?	25
5.5.3.	Causas de la enfermedad dual	25
5.6.	CENTROS DE REHABILITACIÓN	25
5.6.1.	Legislación Colombiana	25
5.6.1.1.	Sentencia T-153/14	26
5.6.1.2.	Resolución número 196 de 2002	26
5.6.1.3.	Resolución número 4750 de 2005	28
5.6.1.4.	Decreto 1945 de 1996	29
5.7.	ATENCIÓN FARMACEUTICA	29
5.7.1.	Manuales de atención farmacéutica a pacientes	29
5.7.2.	Problemas relacionados al uso de medicamentos	30
5.7.2.1.	PRM de Necesidad	30
5.7.2.2.	PRM de Efectividad	30
5.7.2.3.	PRM de Seguridad	30
5.7.3.	Interacciones	30
5.7.3.1.	Las interacciones farmacodinámicas	30
5.7.3.2.	Las interacciones farmacocinéticas	31
6.	OBJETIVOS	32
6.7.	OBJETIVO GENERAL	32
6.8.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32

7.	METODOLOGÍA	33
7.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
7.2.	VISITA Y LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN	33
7.2.1.	Entrevista a los pacientes.....	33
7.2.2.	Información a obtener de los funcionarios.....	34
7.2.3.	Selección y priorización de problemas	34
7.2.4.	Revisión de la literatura.....	34
7.2.5.	Construcción y análisis de matriz DOFA para la institución.....	35
7.3.	ELABORACIÓN DEL MANUAL DE USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS	36
8.	RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
8.1.	CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	37
8.1.1.	Nivel de complejidad	37
8.1.2.	Tipo de centro de atención CAD	39
8.1.2.1.	Recurso humano	39
8.1.2.2.	Infraestructura e instalaciones físicas	40
8.1.2.3.	Dotaciones e insumos.....	40
8.1.2.4.	Procesos prioritarios	40
8.1.2.5.	Registros	40
8.1.2.6.	Interdependencia de servicios	41
8.1.2.7.	Seguimiento a riesgos.....	41
8.2.	LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN CON FUNCIONARIOS.....	41
8.3.	RESUMEN DE CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	42
8.4.	CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES	42
8.4.1.	Farmacoterapia Activa	43
8.4.2.	Diagnósticos	43
8.4.3.	Pluripatología	44
8.4.4.	Polifarmacia	45
8.4.5.	Uso de Medicamentos.....	46
8.4.6.	Grupos Farmacológicos	47
8.5.	ENTREVISTA A LOS PACIENTES.....	47
8.5.1.	Clasificación de interacción de medicamentos	48
8.5.2.	Interacciones potenciales por paciente	48
8.5.2.1.	Análisis de interacciones medicamentosas potenciales	49
8.5.2.1.1.	Clozapina y Risperidona.....	49
8.5.2.1.2.	Clozapina y Quetiapina.....	50
8.5.2.1.3.	Carbonato de Litio y Sertralina	50

8.5.2.1.4.	Lorazepam y Clozapina.....	51
8.5.2.1.5.	Clozapina y Sertralina	51
8.5.2.1.6.	Lorazepam y Risperidona	52
8.5.2.1.7.	Levomepromazina y Losartán	52
8.5.2.1.8.	Clozapina y Losartán	52
8.5.2.1.9.	Ácido Acetilsalicílico y Losartán	53
8.5.2.1.10.	Levomepromazina y Sertralina	53
8.5.2.1.11.	Hidroclorotiazida y Sertralina	53
8.5.2.1.12.	Clozapina e Hidroclorotiazida	54
8.5.2.1.13.	Ácido Acetilsalicílico y Sertralina.....	54
8.5.2.1.14.	Hidroclorotiazida y Levomepromazina.....	55
8.5.2.1.15.	Clozapina y Levomepromazina	55
8.5.2.1.16.	Hidroclorotiazida y Omeprazol.....	56
8.5.2.1.17.	Clozapina y Omeprazol	56
8.5.2.1.18.	Carbamazepina y Levomepromazina	57
8.5.2.1.19.	Carbamazepina y Metocarbamol	57
8.5.2.1.20.	Carbamazepina y Risperidona	57
8.5.2.1.21.	Levomepromazina y Risperidona.....	57
8.5.2.1.22.	Metocarbamol y Risperidona	58
8.5.2.1.23.	Omeprazol y Atorvastatina	58
8.5.2.1.24.	Carbonato de Litio y Levomepromazina	58
8.5.2.1.25.	Carbonato de Litio y Risperidona	58
8.5.2.1.26.	Sertralina y Risperidona	59
8.5.2.1.27.	Lorazepam y Difenhidramina	59
8.5.2.1.28.	Lorazepam y Carbamazepina	59
8.5.2.1.29.	Risperidona y Difenhidramina	59
8.5.2.1.30.	Fluoxetina y Risperidona	60
8.5.2.1.31.	Fluoxetina y Difenhidramina	60
8.5.2.1.32.	Fluoxetina y Carbamazepina	60
8.5.2.1.33.	Carbamazepina y Difenhidramina	61
8.5.2.1.34.	Risperidona y Metformina.....	61
8.5.2.1.35.	Carbonato de Litio y Clozapina	61
8.5.2.1.36.	Carbonato de Litio y Quetiapina	61
8.5.2.1.37.	Levomepromazina y Quetiapina	62
8.5.2.1.38.	Aspirina y Omeprazol	62
8.5.3.	Duplicidades Terapéuticas	63

8.5.3.1.1.	Risperidona y Clozapina.....	63
8.5.3.1.2.	Carbamazepina, Difenhidramina, Fluoxetina, Lorazepam y Risperidona.	63
8.5.3.1.3.	Clozapina y Quetiapina.....	63
8.6.	PROPOSICIÓN DEL ROL DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO.....	63
8.7.	MATRÍZ DOFA Y ANÁLISIS	65
9.	RECOMENDACIONES	68
10.	CONCLUSIONES.....	69
11.	IMPACTO ESPERADO	71
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
13.	ANEXOS.....	75
13.1.	ANEXO 1. Levantamiento de información con funcionarios	75
13.2.	ANEXO 2. Formato de entrevista a pacientes.....	76
13.3.	ANEXO 3. Imágenes de levantamiento de información con funcionarios	77
13.4.	ANEXO 4. Resumen de historial farmacológico de los pacientes	78
13.5.	ANEXO 5. Manual de uso adecuado de medicamentos para la institución	99

1. LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas.....	19
Tabla 2. Evaluación de Nivel de Complejidad de la Institución (Res. 196 de 2002)	38
Tabla 3. Resumen de caracterización de la Institución	42
Tabla 4. Clasificación de Interacciones	48
Gráfico 1. Esquema de Matriz DOFA.....	35
Gráfico 2. Pacientes con Farmacoterapia	43
Gráfico 3. Diagnósticos de Pacientes Con Farmacoterapia Activa	44
Gráfico 4. Pluripatología de los Pacientes	45
Gráfico 5. Polifarmacia de los Pacientes	45
Gráfico 6. Medicamentos Consumidos por los Pacientes	46
Gráfico 7. Grupo Farmacológico por Pacientes.....	47
Gráfico 8. Interacciones Por Pacientes	49

2. LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1. Levantamiento de información con funcionarios
- Anexo 2. Formato de entrevista a pacientes
- Anexo 3. Imágenes de levantamiento de información con funcionarios
- Anexo 4. Resumen de historial farmacológico de los pacientes
- Anexo 5. Manual de uso adecuado de medicamentos para la institución

3. INTRODUCCIÓN

Según lo indica el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) el consumo de sustancias psicoactivas en el país es un problema crítico, no solo por el aumento sistemático que señalan los estudios disponibles, sino porque sus características lo hacen un asunto complejo con serias repercusiones en la salud pública y en lo social, el consumo de drogas ilícitas está creciendo en el país no solo porque más personas las consumen sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso.

Es importante reconocer que mientras muchas personas usan drogas en algún momento del ciclo vital y las abandonan de forma natural, en otras, el consumo de sustancias se vuelve persistente y logra afectar la salud, las relaciones sociales, familiares, laborales y/o académicas. La diferencia entre unos y otros individuos depende de varios aspectos en el ámbito de la sustancia, la persona y su contexto social. (Observatorio de Drogas de Colombia, 2018)

A raíz del consumo habitual de sustancias psicoactivas se desprenden efectos causados por estas, y es así como se encuentran consumidores que llegan a padecer patologías mentales a lo largo de su ciclo vital con una adicción a alguna sustancia o por el contrario pacientes que viviendo con una enfermedad mental caen en el consumo de dichas sustancias aumentando sus trastornos mentales, a esto se le ha denominado mundialmente patología dual.

Para la sociedad española de patología dual (SEPD), cuando se evidencia que el consumidor presenta adicción y una patología de trastorno mental se denomina que son pacientes con patologías duales, donde las adicciones pueden ser a sustancias integradas en nuestra cultura como el tabaco, la xantina (café, por ejemplo), alcohol, analgésicos o aquellas no integradas como el cannabis, los estimulantes, (cocaína, anfetaminas, etcétera) y los opioides. También se incorporan adicciones comportamentales como la Ludopatía.

Los trastornos mentales hacen referencia a sufrir trastornos de ansiedad, (generalizada, ansiedad social, etcétera.), trastornos del estado de ánimo, (depresión, trastorno bipolar, etcétera.), trastornos del espectro de la esquizofrenia y la psicosis, Trastorno Déficit Atención e Hiperactividad (TDAH), y diferentes rasgos y trastornos de personalidad (antisocial, límite o borderline, esquizotípico, evitativo y obsesivo, fundamentalmente). (Sociedad Española de Patología Dual, 2018)

En Colombia la legislación vigente permite que diferentes tipos de instituciones puedan participar en procesos de rehabilitación y restauración de personas que presenten este tipo de problemas relacionadas con el consumo de drogas, partiendo del concepto que la adicción o farmacodependencia es una enfermedad multifactorial que puede llegar a afectar al individuo de manera física, mental y social, por lo cual el paciente debe ser atendido de manera multidisciplinaria con un acompañamiento permanente de diferentes profesionales de la salud para evidenciar su progreso y mejora, y más cuando es evidente que este tipo de enfermedades ataca una población vulnerable como es la de los jóvenes, con un consumo que sigue creciendo en el país.

Es así como nace la necesidad de ver esta problemática desde el punto de vista de la Química Farmacéutica, puesto que al ser una profesión del área de la salud, juega un papel muy importante en la intervención y verificación de los tratamientos farmacoterapéuticos, siendo complementarios a otras profesiones para subsanar este tema de salud pública; además de realizar la correspondiente vigilancia y control de los métodos utilizados al interior de las instituciones en las cuales se cuente con áreas de almacenamiento de medicamentos para posterior administración o dispensación a los pacientes y el seguimiento de cada uno de ellos en cuanto a su terapia farmacológica.

Así las cosas, se propone el desarrollo de este trabajo de grado teniendo en cuenta que en la actualidad en un país como Colombia se busca establecer políticas de salud pública que contribuyan al mejoramiento de la vida de cada uno de los ciudadanos; según la comisión asesora para la política de drogas se ha considerado que en Colombia como en otros países de la región, el consumo de estas sustancias ha venido en aumento. Esto hace que sea prioritario para el estado colombiano formular políticas públicas basadas en las evidencias que permitan prevenir y tratar el consumo de drogas de manera efectiva y reducir sus posibles daños directos y colaterales. (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013)

No obstante, y de acuerdo a la oficina de naciones unidas, los problemas de abuso de drogas imponen ahora una carga sustancial a casi todas las sociedades, y en todas ellas es esencial dedicar tiempo y energía a abordarlos. Esa inversión reviste particular importancia en entornos de escasos recursos, en que los costos ocultos y las cargas derivadas de esos problemas (por ejemplo, los costos para el sistema de salud, la pérdida de productividad en el trabajo y los costos de justicia penal) ocasionan una demanda sustancial de recursos que podrían asignarse a otros sectores si se aplicaran estrategias generales apropiadas de prevención e intervención. (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2002)

El panorama del consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá muestra, al igual que en el país, la relevancia que tienen las sustancias de curso legal, como tabaco y bebidas alcohólicas. El consumo de las sustancias ilícitas se caracteriza por el alto consumo de marihuana, que, en comparación con las otras sustancias, es relevante en su consumo actual. En segundo lugar, el consumo de cocaína se perfila como relevante en el consumo de alguna vez en la vida y en el consumo reciente, en tanto que el bazuco pierde presencia en el consumo reciente. (Alcaldía de Bogotá - Secretaria Distrital de Salud y la UNODC, 2016)

Al ver la perspectiva a nivel nacional de la atención y prevención de drogadicción, se evidencian diferentes aristas desde las cuales el estado y la sociedad pueden atacar esta problemática, pero sin perder de vista los ciudadanos que ya se encuentran sumergidos bajo el dominio de la adicción y que de alguno u otro modo logran llegar a diferentes tipos de instituciones de atención de rehabilitación que, de acuerdo a la legislación colombiana, deben estar preparadas con los mínimos lineamientos de atención necesarios para estos, lo que ya ha sido abordado abiertamente desde otras profesiones de la salud (medicina, enfermería, psiquiatría, psicología, etc.), pero que en cuanto al profesional Químico Farmacéutico no se evidencia la misma participación activa para aportar a esta problemática, y es ahí donde nace la necesidad de generar un manual práctico de atención farmacéutica de pacientes farmacodependientes para que sea aplicado en instituciones que por su razón social, ideología, financiación u otros factores, no cumplan con los requisitos necesarios para su idónea atención en salud y/o no cuentan con un profesional del medicamento que les asesore en cuanto al uso adecuado de los medicamentos, estableciendo los lineamientos básicos y de importancia para el manejo correcto de este tipo de pacientes.

En este contexto, es bien evidenciado que el manejo clínico de pacientes farmacodependientes puede ser brindado por hospitales psiquiátricos, tratamientos farmacológicos o estar direccionados por una comunidad terapéutica, donde son destacados el cuerpo médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social, familia, ámbito social, etc. Y para los mencionados anteriormente, existe un sin número de herramientas que contribuyen al manejo adecuado de los pacientes en cuestión, sin embargo, cuando de farmacoterapia se trata, la información y los recursos disponibles están diseñados para profesionales del medicamento, siendo esto una posible barrera para el uso adecuado de medicamentos.

Al generar estrategias primarias para la atención farmacéutica se garantizaría que la institución dedicada al acompañamiento de pacientes farmacodependientes cuente con un guía de atención

farmacéutica definida científicamente y de forma práctica, para poder caracterizar adecuadamente a estos pacientes y además poder identificar las necesidades durante su proceso de desintoxicación, rehabilitación y reintegración social; el estado proporciona lineamientos generales de habilitación de las instituciones de rehabilitación, pero estas a su vez en la práctica se ven distantes de la realidad, por eso lo que se busca es generar el recurso disponible por medio de un manual práctico de atención farmacéutica que le proporcione a las instituciones prestadoras de este servicio una pauta para el idóneo tratamiento farmacológico de estos pacientes, disminuyendo de este modo los posibles errores, llamados técnicamente como problemas relacionados al uso de medicamentos (PRM), a los que puede conllevar el desconocimiento de la atención de pacientes farmacodependientes que se encuentren con farmacoterapia activa.

En este orden de ideas, se genera también aquella incógnita sobre los procesos necesarios para abarcar esta problemática, dando cabida a la actividad relevante de la atención farmacéutica y del rol a desempeñar por el Químico Farmacéutico en instituciones de rehabilitación a pacientes farmacodependientes.

4. JUSTIFICACIÓN

Como lo ha venido indicando la oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, el consumo de drogas y la farmacodependencia constituyen un problema de salud pública cuyos efectos sobre el desarrollo y la seguridad son graves. Se calcula que unos 205 millones de personas consumen drogas ilícitas en el mundo, de las cuales unos 25 millones están aquejadas de dependencia. El consumo de drogas es uno de los 20 factores principales de riesgo para la salud en todo el mundo y uno de los 10 factores principales en los países desarrollados. Los trastornos relacionados con el consumo de drogas se vinculan con un mayor riesgo de contraer enfermedades mentales, VIH/SIDA, la hepatitis, la tuberculosis y las enfermedades cardiovasculares, entre otras, así como con un mayor riesgo de suicidio y muerte por sobredosis.

En publicaciones de esta entidad (ex Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito) titulada Demand Reduction - A Glossary of Terms se añade: “Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena. Los servicios y posibilidades de tratamiento pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales. El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con éste”. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud, 2010)

En la mayoría de los países existe un plan básico sobre drogas o un marco normativo nacional de mayor alcance para organizar y orientar la forma de abordar el problema. Teniendo en cuenta que el abuso de drogas puede llegar a afectar a muchos sectores de la población y da lugar a problemas sanitarios, sociales y jurídicos, esos planes se integran con frecuencia en las políticas vigentes de aplicación coercitiva de la ley, justicia, educación, salud, trabajo, agricultura, economía y bienestar social. (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2002)

En un país como Colombia el gobierno nacional ha venido en los últimos años dando enfoque a este tema como un problema de salud pública, aplicando diferentes legislaciones y con enfoques destinados a la prevención, tratamiento, atención y acreditación de instituciones que se dediquen a salvaguardar la población de este tipo de enfermedades desencadenadas de la adicción.

Según el estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá el consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína) registra un aumento significativo en comparación con el estudio realizado en 2009. La prevalencia de vida pasó del 9.6% en 2009 al 15.4% en 2016, incrementándose en cerca de seis puntos porcentuales. También se registra aumento de uso en el último año (del 2.5% en 2009 al 4.6% en 2016). (Alcaldía de Bogotá - Secretaria Distrital de Salud y la UNODC, 2016)

Lo concluido por la alcaldía mayor de Bogotá indica que el acceso al tratamiento de abuso de sustancias da lugar a una reducción en crímenes. Por esta razón, se sugiere explorar si facilitar el acceso al tratamiento de abuso de sustancias en Bogotá, puede tener repercusiones positivas sobre los delitos violentos y de propiedad. (Oficina de Análisis de Información y Estudios Estratégicos, Secretaria de Seguridad Convivencia y Justicia. Alcaldía mayor de Bogotá, 2017)

En este contexto, es importante resaltar que al interior de las instituciones de rehabilitación muy posiblemente los pacientes que ahí se encuentren en un cierto porcentaje tendrán una patología dual que es como lo indica la SEPD, cuando hablamos de patología dual nos referimos a la

coexistencia de dos psicopatologías, por un lado la drogodependencia y por otro la psicopatología psiquiátrica. (Sociedad Española de Patología Dual, 2018) Por lo anterior, surge el requerimiento de tratamientos complementarios, como lo es la farmacoterapia.

En consecuencia se crea la necesidad de que aquellas instituciones no necesariamente habilitadas, donde brinden atención a pacientes con patología dual, o incluso pluripatológicos, exista el servicio farmacéutico como mínimo para la dispensación y/o administración de medicamentos, sin embargo, solamente aquellas instituciones que cuentan con habilitación y formalización de sus servicios de salud cumplen con este requisito, pero aquellas que surgen normalmente de carácter privado, que no siempre cumplen con los criterios de habilitación, no están preparados para atender esta problemática, y normalmente lo realizan de forma empírica, por instrucción de familiares, del mismo paciente o bajo estricta instrucción del médico o el hospital remitente, por lo tanto, si estas últimas instituciones contaran con un manual de atención farmacéutica básico para manejo de la terapia de los pacientes farmacodependientes o pacientes con patologías duales, realizando la construcción basada en evidencia científica que oficie como un sistema organizado de prácticas para la atención de personas con diversos grados de consumo de sustancias psicoactivas y asociadas a patologías mentales, capaz de ser implementado en Colombia, en instituciones de mediana y alta complejidad, que presten servicio a pacientes con farmacoterapia activa, se estaría contribuyendo en gran medida a la disminución del riesgo asociado al uso inapropiado de los medicamentos.

Es ahí donde el profesional en Química Farmacéutica juega un papel importante para la atención farmacéutica idónea, pues bien, como lo define el Decreto 1945 de 1996 la atención farmacéutica es el conjunto ordenado y sistemático de acciones y procedimientos necesarios para la promoción, prevención y recuperación de la salud, individual y colectivo, con base en los productos farmacéuticos y afines. (Ministerio de Salud y Protección Social, 1996)

Partiendo de esta definición podemos claramente identificar como un paciente con farmacoterapia activa que se encuentra recluido en una institución de rehabilitación por farmacodependencia necesita de un acompañamiento en cuanto a la atención farmacéutica se trata, haciéndose necesario identificar si este tipo de pacientes deben tener dicho acompañamiento por el Químico Farmacéutico de manera permanente o no, generándose también la posibilidad de indagar por medio de la investigación en campo y concordancia con la ya mencionada legislación vigente el alcance del profesional del medicamento en estas instituciones. Interviniendo directamente en el control de procedimientos adecuados de almacenamiento de medicamentos, evaluación de dosis utilizadas, respuestas de los pacientes a los medicamentos, duplicidad en las farmacoterapias, diversos tipos de interacciones, efecto adversos en los pacientes, y todo tipo de problema relacionado al uso de medicamentos, junto con la verificación de la adecuada utilización de estos, valorando la respuesta a las terapias farmacológicas utilizadas para el tratamiento de este tipo de pacientes farmacodependientes.

Generando desde el punto de vista profesional medidas de apoyo, complementariedad o corrección de práctica a otros profesionales de la salud que se encuentren interviniendo a los pacientes, y siendo referente de consulta técnica, resolución de dudas y orientación a pacientes o aquellos funcionarios responsables de estas instituciones. Todo esto con aras del mejoramiento de la condición de salud actual del paciente, siendo esto lo que se pretende desarrollar al interior de la institución de interés del presente trabajo de grado.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. DEFINICIONES

Farmacoterapia: La farmacoterapia es la ciencia y aplicación de los medicamentos para la prevención y tratamiento de las enfermedades.

Intoxicación aguda. Es el estado posterior a la administración de una sustancia psicotrópica, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad, en el comportamiento o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas y que ponen en riesgo la vida y la salud del paciente.

Personas con adicción a sustancias psicoactivas. Es toda persona consumidora de cualquier sustancia psicoactiva que presenta dependencia física o psicológica a la misma.

PRM: son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados.

RAM: son efectos no deseados ni intencionados de un medicamento, incluidos los efectos idiosincrásicos, que se producen durante su uso adecuado.

Servicio de fármacodependencia. Es el servicio clínico en la modalidad hospitalaria, dedicado al tratamiento de pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas, que por su condición aguda requieren el servicio de atención médica ofrecido por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Síndrome de abstinencia. Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la suspensión absoluta o relativa de una sustancia psicotrópica, luego de una fase de utilización permanente de la misma.

Sustancia psicoactiva-SPA. Son aquellas sustancias químicas o naturales, que, por sus características farmacológicas, tienen la posibilidad de ser consumidas por varias vías, ser absorbidas, concentrarse en la sangre, pasar al cerebro, actuar sobre las neuronas y modificar principalmente el funcionamiento del sistema nervioso central y crear dependencia física o psicológica.

5.2. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS EN COLOMBIA

Según lo indica el observatorio de drogas de Colombia el consumo de sustancias psicoactivas en el país es un problema crítico, no solo por el aumento sistemático que señalan los estudios disponibles, sino porque sus características lo hacen un asunto complejo con serias repercusiones en la salud pública y en lo social.

Es importante reconocer que mientras muchas personas usan drogas en algún momento del ciclo vital y las abandonan de forma natural, en otras, el consumo de sustancias se vuelve persistente y logra afectar la salud, las relaciones sociales, familiares, laborales y/o académicas. La diferencia entre unos y otros individuos depende de varios aspectos en el ámbito de la sustancia, la persona y su contexto social. El consumo de drogas ilícitas está creciendo en el país no solo porque más personas las consumen sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso. (Observatorio de Drogas de Colombia, 2018)

5.3. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN BOGOTÁ

En los últimos años Bogotá ha presentado un incremento en el consumo de drogas. Por esta razón, es necesario evaluar los canales que vinculan dicha actividad con el desarrollo de actividades criminales, en aras de encontrar medidas que permitan prevenir o hacer frente a la aparición de actividades delictivas relacionadas con el consumo de dichas sustancias.

El primer canal de atribución psicofarmacológica, describe que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) podría incrementar la agresividad, facilitando la aparición de crímenes violentos. En segundo lugar, la atribución económico-compulsiva, indica que algunos consumidores pueden recurrir al crimen para financiar el consumo de SPA. Dadas las características de los primeros canales, estos tienden a actuar en conjunto, dificultando su identificación. El último canal consiste en la violencia sistémica inherente a los mercados ilegales, donde la aplicación de acuerdos tiende a ser lograda haciendo uso de la violencia (ej. disputas por territorio, pago de deudas, eliminación de informantes). (Alcaldía de Bogotá - Secretaria Distrital de Salud y la UNODC, 2016)

5.3.1. Principales sustancias ilícitas consumidas en Bogotá

Tabla 1. Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas.

Sustancia	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Tabaco	51.33	20.39	16.24
Alcohol	89.46	64.74	36.47
Tranquilizantes sin prescripción médica	2.62	0.51	0.34
Estimulantes sin prescripción médica	0.50	0.16	0.00
Sustancias inhalables	1.38	0.41	0.23
Dick	1.08	0.29	0.15
Marihuana	13.37	4.13	2.77
Cocaína	4.34	0.74	0.26
Basuco	1.22	0.23	0.13
Éxtasis	1.72	0.23	0.09
Heroína	0.25	0.03	0.00
Popper	1.44	-	-
Metanfetamina	0.35	-	-
Metadona sin prescripción	0.10	-	-
Analgésicos opiodes sin prescripción	1.38	-	-
LSD	1.87	-	-
Hongos, yagé o cacao sabanero	1.86	-	-
Ketamina	0.15	-	-
GHB	0.23	-	-
2-CB	0.20	-	-
Cualquier sustancia ilícita*	15.61	4.63	2.93

Fuente: (Alcaldía de Bogotá - Secretaria Distrital de Salud y la UNODC, 2016)

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), y con el apoyo técnico de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), a través del Observatorio Interamericano de Drogas

de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), realizó en 2016 el segundo estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá.

Dando como resultado la caracterización de diferentes sustancias y el consumo en Bogotá.

En relación con el consumo de tabaco/cigarrillo:

- El 51.3% de las personas encuestadas declara haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida (64.5% de los hombres y 39.2% de las mujeres). Solo el 20.4% ha usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días (24.8% de los hombres y 8.3% de las mujeres) y se consideran consumidores actuales. Esta cifra equivale a 943 mil fumadores en Bogotá, de los cuales el 72% son hombres y 28% mujeres.

- En cuanto a la edad, entre las personas que contestaron haber fumado en el último mes, la mayor tasa se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años con el 23%, seguido del grupo de 25 a 34 años con el 17%. Los adolescentes de 12 a 17 años son quienes menor tasa de consumo presentan con el 5.1%.

El 86.1% de la población considera de gran riesgo el hábito de fumar; es mayor entre las mujeres y se incrementa a medida que la población es mayor de edad. Los adolescentes son quienes en menor medida consideran de gran riesgo el fumar frecuentemente con el 80.8%. Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas:

- El 89.5% de las personas declara haber consumido alcohol al menos alguna vez en su vida, siendo mayor el consumo entre los hombres que entre las mujeres (91.6% y 87.5% respectivamente). El porcentaje de personas que consumieron bebidas alcohólicas durante el último mes es del 36.5%. Esto significa que aproximadamente 2.1 millones de personas son consumidoras actuales de bebidas alcohólicas, de las cuales el 46.5% son hombres y un 27.5% mujeres.

- En términos de edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años con el 50.7%, seguido por los jóvenes de 25 a 34 años con una tasa del 45.9%. Entre ambos grupos representan un poco más de un millón de jóvenes. En el grupo de 35 a 44 años, desciende al 40.2%.

- La mayor proporción de consumidores de alcohol en el último mes se encuentra en los estratos 4 a 6 con el 50.7%, seguido por el estrato 2 con el 34.2%.

- El uso abusivo y los indicadores de uso dependiente se encontraron en unas 436 mil personas, que estarían en condiciones de requerir algún tipo de asistencia para disminuir o dejar el consumo de bebidas alcohólicas. Esto equivale al 20.6% de los consumidores de alcohol del último mes y al 7.5% de la población de 12 a 65 años. De cuatro personas que cumplen criterios de abuso o dependencia, tres son hombres y una es mujer. En relación al estrato socioeconómico, los mayores patrones de uso perjudicial de alcohol, ya sea dependiente o abusador, se encuentran en el estrato 1 con el 12.8%, seguido por el estrato 2 con el 10.4%.

- En cuanto a la percepción de riesgo, el consumo frecuente de bebidas alcohólicas es considerado de gran riesgo por el 80.3% de la población; entre las mujeres esta percepción se incrementa al 86% y decae entre los hombres al 74%. En cuanto a los grupos de edad, los adolescentes tienen la menor percepción de riesgo (64.8%) y ésta crece a medida que aumenta la edad de las personas.

En relación al consumo de alguna droga ilícita:

- Este estudio detectó que el 16% de las personas que respondieron la encuesta refieren haber usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, con un 22.9% en el caso de los hombres y un 10.8% entre las mujeres.
- El 4.6% de los encuestados respondieron haber consumido alguna droga ilícita en el último año, lo que equivale a unas 268 mil personas. El consumo reciente es más alto entre los hombres (7.6%) que entre las mujeres (2.0%).
- El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año es el de 18 a 24 años, con el 9%, seguido por el grupo de 12 a 17 años, con el 7.4%, y el de 25 a 34 años, con el 5.5%.
- En cuanto a estratos socioeconómicos, el mayor consumo reciente de sustancias ilícitas se encuentra en el estrato 1, con el 6.2%, seguido del estrato 2, con 5.6%.
- Respecto al uso problemático (abusivo o dependiente) de alguna sustancia ilícita, se encontró que unas 134 mil personas estarían en condiciones de requerir algún tipo de asistencia para disminuir o dejar el consumo de drogas, lo que representa el 49.7% de los consumidores en el último año y el 2.3% de la población de 12 a 65 años. De cinco personas que cumplen criterios de abuso o dependencia, cuatro son hombres y una es mujer.
- Los resultados por grupos de edad indican que las personas que cumplen los criterios de abuso y dependencia tienen mayoritariamente entre 18 y 24 años y representan el 5.1% de la población total de esa edad, seguidos por los adolescentes, con casi el 5%.

En relación con el consumo de marihuana:

- La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Bogotá. De las personas encuestadas, el 13.4% dice haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con el 20.6% entre los hombres y el 6.6% entre las mujeres.
- Considerando el uso en el último año, el 4.1% de las personas encuestadas dice haber usado marihuana al menos una vez en dicho período: aproximadamente el 6.8% de los hombres y el 1.7% de las mujeres. Estas cifras equivalen a cerca de 240 mil personas.
- Analizados los grupos de edad en cuanto al consumo de marihuana en el último año, el mayor porcentaje de consumo se encuentra en el grupo de 18 a 24 años con el 8%, seguido por el grupo de adolescentes con el 6.7%.
- Un indicador relevante en el estudio de consumo de sustancias psicoactivas es la edad de inicio o edad en que ocurrieron las primeras experiencias de consumo. La edad promedio para el inicio de consumo de marihuana está alrededor de los 18 años, tanto para hombres como para mujeres.
- De otra parte, la mediana indica que el 50% de las personas que han usado sustancias ilícitas alguna vez en su vida, lo hicieron por primera vez a los 17 años o antes y otro 50% lo hizo con posterioridad.
- De las cerca de 240 mil personas que han consumido marihuana durante el último año, 51.4% clasifican en los grupos en situación de “abuso” o “dependencia”; esto es un poco más de 120 mil

personas. Este grupo es mayoritariamente masculino (95.741 personas) y de jóvenes con edades entre 18 y 24 años.

- Respecto a la percepción de riesgo frente al uso de marihuana, el 84.1% de los encuestados piensa que es de gran riesgo el uso frecuente y decae al 58.3% la opinión frente al uso experimental (probar marihuana una o dos veces), siendo mayor esta percepción entre las mujeres (61.6%) que entre los hombres (54.7%).

- El 50.8% de la población considera que es fácil conseguir marihuana y esta percepción es mayor entre los hombres (55.7%). El 11% de la población recibió oferta de marihuana en el último año; el 13% fueron hombres y el 9.1% mujeres.

En relación con el consumo de cocaína:

- La cocaína ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo en Bogotá. El 4.3% de los encuestados refiere haber consumido cocaína alguna vez en la vida, siendo muy superior el consumo en los hombres: 7.5% versus 1.4%.

- Respecto al consumo reciente de esta sustancia, el 0.7% de las personas encuestadas declara haber usado cocaína en el último año: el 1.3% de los hombres y el 0.2% de las mujeres. En otras palabras, cerca de 43 mil personas en la ciudad han consumido cocaína al menos una vez durante los últimos 12 meses.

- La tasa más alta de consumo de cocaína se encuentra entre los jóvenes de 18 a 24 años, con el 2.2% de prevalencia en el último año, estimando unos 20 mil jóvenes en este consumo. En segundo lugar, está el grupo de 25 a 34 años con un 1.5%.

- En términos de estrato socioeconómico, las prevalencias más altas se registran en el estrato 1 (1.4%), seguido del estrato 2 (0.7%).

- De las 43 mil personas que han consumido cocaína durante el último año, el 39.2% clasifica en los grupos en situación de 'abuso' o 'dependencia'; esto es cerca de 17 mil personas. Este grupo es mayoritariamente masculino (15.932 personas) y de jóvenes con edades entre 18 y 24 años.

- La percepción de riesgo frente al consumo frecuente de cocaína es alta. El 90% de las personas encuestadas sostiene esta opinión, la cual cae en 10 puntos frente al uso experimental y la distancia entre hombres y mujeres se amplía.

- En relación a la disponibilidad de la droga, el 28.5% de la población considera que es fácil conseguir cocaína; el 31.5% de los hombres y el 25.9% de las mujeres. El 4.4% de la población reporta que recibieron oferta de cocaína en el último año (5.4% de los hombres y 1.4% de las mujeres). En relación a la edad, el grupo que percibe mayor facilidad de acceso la cocaína es el de 35 a 44 años. Pero la oferta de cocaína ocurre principalmente entre los jóvenes de 18 a 24 años: el 10.3% de ellos admite haber recibido oferta en el último año.

En cuanto al consumo de bazuco:

- El consumo de bazuco tiene una prevalencia de alguna vez en la vida del 1.2% con clara diferencia según sexo (2.3% en hombres y 0.3% en mujeres); cifra que disminuye al 0.2% para el consumo ocurrido durante el último año.

- 13 mil personas reportan consumo de bazuco en el último año, de las cuales más de 11 mil son hombres. El uso problemático y dependiente afecta al 62.6% de los usuarios del último año o recientes.

Respecto al consumo de éxtasis:

- Los indicadores de consumo de éxtasis muestran que el 1.7% de la población alguna vez en la vida consumió esta sustancia, mayoritariamente hombres (2.4% versus 1.1%). La proporción de personas que ha consumido en el último año se reduce al 0.2% con gran distancia entre los sexos (0.4% hombres y 0.1% mujeres). Los usuarios del último año tienen mayoritariamente de 18 a 24 años.

En relación al consumo de otras sustancias:

- En cuanto a las sustancias inhalables, el estudio indica que 1.4% de las personas ha consumido estas sustancias alguna vez en la vida; de ellas, 0.4% lo hizo en el último año y 0.2% en el último mes. La preponderancia del consumo es clara entre hombres, adolescentes y jóvenes de 18 a 24 años. Por otra parte, el 1.4% declaró haber usado popper alguna vez en la vida y el 1.1% declaró haber usado dick en dicho período.

- El uso de psicofármacos sin prescripción médica tiene prevalencias bajas en Bogotá. El 2.6% de la población tomó tranquilizantes alguna vez en la vida, disminuyendo a 0.5% en el último año, sin diferencias entre sexos y en mayor medida a partir de los 25 años. El 0.5% usó algún estimulante alguna vez en la vida disminuyendo a 0.2% en el último año; ese uso es mayor entre los hombres. (Alcaldía de Bogotá - Secretaría Distrital de Salud y la UNODC, 2016)

5.4. FARMACODEPENDENCIA

La farmacodependencia fue comúnmente denominada como drogadicción, aunque la palabra «drogadicción» se eliminó hace muchos años de la terminología técnica de la OMS, todavía es muy utilizado como término general. Por ejemplo, la palabra adictivo se emplea por lo general con el significado de «que engendra dependencia». Cuando la voz «drogadicción» se usa como término técnico parece referirse a casos graves de dependencia. No obstante, dado que no existe una definición de adicción aceptada en todo el mundo, es imposible saber a ciencia cierta en qué medida la adicción difiere de la dependencia. (Organización Mundial de la Salud, 2003)

5.4.1. Abuso de drogas y farmacodependencia

De la definición de abuso de drogas se deduce que la utilización médica adecuada del fármaco, independientemente de que cause farmacodependencia, no se puede considerar un abuso de drogas. Hay situaciones en las que el tratamiento con un fármaco que engendra dependencia debe proseguir, incluso después de que el paciente se ha vuelto dependiente de él. En este caso, la farmacodependencia puede notificarse como reacción farmacológica adversa, pero no como un abuso de droga. En relación con lo anterior, conviene recalcar que el riesgo de dependencia no es razón suficiente en sí misma para proponer la fiscalización internacional de un psicofármaco.

Es el riesgo de abuso (la probabilidad de abuso) del fármaco el que ha de tenerse en cuenta. Es preciso distinguir entre el abuso de un psicofármaco, que tiende a producir el deterioro físico, psicológico y del funcionamiento social del individuo, y su utilización terapéutica, cuya finalidad es mejorar cualesquiera o todos estos aspectos. Además, es sabido que no todos los fármacos que engendran dependencia se utilizan de forma abusiva (por ejemplo, la cafeína causa dependencia, pero rara vez se abusa de ella). (Organización Mundial de la Salud, 2003)

5.4.2. Abuso de drogas y mala administración de medicamentos

El abuso de drogas se define como la «utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco de forma incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible». Así pues, el uso intencional de dosis excesivas, o el uso premeditado de dosis terapéuticas con fines distintos de la indicación para la cual el fármaco ha sido prescrito, se considera un abuso de drogas. Las expresiones uso indebido y uso no médico se consideran sinónimas de abuso de drogas. No obstante, la prescripción inapropiada (por ejemplo, la prescripción indiscriminada de antibióticos) o los errores de medicación, si son fortuitos o no deliberados, no deben clasificarse como abuso de drogas.

Semejante uso inadecuado del medicamento debería considerarse una mala administración de medicamentos. La mala administración de medicamentos puede producir numerosas reacciones adversas y constituye un problema de toxicidad farmacológica que requiere una respuesta apropiada, que rara vez es consecuencia del uso terapéutico normal de un fármaco. Por consiguiente, es difícil imaginar una situación en la cual la mala administración de un medicamento deba notificarse a la base de datos de reacciones farmacológicas adversas; se debe abordar como un problema de toxicidad independiente. (Organización Mundial de la Salud, 2003)

5.4.3. Farmacología Social

Complementariamente, la definición de la farmacodependencia (comúnmente llamada drogadicción) muestra que ésta forma parte de los que se considera farmacología social, que es una rama de la farmacología que se ocupa del estudio del uso de los fármacos en relación con el medio ambiente social y cultural.

En las sociedades actuales, la farmacología social, se relaciona principalmente con el uso indebido de drogas o el abuso del consumo de fármacos por el ser humano, frecuentemente con fines no terapéuticos. Para desmontar estos estereotipos sociales y objetividad de las percepciones existentes en torno a los problemas de farmacodependencia es importante tener en cuenta que la OMS, define esta problemática como “el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos”. Conceptualizando en este sentido la farmacodependencia en general, es posible hablar de las actividades que existen para tratarla. (Universidad Nacional del Nordeste, 2018)

5.5. ENFERMEDAD DUAL

5.5.1. ¿Qué es la enfermedad dual?

Patología dual es la denominación aplicada, en el campo de la salud mental para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental. Las adicciones pueden ser a sustancias integradas en nuestra cultura como el tabaco, la xantina (café, por ejemplo), alcohol, analgésicos o aquellas no integradas como el cannabis, los estimulantes, (cocaína, anfetaminas, etcétera) y los opioides. También se incorporan adicciones comportamentales como la Ludopatía.

Los trastornos mentales hacen referencia a sufrir trastornos de ansiedad, (trastorno ansiedad generalizada, ansiedad social, etcétera.), trastornos del estado de ánimo, (depresión, trastorno bipolar, etcétera.), trastornos del espectro de la esquizofrenia y la psicosis, Trastorno Déficit

Atención e Hiperactividad (TDAH), y diferentes rasgos y trastornos de personalidad (antisocial, límite o borderline, esquizotípico, evitativo y obsesivo, fundamentalmente).

5.5.2. ¿Cómo funciona la enfermedad dual?

Los síntomas por los que se consulta están siempre en relación a la cantidad más que a la calidad, es decir que la situación ha llegado a tal desborde que ha convertido en insostenible la convivencia para la familia y la vida para el sujeto. No se cumplen con los sucesivos tratamientos a los que han echado mano y se pueden suscitar situaciones legales u hospitalizaciones, causa de intoxicaciones, llegando hasta un cuadro de coma.

En cuanto al síntoma en sí mismo, sea cual fuere su quantum de expresión, son los más frecuentes: el alto nivel de impulsividad; agresión y violencia; no respeto de pautas, normas o consignas; el desorden rutinario en la convivencia en cuanto a su persona, su hábitat y sus convivientes; ideas paranoides con una personal forma de decodificar la realidad; marginalidad y vagabundeo. Además de los síntomas propios de la entidad se suman aquellos causados por la sustancia en sí misma.

5.5.3. Causas de la enfermedad dual

Esta enfermedad es la coexistencia de dos psicopatologías, por un lado, la drogodependencia y por otro la psicopatología psiquiátrica. Como datos a saber, aunque es un término comúnmente aceptado por la comunidad científica, no se encuentra registrado en los manuales psiquiátricos por excelencia, DSM-IV-R ni CIE-10. La patología dual tiene su causalidad por 2 vías:

- Personas con trastorno psiquiátrico previo que inician el consumo de drogas, para aliviar y/o con el fin de mejorar y regular sus síntomas.
- Personas sin trastorno mental previo, pero que debido al consumo de sustancias y a su vulnerabilidad individual, desarrollan una psicopatología.
(Sociedad Española de Patología Dual, 2018)

5.6. CENTROS DE REHABILITACIÓN

Es toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de un determinado modelo o enfoque de atención, basado en evidencia.

Modelo o enfoque de atención. Es el conjunto de orientaciones terapéuticas en las que se basan los centros de atención en drogadicción para brindar el tratamiento a sus usuarios de una comunidad terapéutica (tradicional/renovada), 12 pasos, espiritual-religioso, médico-clínico-psiquiátrico, psicológico-interdisciplinario, pedagógico reeducativo y terapias alternativas u otras que demuestren evidencia comprobable de eficacia.

Tratamiento y rehabilitación de personas con adicción a sustancias psicoactivas. Es el conjunto de programas, terapias, actividades, intervenciones, procedimientos y enfoques basados en evidencia, que aplican los Centros de Atención en Drogadicción, con el propósito de lograr la deshabitación al consumo de sustancias psicoactivas o su mantenimiento, a fin de reducir los riesgos y daños asociados al consumo continuado de sustancias psicoactivas y procurar su rehabilitación y preparación para la reinserción a la vida social.

5.6.1. Legislación Colombiana

5.6.1.1. Sentencia T-153/14

En Colombia, la sentencia T-153/14 de la Corte Constitucional refiere que, la adicción a sustancias psicoactivas es una enfermedad que afecta la salud mental de las personas, la Constitución Política y la jurisprudencia constitucional han reconocido dentro del ámbito de protección del derecho a la salud, se debe incluir la garantía de acceso a tratamientos integrales para los sujetos que padecen afectaciones psicológicas, e incluso físicas, derivadas del consumo de este tipo de sustancias. Adicionalmente, en el año 2012, el Legislador, a través de la Ley 1566, reconoció que el consumo, abuso y adicción de estas sustancias “es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos, por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado”.

Es claro entonces que los individuos que padecen de fármacodependencia tienen un sistema de protección especial que se ve reforzado por su condición de manifiesta debilidad psíquica, que obliga al Estado y a sus entidades a garantizar una protección y un tratamiento integral para superar dicha patología. Sin embargo, cabe aclarar que el concepto de drogadicción o farmacodependencia comprende diversos niveles, La drogadicción es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. No en todos los casos es posible hablar de adicción severa; sólo cuando el individuo ha llegado al punto en que su adicción domina su comportamiento y su vida diaria es posible de hablar de enfermedad y cuando ésta es grave puede llevar incluso a la locura o la muerte. (Corte Constitucional, 2013)

5.6.1.2. Resolución número 196 de 2002

Establece las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

-Niveles de complejidad

Además define diferentes niveles de complejidad de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral al consumo de sustancias psicoactivas los cuales están divididos entre baja, mediana y alta complejidad; esto será definido según sea el grado de especialización y complejidad de los servicios que preste de acuerdo con el proceso de salud - enfermedad, la infraestructura y del grado de calificación de los equipos profesionales, cada nivel está definido por sus características de la siguiente manera:

- El primer nivel estará conformado por las instituciones que desarrollan actividades de promoción de la salud y de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- El segundo nivel lo conformarán las instituciones que desarrollan actividades de tratamiento de menor complejidad y que no comprometan la integralidad del usuario. Podrán además desarrollar las actividades del primer nivel si acreditan las condiciones requeridas.
- El tercer nivel comprenderá a las instituciones que desarrollen actividades de una mayor especialización y complejidad requeridas para tratamiento de personas con adicción al consumo de sustancias psicoactivas. Podrá prestar servicios del primer y segundo nivel si cumple con los requisitos esenciales mínimos de prestación de servicios establecidos en la mencionada Resolución.

Resolución número 196 de 2002 establece que los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, atenderán a cualquier persona

natural o jurídica sin consideración de raza, creencias políticas o religiosas, edad, sexo o clase social que requiera información o atención sobre programas de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, integración socio-laboral, investigación, formación, capacitación y docencia relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

-Equipos terapéuticos

En su artículo 12, la misma resolución refiere la composición de los equipos terapéuticos básicos.

Los equipos terapéuticos estarán integrados por personas con formación y experiencia en lo referente a la comprensión e intervención frente al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con el nivel de complejidad de los servicios que brinda el respectivo Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas. Su número y dedicación dependerá del tamaño de la institución.

-Centros de atención de baja complejidad

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas de complejidad baja contarán con un equipo básico así:

- Médico general de tiempo completo.
- Psicólogo de tiempo completo.
- Pedagogo reeducador de tiempo completo.
- Profesional del área social o de familia de tiempo completo.
- Auxiliares de enfermería de tiempo completo.

-Centros de atención de mediana complejidad

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas de complejidad mediana tendrán un equipo básico, así:

- Médico especialista en psiquiatría o en temas relacionados con el consumo de Sustancias Psicoactivas de tiempo completo.
- Médico general de tiempo completo.
- Enfermero profesional de tiempo completo.
- Psicólogo de tiempo completo.
- Terapeuta ocupacional de tiempo completo.
- Profesional del área social o de familia de tiempo completo.
- Pedagogo reeducador de tiempo completo.
- Profesional en laboratorio clínico de tiempo completo, si cuenta con laboratorio.
- Químico farmacéutico de tiempo completo.
- Auxiliares de enfermería de tiempo completo.
- Auxiliares de trabajo social de tiempo completo.
- Auxiliares de terapia ocupacional de tiempo completo.

-Centros de atención de alta complejidad

Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas de complejidad alta contarán un equipo básico así:

- Médico especialista en psiquiatría o en temas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas de tiempo completo.

- Médico especialista en neurología de tiempo completo.
- Médico general de tiempo completo.
- Enfermero profesional de tiempo completo.
- Psicólogo de tiempo completo.
- Químico farmacéutico de tiempo completo.
- Profesional en laboratorio clínico de tiempo completo.
- Terapeuta ocupacional de tiempo completo.
- Profesional del área social o de familia de tiempo completo.
- Pedagogo reeducador de tiempo completo.
- Tecnólogo en recreación o licenciado en educación física de tiempo completo.
- Auxiliares de enfermería de tiempo completo.
- Auxiliares de trabajo social de tiempo completo.
- Auxiliares de terapia ocupacional de tiempo completo.

Estos centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral al consumo de sustancias psicoactivas de baja complejidad sólo admitirán los usuarios que hayan sido evaluados previamente por un profesional de la salud competente para descartar patología psiquiátrica o médica que le impida realizar el programa adecuadamente, en caso de que el usuario presente patología psiquiátrica o médica activa deberá ser remitido a un centro de mediano o alto nivel de complejidad. (Ministerio de Salud, 2002)

5.6.1.3. Resolución número 4750 de 2005

Que define las condiciones de habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de farmacodependencia, la Ley 30 de 1986, por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes, todas estas legislaciones enfocadas y redactadas con el fin de lograr crear un impacto en la sociedad y en la forma como se debe manejar este problema de salud pública en el país.

-Tipos de centros de atención o CAD

La Resolución número 4750 define específicamente las condiciones que deben cumplir los centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, precisa los tipos de Centros de atención de Drogadicción (CAD) dando una clasificación en donde indica que los centros de atención pueden ser ambulatorios o residenciales y dependiendo el tipo de institución que se indique se darán las condiciones específicas para su habilitación.

•CAD modalidad de tratamiento ambulatorio: son todos aquellos centros que desarrollan su modelo o enfoque de atención sin ofrecer servicio de alojamiento nocturno a sus usuarios.

•CAD modalidad de tratamiento residencial: son todos aquellos centros que brindan como parte de su modelo o enfoque de atención alojamiento nocturno a sus usuarios.

Como lo indica el artículo 5 de la misma Resolución, la acreditación de los CAD es de conformidad con lo establecido en el artículo 46 del Decreto 2309 de 2002, los CAD por ser Instituciones prestadoras de servicios de salud podrán demostrar voluntariamente el cumplimiento de niveles superiores de calidad y someterse a un proceso de acreditación, con estándares definidos por el Ministerio de la Protección Social para este tipo de instituciones. (Ministerio de la Protección Social, 2005)

5.6.1.4. Decreto 1945 de 1996

Que tiene por objeto definir la atención farmacéutica como el conjunto ordenado y sistemático de acciones y procedimientos necesarios para la promoción, prevención y recuperación de la salud, individual y colectivo, con base en los productos farmacéuticos y afines. (Ministerio de Salud y Protección Social, 1996)

Partiendo de esta definición podemos claramente identificar como un paciente que se encuentra recluido en una institución de rehabilitación por consumo de drogas necesita de un acompañamiento en cuanto a la atención farmacéutica se trata, identificando si este tipo de pacientes deben tener dicho acompañamiento permanente o no, generándose también la posibilidad de indagar por medio de la investigación en campo y concordancia con la ya mencionada legislación vigente, cómo se está desarrollando esta tarea al interior de la institución de interés del presente trabajo de grado.

5.7. ATENCIÓN FARMACEUTICA

Como lo define la legislación colombiana en el Decreto 1945 de 1996 la atención farmacéutica es el conjunto ordenado y sistemático de acciones y procedimientos necesarios para la promoción, prevención y recuperación de la salud, individual y colectivo, con base en los productos farmacéuticos y afines. (Ministerio de Salud y Protección Social, 1996)

La atención farmacéutica es un proceso emergente de la asistencia sanitaria en el que este profesional asume una mayor responsabilidad con el fin de asegurar que la farmacoterapia consiga el objetivo terapéutico que pretende el facultativo prescriptor, con los menores riesgos posibles de aparición de efectos no deseados y el mayor grado posible de efectividad. Estas nuevas competencias y responsabilidades profesionales del farmacéutico, integradas en una asistencia global compartida por todos los profesionales sanitarios, son asumidas desde la perspectiva de la cadena terapéutica del medicamento. (Carranza, 2002)

5.7.1. Manuales de atención farmacéutica a pacientes

Los manuales de atención farmacéutica surgen dentro de las oportunidades de mejora para la atención que estén recibiendo los pacientes; también para la farmacoterapia mediante la identificación de situaciones que conducen a evitar los PRM; es decir, se trata de no interferir y de no retrasar la obtención de los resultados predeterminados en el paciente, evitando así un problema de salud. De acuerdo a estudios realizados por el Hospital Universitario Dr. Peset, no es admisible que esta situación sea causa principal de ingreso hospitalario y de consulta en los servicios de urgencias, en porcentajes del 2 al 5% de los pacientes atendidos.

En este escenario, es habitual que los PRM se atribuyan a RAM que son responsables de hasta el 5% de los ingresos hospitalarios. Pero durante el manejo de los medicamentos existen oportunidades para identificar a los pacientes que ofrecen oportunidad de mejora en la forma en que estos son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados, administrados y monitorizados, que alcanzan a cerca del 20% de la población, especialmente la geriátrica. Este tipo de PRM también son causa de ingreso hospitalario o prolongación de la estancia, con el consiguiente incremento de los costes sanitarios y afectación de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. Las actuaciones farmacéuticas, orientadas hacia los pacientes, garantizan la mejora de la calidad en los resultados referidos de acuerdo con la mayoría de los programas de Atención Farmacéutica publicados o en curso de ejecución, a nivel nacional e internacional.

Los contenidos de un manual en la práctica clínica están basados en la identificación de oportunidades de mejora de la calidad farmacoterapéutica que reciben los pacientes, se recomienda como herramienta que fomenta la habilidad del farmacéutico para identificar el origen y las causas (fallos) del PRM y predecir sus consecuencias clínicas en el paciente. A su vez, el análisis de los modos de fallo y de sus riesgos en el paciente, dinamiza la espiral de la calidad al ser compatible con el desarrollo de estrategias de mejora para el manejo de los medicamentos y la seguridad en el paciente mediante la disminución de la potencialidad de errores de medicación (PRM previsibles). (Martí M & Jiménez Torres, 2005)

5.7.2. Problemas relacionados al uso de medicamentos

De acuerdo al Segundo Consenso de Granada, los Problemas Relacionados con Medicamentos son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados. Se adopta la siguiente clasificación:

5.7.2.1. PRM de Necesidad

PRM 1: El paciente sufre un problema de salud como consecuencia de no recibir una medicación que necesita.

PRM 2: El paciente sufre un problema de salud como consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.

5.7.2.2. PRM de Efectividad

PRM 3: El paciente sufre un problema de salud como consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.

PRM 4: El paciente sufre un problema de salud como consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.

5.7.2.3. PRM de Seguridad

PRM 5: El paciente sufre un problema de salud como consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento

PRM 6: El paciente sufre un problema de salud como consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

(Comité del Segundo Consenso de Granada, 2002)

5.7.3. Interacciones

De acuerdo a la OMS, la administración simultánea de dos o más fármacos puede producir que interactúen entre sí. Esta interacción puede resultar en la potenciación o el antagonismo de un fármaco por otro, o en ocasiones algún otro efecto. Las interacciones farmacológicas pueden ser farmacodinámicas o farmacocinéticas.

5.7.3.1. Las interacciones farmacodinámicas

Se producen entre fármacos que tienen efectos farmacológicos o adversos similares o antagónicos. Habitualmente, son previsibles si se conoce la farmacología de los medicamentos que interactúan y una interacción con un fármaco determinado puede ocurrir con otro relacionado.

Las interacciones farmacodinámicas pueden ser debidas a competencia por los receptores y/o fármacos que actúan sobre el mismo sistema fisiológico. Las interacciones farmacodinámicas se producen en cierto grado en la mayoría de pacientes que reciben los fármacos susceptibles de interacción.

5.7.3.2. Las interacciones farmacocinéticas

Se producen cuando un fármaco aumenta o reduce la cantidad de otro fármaco libre para producir su acción farmacológica. Se trata de interacciones difíciles de prever y no se puede asumir que una interacción que se produce con un fármaco se produzca también con un fármaco relacionado, a menos que sus propiedades farmacocinéticas sean similares. Las interacciones farmacocinéticas pueden ser debidas a:

- interferencia con la absorción
- cambios en la unión a proteínas
- modificaciones de la metabolización de los fármacos
- interferencia con la excreción renal

Muchas interacciones farmacocinéticas afectan sólo a una pequeña proporción de pacientes tratados con la combinación de fármacos.

Muchas interacciones farmacológicas no tienen consecuencias graves, y muchas de las que son potencialmente peligrosas se presentan sólo en una pequeña proporción de pacientes.

Una interacción conocida no necesariamente ocurrirá con el mismo grado en todos los pacientes. Los fármacos con un margen terapéutico estrecho (como la fenitoína) y los fármacos que requieren un ajuste estricto de la dosis (como anticoagulantes, antihipertensivos o antidiabéticos) son los implicados con mayor frecuencia.

Los pacientes con mayor riesgo de interacciones farmacológicas son los de edad avanzada y los que presentan insuficiencia renal o hepática.

6. OBJETIVOS

6.7. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar una institución de atención a pacientes farmacodependientes ubicada al sur de la ciudad de Bogotá, mediante el diagnóstico del cumplimiento de la legislación vigente de habilitación.

6.8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico de cumplimiento de criterios de habilitación de una institución que preste servicios orientados a la rehabilitación de pacientes farmacodependientes en Bogotá de acuerdo a legislación vigente.
- Definir y caracterizar la población de una institución de rehabilitación de pacientes farmacodependientes ubicada en la ciudad de Bogotá.
- Elaborar un manual práctico de uso adecuado de medicamentos que responda a las necesidades de la institución de rehabilitación de pacientes farmacodependientes.
- Proponer el papel del Químico Farmacéutico en instituciones de rehabilitación de pacientes farmacodependientes y su interacción con otros profesionales de la salud en atención de este tipo de pacientes.
- Presentar las recomendaciones encontradas a lo largo de la investigación por medio de un análisis de la matriz DOFA con base en el levantamiento de información obtenida de funcionarios y pacientes de la institución.

7. METODOLOGÍA

7.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La metodología a seguir para esta investigación, es de tipo descriptiva cualitativa de acuerdo a lo especificado en el libro Metodología de la Investigación por Hernández Roberto et. al, muy frecuentemente el propósito del investigador, es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifestó determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes de fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y - valga la redundancia - describir lo que se investiga. (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2015)

Durante el desarrollo de la evaluación y caracterización de una fundación o institución prestadora de servicios de rehabilitación de personas farmacodependientes se diseña la siguiente metodología de trabajo basándose en la recomendación de la Gerencia de División Médica Costarricense para la elaboración de guías de atención y protocolos, (Caja Costarricense de Seguro Social, 2007), complementando con diferentes criterios de investigación para dar como resultado la elaboración de un manual de uso adecuado de medicamentos para una población de pacientes caracterizada y agrupada de acuerdo a sus perfiles. De este modo, los aspectos que se mencionan en la siguiente metodología se realizarán en paralelo con la legislación actual, obteniendo el status de la institución y realizando las recomendaciones que apliquen para la obtención de cumplimientos mínimos de habilitación y adecuado manejo de su población.

7.2. VISITA Y LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

La metodología se plantea en dos enfoques complementarios, el rol de los funcionarios y la atención recibida por los pacientes, por lo que se desarrollarán dos modelos de cuestionarios con el fin de obtener información veraz del estado actual de la institución, una para funcionarios o personal a cargo del cuidado de pacientes medicados, y otra directamente al paciente que se encuentre en farmacoterapia.

7.2.1. Entrevista a los pacientes

Para poder realizar este seguimiento se trabaja con información que se recoge del paciente e información que el farmacéutico emite al paciente. Desde hace años este proceso está estructurado en los principios de la entrevista clínica. Cada una de las diferentes profesiones sanitarias, medicina, enfermería y farmacia adaptarán dicha entrevista a sus objetivos y necesidades a partir de una base común. (Caelles, Ibañez, Machuca, Martínez-Romero, & Faus, 2002)

En el Programa Dáder el proceso de atención al paciente se desarrolla en tres grandes bloques: análisis de situación, plan de seguimiento y evaluación del seguimiento. Cada uno de estos bloques tendrá un determinado tipo de entrevista que se debe aplicar para conseguir los objetivos marcados. Para el presente trabajo, se empleará solamente el primer bloque de atención al paciente.

-Entrevista a paciente: Esta entrevista tiene como objetivo identificar las necesidades relacionadas con la medicación del paciente y conseguir la información necesaria para poder identificar problemas, manifestados o no, relacionados con la medicación, así como, conseguir una relación con el paciente, adecuada en un clima de confianza y cooperación. El objetivo es conseguir que el

paciente exprese sus deseos y preocupaciones referentes a la medicación. En el Anexo 2 se puede evidenciar el formato empleado para la entrevista a los pacientes.

7.2.2. Información a obtener de los funcionarios

De acuerdo a las actividades desarrolladas por la institución, la información que puedan brindar los funcionarios o personal a cargo es trascendental para la correcta caracterización de los pacientes que atiende, así como la determinación del estado frente a las normas de habilitación. Por medio de preguntas asociadas a la infraestructura, protocolos, organigrama, programas, entre otros, se contrastará frente a la legislación vigente y se emitirá el concepto de su status. En el Anexo 2 se puede evidenciar el formato empleado para el levantamiento de información a partir de preguntas a los funcionarios.

7.2.3. Selección y priorización de problemas

La selección y priorización de los problemas que presente la institución a la hora de recibir o ingresar a su sistema de rehabilitación a cada uno de los pacientes, es un ejercicio que debe ser coordinado por medio del área de atención de la institución. Se pueden considerar los siguientes elementos:

Aspectos generales

Para el desarrollo de la priorización se debe partir de los problemas identificados, mediante los cuales se define lo que hay que hacer, cómo y cuándo. Este proceso debe basarse en el desarrollo de un conocimiento compartido de la situación actual del problema, una visión de la condición futura sobre la base de un proceso de cambio y una visión factible, tomando en cuenta la presencia de factores que propicien su desarrollo.

Algunos de estos factores son los siguientes:

- A. Evaluación de estructura: incluye la identificación de la estructura organizativa y gerencial para implementar las acciones, roles, funciones clave, tipo de organización, alianzas, trabajo conjunto con entidades extra sectoriales o de la comunidad.
- B. Sistemas: debe contemplar el sistema de información para el seguimiento de la intervención, el sistema financiero, la tecnología y la infraestructura necesaria.
- C. Recurso humano: se valora el perfil actual y el perfil requerido del recurso humano en términos de cantidad. Se analiza la disponibilidad institucional y la factibilidad de obtener el recurso necesario no disponible. Se determinan las necesidades de capacitación y motivación del personal actual y se consideran los antecedentes culturales de las poblaciones meta.
- D. Evaluación de habilidades, destrezas, conocimientos de expertos requeridos, especialidades técnicas necesarias para desarrollar ciertas acciones.

7.2.4. Revisión de la literatura

La revisión de literatura se definirá como la recopilación bibliográfica y de la legislación vigente en el país generado por los diferentes entes gubernamentales tales como ministerios, secretarías, entre otros, y fuentes de información disponibles como bases de datos, libros, artículos, entre otros. Siendo una técnica eficiente para la identificación y resumen de la evidencia de que las

intervenciones que se planteen sean efectivas frente a un marco legal, así como de la generalización y consistencia de los hallazgos de falencias encontradas dentro de la institución reportándolo como evidencia.

La revisión bibliográfica también se realizará para los diversos hallazgos que surjan a lo largo del desarrollo de la presente investigación con el fin de sustentarlos desde un marco conceptual competente.

7.2.5. Construcción y análisis de matriz DOFA para la institución

La matriz DOFA definida así por sus siglas (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas) es una herramienta empleada para la planificación estratégica. Que, de acuerdo a lo descrito en el libro Dirección Estratégica se usa para:

- Examinar las características de una entidad y el entorno en el cual se encuentra inmersa.
- Aplicar en todos los niveles de la organización.
- Aplicar en diferentes unidades como: procesos, productos, divisiones y secciones.
- Aplicar a nivel personal o profesional.

Donde entrarán a evaluarse los factores internos de éxito (fortalezas y debilidades) y factores externos de éxito (oportunidades y amenazas), de la siguiente manera:

- **Fortalezas:** Son las capacidades especiales con que cuenta la institución, y que le permite tener una posición privilegiada frente a la competencia o frente a las normas. Recursos que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente, entre otros.
- **Debilidades:** Son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente a la competencia o frente a las normas, recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente, entre otros.
- **Oportunidades:** Son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la empresa, y que permiten obtener ventajas competitivas y asegurarse normativamente.
- **Amenazas:** Son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia de la organización. (Palacios Acero, 2018)

	Factores internos	Lista de fortalezas F1 F2 - - - -	Lista de debilidades D1 D2 - - - -
Factores externos			
	Lista de oportunidades O1 O2 - - -		DO (MINI-MAXI) Estrategias para minimizar debilidades y maximizar oportunidades.
	Lista de amenazas A1 A2 - - -	FA (MAXI-MINI) Estrategias para maximizar fortalezas y minimizar amenazas.	DA (MINI-MINI) Estrategias para minimizar amenazas y debilidades.

Gráfico 1. Esquema de Matriz DOFA. Tomado de (Palacios Acero, 2018)

En este orden de ideas, posterior al levantamiento de la información y el análisis de la misma, se propondrá la matriz DOFA para ser entregada a la institución, con base en ella se realizarán las recomendaciones pertinentes.

7.3. ELABORACIÓN DEL MANUAL DE USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS

La elaboración de un manual de uso adecuado de medicamentos se debe plantear mediante una comunicación conjunta con las directivas de la fundación o institución que presta los servicios de rehabilitación cada uno de los siguientes puntos:

-Revisión y análisis de la bibliografía y evidencia científica relacionada con la atención a pacientes farmacodependientes, incluyendo toda la revisión legal vigente decretada por el estado colombiano.

-Analizar y diseñar el proceso de atención y caracterización de los pacientes al ingresar a la institución, de acuerdo a resultados de la investigación de campo.

-Desarrolla un manual de atención farmacéutica y seguimiento de acuerdo con los grupos de tipos de pacientes resultantes de la caracterización, que se encuentren recluidos dentro de la institución.

-Presenta un preliminar del manual a diferentes actores del proceso de atención farmacéutica dentro de la institución en todos los niveles que presente la organización de atención en salud, de igual manera con un dictamen académico indicado.

-Presentar el manual luego de la discusión y corrección para su aval definitivo.

-Desarrollar un plan de capacitación a los que compete, sobre los contenidos del manual y su correcta aplicación.

8. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.1. CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Se realizó la caracterización de la institución de acuerdo a las actividades que desempeña actualmente frente al marco normativo vigente.

8.1.1. Nivel de complejidad

Teniendo en cuenta las actividades desarrolladas por la institución evaluada se equiparó el nivel de complejidad de acuerdo a lo establecido en la resolución 196 de 2002 en la cual se plasma cada uno de los criterios que deben cumplir las instituciones de rehabilitación tanto técnicas como científicas y administrativas para su adecuado funcionamiento.

Al realizar la correspondiente evaluación del nivel de complejidad en el cual se encuentra la institución en estudio, se concluye que el nivel en el que se debe categorizar es un segundo nivel, puesto que desarrolla actividades de tratamiento de menor complejidad y no compromete la integridad del usuario, pero cabe aclarar que la institución no cumple con todos los requerimientos para este nivel y al realizar la evaluación de su infraestructura y grado de calificación de profesionales se podría decir que es un primer nivel de complejidad y solo podría desarrollar actividades de promoción de la salud y de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, pero al prestar servicios de internamiento total de los pacientes debe cumplir con los requerimientos para un segundo nivel de complejidad.

El modelo de tratamiento establecido dentro de la institución está enfocado en un modelo teológico-religioso, por lo cual no realiza ningún tipo de tratamiento de tipo farmacológico a los pacientes que en ella se encuentra, cabe resaltar que a los pacientes que son remitidos de otro tipo de instituciones y los cuales llegan al lugar con prescripciones médicas continúan su tratamiento farmacológico, pero sin algún acompañamiento o control permanente dentro de la institución.

El tipo de tratamiento utilizado dentro de la institución de estudio está definido por 6 programas y 9 meses de duración:

1. Programa espiritual
2. Programa médico-odontológico
3. Programa psicológico
4. Programa pedagógico
5. Programa físico-deportivo
6. Programa musical artístico

Como también lo indica la misma resolución 196 de 2002, la institución y su nivel de complejidad que se ha definido como media, debe contar con un equipo terapéutico, debidamente formado y con experiencia en lo referente a la comprensión e intervención frente al consumo de sustancias psicoactivas, para un centro de atención de mediana complejidad debe tener el siguiente equipo de trabajo:

Tabla 2. Evaluación de Nivel de Complejidad de la Institución (Res. 196 de 2002)

REQUERIMIENTO SEGÚN RESOLUCIÓN 196 DE 2002	DIAGNÓSTICO	ESTADO ACTUAL DE LA INSTITUCIÓN
<i>Médico especialista en psiquiatría o en temas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas de tiempo completo</i>	NO CUMPLE	No cuenta con médico especialista en Psiquiatría, los controles médicos psiquiátricos son realizados durante el control que realizan los familiares con el paciente directamente en su EPS.
<i>Médico General de tiempo completo</i>	NO CUMPLE	No cuenta con médico general dentro de la institución, si el paciente lo requiere se dará autorización de salida con el debido acompañamiento de una persona designada por la institución junto con un familiar del paciente para asistir a control médico en la EPS
<i>Enfermero Profesional de tiempo completo</i>	NO CUMPLE	No cuentan con enfermero profesional dentro de la institución.
<i>Psicólogo de tiempo completo</i>	PARCIALMENTE	Cuenta con personal de psicología, pero no de tiempo completo, sin embargo, los procesos de seguimiento psicológico se realizan periódicamente durante la semana según el cronograma de actividades establecido, el personal de psicología no permanece el 100% del tiempo dentro de la institución.
<i>Terapeuta Ocupacional de tiempo completo</i>	NO CUMPLE	No cuenta con terapeuta ocupacional
<i>Profesional del Área Social o de Familia de tiempo completo</i>	NO CUMPLE	No cuenta con este tipo de profesional
<i>Pedagogo Reeducador de tiempo completo</i>	PARCIALMENTE	Cuenta con un pedagogo reeducador, pero no está vinculado con la institución de tiempo completo, se presenta según cronograma de actividades.
<i>Profesional en laboratorio clínico de tiempo completo, si cuenta con laboratorio</i>	NO CUMPLE	No cuenta con laboratorio clínico
<i>Químico Farmacéuta de tiempo completo</i>	NO CUMPLE	No cuenta con Químico Farmacéutico
<i>Auxiliares de enfermería de tiempo completo</i>	PARCIALMENTE	Cuenta con un auxiliar de enfermería, pero no está vinculado con la institución de tiempo completo, se presenta según cronograma de actividades para verificar el estado de los pacientes.
<i>Auxiliares de trabajo social de tiempo completo</i>	NO CUMPLE	No cuenta con auxiliares de trabajo sociales
<i>Auxiliares de terapia ocupacional de tiempo completo</i>	NO CUMPLE	No cuenta con auxiliares de terapia ocupacional

8.1.2. Tipo de centro de atención CAD

Siguiendo lo establecido en la resolución 4750 de 2005 en la cual se establece, las condiciones que deben cumplir los centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, se precisan los tipos de Centros de atención de Drogadicción (CAD) dando una clasificación en donde indica que los centros de atención pueden ser ambulatorios o residenciales y dependiendo el tipo de institución que se indique se darán las condiciones específicas para su habilitación.

Al verificar el servicio prestado por la institución se concluye que es un CAD de modalidad residencial que son todos aquellos centros que brindan como parte de su modelo o enfoque de atención alojamiento nocturno a sus usuarios.

Se realiza la verificación del cumplimiento de las condiciones con las que debe contar la institución de baja o mediana complejidad según el instructivo para realizar la autoevaluación y la verificación de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud - centro de atención en drogadicción (CAD), estipulado en la resolución 4750 de 2005.

Cabe aclarar que se toman los puntos más relevantes y de interés para este trabajo de grado, en cuanto a la atención del paciente, su seguimiento, controles y el personal que se encarga de cuidado y tratamiento. Se realizó la verificación de los ítems de interés y su cumplimiento, se evaluaron los siguientes aspectos:

8.1.2.1. Recurso humano

Al igual que lo reportado en el análisis de cumplimiento de la resolución 196 de 2002, para la resolución 4750 de 2005, es importante tener establecido el recurso humano con el que cuenta la institución, al indagar directamente a la administración de la institución indican que se realiza un proceso de acercamiento con los profesionales que estarán en la institución para brindar sus servicios normalmente por medio de la modalidad de voluntariado, pero que no se cuenta con un proceso establecido de selección de profesionales del área de la salud, por consiguiente en el numeral 1.1, 1.2, 1.3 tendría como resultado después de la verificación un resultado de No Cumple (NC), puesto que no están establecido los perfiles de los profesionales con los que debe contar la institución ni un proceso de selección definido.

En el numeral 1.6 se enuncia si el centro de atención realiza una supervisión de los usuarios o pacientes antes de su ingreso al CAD por parte de un profesional en psicología, para evaluar si el paciente que ingresa tiene un diagnóstico adecuado o no, y de esta manera poder determinar su admisión o posible remisión a otro centro de atención, por consiguiente la institución realiza una evaluación de los pacientes que llegan pero no por un profesional en psicología, se verifica el estado general del paciente las remisiones del centro de salud de donde es remitido o indaga por el estado de salud por parte de los familiares que lo lleven, se abre un historial con la documentación pertinente del paciente, sus familiares y de ser necesario se abre un historial de la terapia farmacológica con la que el paciente llega a la institución, en conclusión, en el numeral 1.6 no se evalúa si el paciente está bien diagnosticado o si sufre de alguna patología adicional a la farmacodependencia, se corrobora la información de las fuentes primarias (familia y entidades de salud) quedando el vacío del análisis de un profesional adecuadamente.

Cabe aclarar que tal como lo indica la misma resolución en el numeral 1.7 y 1.8, la institución puede utilizar el modelo de apoyo brindado por consumidores rehabilitados o de voluntarios y en la actualidad aplica este ítem, pero se indica que no se tiene registro certificado de la capacitación de este personal para desarrollar las tareas de cuidado a los pacientes recluidos, se indica que el consumidor rehabilitado o voluntario cumplió con su proceso de rehabilitación y continuo con una

conducta adecuada y por consiguiente se da la aprobación para continuar vinculado a la institución y dar apoyo a las personas que lleguen nuevamente con problemas de adicción.

8.1.2.2. Infraestructura e instalaciones físicas

La institución cuenta con áreas de esparcimiento áreas sociales y de recreación, con las cuales se estaría dando un concepto de cumple, se evalúa además el numeral 2.6 el cual indica que se debe contar con un área para la atención de los pacientes, donde la instalación tiene un área designada para la atención personalizada de los pacientes en intervenciones personales como lo son entrevistas con personal de psicología, trabajo social y de tipo pedagógico, es decir no se cuenta con un espacio privado para realizar procesos de consultas médicas o de seguimiento de enfermería.

8.1.2.3. Dotaciones e insumos

Se evalúa el numeral 3.5 que indica que las instalaciones deben tener un botiquín de primeros auxilios para uso en caso de emergencias, luego de realizar la inspección del botiquín con el que cuenta la institución se evidencio la falta de revisión del mismo, puesto que se encontraron diferentes elementos que no coinciden con los indicados para un botiquín de primeros auxilios básicos, se encontraron medicamentos con hasta dos años de cumplida la fecha de expiración, dispositivos médicos para canalización de igual manera vencidos y en estado deteriorado, medicamentos de uso controlado con principio activo codeína en solución inyectable, medicamentos en mal estado de almacenamiento.

8.1.2.4. Procesos prioritarios

Siguiendo cada uno de los ítems de interés, se evalúa el punto 4.1 en el que se evidencia el modelo o enfoque de atención, el cual debe estar debidamente documentado y cuente con evidencia, como se habló anteriormente el modelo utilizado por la institución es un modelo Teológico-Religioso y el cual está apoyado en 6 programas de atención a cada uno de los usuarios de la institución, los cuales han tenido éxito en un 80% de los casos según lo reporta la misma institución, el 20% restante lo definen con pacientes que presentan patologías mentales asociadas y que presentan dificultad para mejorar su calidad de vida.

Los numerales 4.2, 4.3, 4.4 y 4.6 están enfocados a la ejecución de su plan de atención y mejora de calidad de vida de los usuarios de la fundación, teniendo reglas internas de comportamiento y de divulgación constate dentro de los usuarios, además de reforzar su metodología teológica-religiosa, que es la base del tratamiento efectuado durante los 9 meses que dura el ciclo de intervención de la institución.

8.1.2.5. Registros

Los registros encontrados dentro de la institución corresponden al cumplimiento de los ítems 5.1, 5.2 teniendo un punto débil en la gestión de la información de los pacientes puesto que tienen grandes dificultades para el manejo adecuado de los documentos desde el archivo de información personal hasta el adecuado almacenamiento de historias clínicas y prescripciones médicas, no cuentan con la digitalización de la información de base de datos, no se realizan registros diarios de la evolución de cada uno de los pacientes y no se realiza un control esquemático, ni respuesta de quejas y reclamos como bien lo indican los numerales 5.4, 5.5 y 5.6.

8.1.2.6. Interdependencia de servicios

En el numeral 6.1 que indica si la institución maneja menores abusados o explotados sexualmente o grupos de población con conductas de alto riesgo, por su parte la institución no refiere información acerca de los antecedentes personales de cada uno de los pacientes protegiendo la información confidencial de cada uno de ellos, pero infiere que en no recibe este tipo de usuarios.

8.1.2.7. Seguimiento a riesgos

Como lo establece el numeral 7.1 el CAD no tiene definido un seguimiento de los riesgos propios de cada uno de los usuarios, puesto que no cuentan con un sistema de gestión de calidad para realizar seguimientos de acuerdo a indicadores de gestión.

8.2. LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN CON FUNCIONARIOS

De acuerdo al Anexo 1 se realizó un cuestionario a los funcionarios de la institución, quienes por solicitud expresa requieren no divulgar en esta investigación las repuestas puntualmente dadas, sin embargo, permitieron un análisis sobre las mismas. En el anexo 3 se evidencian fotos de algunos hallazgos durante las respuestas dadas al cuestionario por parte de los funcionarios, quienes orientaron en la visita y recorrido de las áreas y los procedimientos actuales de la institución. Al realizar las visitas y generar los diálogos con los funcionarios encargados de esta labor, se encontró que la institución no cuenta con los diferentes tipos de profesionales del área de la salud, que la administración y dispensación de medicamentos a los pacientes con farmacoterapia activa no se hace de acuerdo a estándares mínimos de salubridad ni acorde a la legislación, sino que está a cargo incluso de pacientes que se encuentran activos en el programa, cabe aclarar que son pacientes que ya superaron su adicción a las drogas y que se encuentran como imagen de “autoridad” al interior de la institución; se logró obtener la siguiente información:

- Los medicamentos son almacenados en recipientes plásticos o bolsas plásticas, marcados con cintas que indican el nombre del paciente. Todos los recipientes se encuentran en una gaveta metálica no apta para el almacenamiento de medicamentos.
- Los pacientes firman un formato de control de medicamentos relacionado en su carpeta de recepción de la dosis, sin embargo, es un formato establecido que genera confusiones y en algunos casos cuando se olvida la firma del paciente, el encargado firma por el paciente para llevar al día el formato.
- A los pacientes que llegan con algún tipo de patología referida de otra institución se les abre un historial donde quedarán plasmados los documentos de las prescripciones médicas y los documentos de información del paciente.
- Los medicamentos son suministrados 15 minutos después de cada comida, independientemente del tipo de medicamento que se esté administrando, se procura seguir las recomendaciones de la prescripción médica, pero si el paciente requiere las tres dosis en el día le serán administradas luego de cada comida, teniendo con lo indicado un tiempo de administración de 5 a 6 horas entre las comidas.
- Los medicamentos siempre son administrados con agua potable.
- Al ser una institución de direccionamiento Teológico-Religioso, realizan actividades de ayuno por lo cual no se le suministra el medicamento en las horas de la mañana, argumentando que prefieren no hacerlo puesto que el paciente no ha comido nada.
- Algunos pacientes con patología definida reciben atención para administración de medicamentos de aplicación supervisada directamente por un funcionario del laboratorio farmacéutico, externos a la institución, los cuales asiste periódicamente para dar cumplimiento al tratamiento establecido.

- Los funcionarios indican que los familiares son los responsables del suministro de medicamentos de cada paciente, que en algunos momentos no se presentan con los medicamentos por lo cual empieza a generar en algunas acciones agresivas y de auto lesión.
- Cuando se agotan los medicamentos de un paciente, recurren a hacer “préstamos” entre los medicamentos de otros pacientes, y en algunos casos se baja la dosis para que “dure más” el medicamento mientras llega el familiar para abastecer los requerimientos del paciente.

8.3. RESUMEN DE CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Tabla 3. Resumen de caracterización de la Institución

ASPECTO EVALUADO	ESTATUS DE LA INSITUCIÓN
Nivel de complejidad	<u>Debería habilitarse en un segundo nivel de complejidad</u>
Tipo de centro de atención de drogadicción	<u>CAD modalidad residencial</u>
Equipo de trabajo o recurso humano especializado	<u>No cumple</u> , no soporta en cuanto a su nivel y tipo de centro de atención el personal requerido en salud para un adecuado manejo de los usuarios.
Infraestructura	<u>Cumple parcialmente</u> , se evidencia la necesidad de crear espacios para la atención médica especializada de carácter personificado y todo el seguimiento en salud
Dotaciones e insumos	<u>Cumple</u> , con los criterios establecidos en el check list de verificación de la resolución 4750 de 2005, con la anotación de las mejorías que se deben realizar en el manejo de botiquín de primeros auxilios
Procesos prioritarios	<u>Cumple</u> , según la ejecución de su plan de tratamiento y aplicación de modelo teológico-religioso
Registros	<u>No cumple</u> , el sistema de registros vigentes de la institución es deficiente según los requerimientos exigido en la resolución 4750 de 2005 para su habilitación, y los registros aplicados actualmente deben ser mejorados para un buen sistema de registro
Interdependencia de servicios	<u>Cumple</u> , puesto que no está especializado en este tipo de atención especial de pacientes y lo define en sus políticas de admisión.
Seguimiento a riesgos	<u>No cumple</u> , al no efectuar procesos de mejora continua en sus sistemas de atención y gestión de la calidad

8.4. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES

En el levantamiento de información con los funcionarios de la institución se expuso que el programa de restauración ofrecido es para pacientes con todo tipo de adicciones (drogas, medicamentos, tecnologías, comportamientos, entre otros).

El personal administrativo facilitó la información de los pacientes actuales, en total 49 pacientes hombres recluidos con permanencia continua en la institución, activos en el programa de restauración que tarda cerca de 9 meses en culminarse, sin embargo, se encontró pacientes que llevan en la institución cerca de 2 años, por lo que el programa de atención puede extenderse de acuerdo al paciente. El programa maneja las siguientes metodologías:

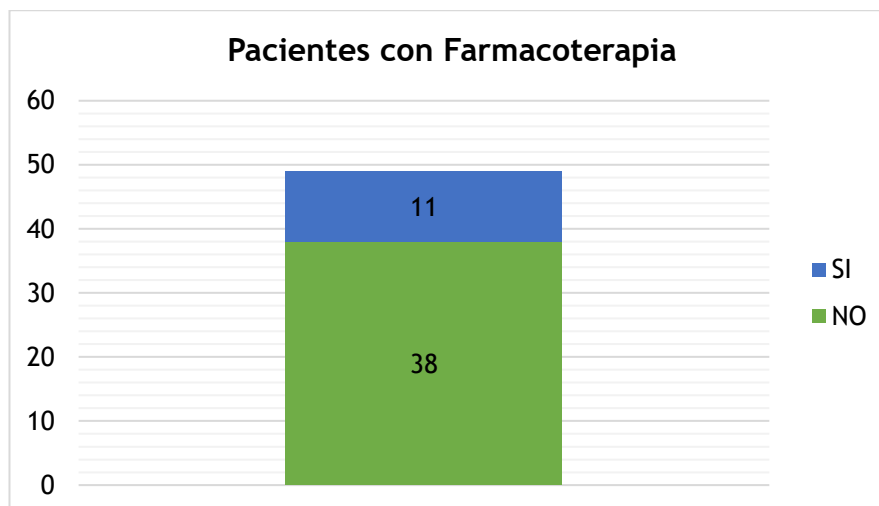
1. Espiritual
2. Médico-Odontológico
3. Psicológico
4. Pedagógico
5. Físico-Deportivo
6. Musical-Artístico

En este contexto, la presente investigación se centró en contribuir a la segunda metodología Médico-Odontológico, realizándose revisión documental de las historias clínicas de los 49 pacientes recluidos en la institución al momento de la intervención y entrevistas a los pacientes con farmacoterapia activa.

8.4.1. Farmacoterapia Activa

De los 49 pacientes, 11 cuentan con una farmacoterapia activa, esto es debido a que el programa de tratamiento ofrecido por la institución es un programa No Farmacológico, por lo que solo se administra medicamentos a aquellos pacientes que vienen con una fórmula médica para determinada patología, mas no para el tratamiento de restauración, así que las afecciones como síndrome de abstinencia u otros asociados a la suspensión de consumo de sustancias no son tratados por medicina tradicional, ni con tratamientos farmacológicos, sino con principal énfasis religioso.

Gráfico 2. Pacientes con Farmacoterapia

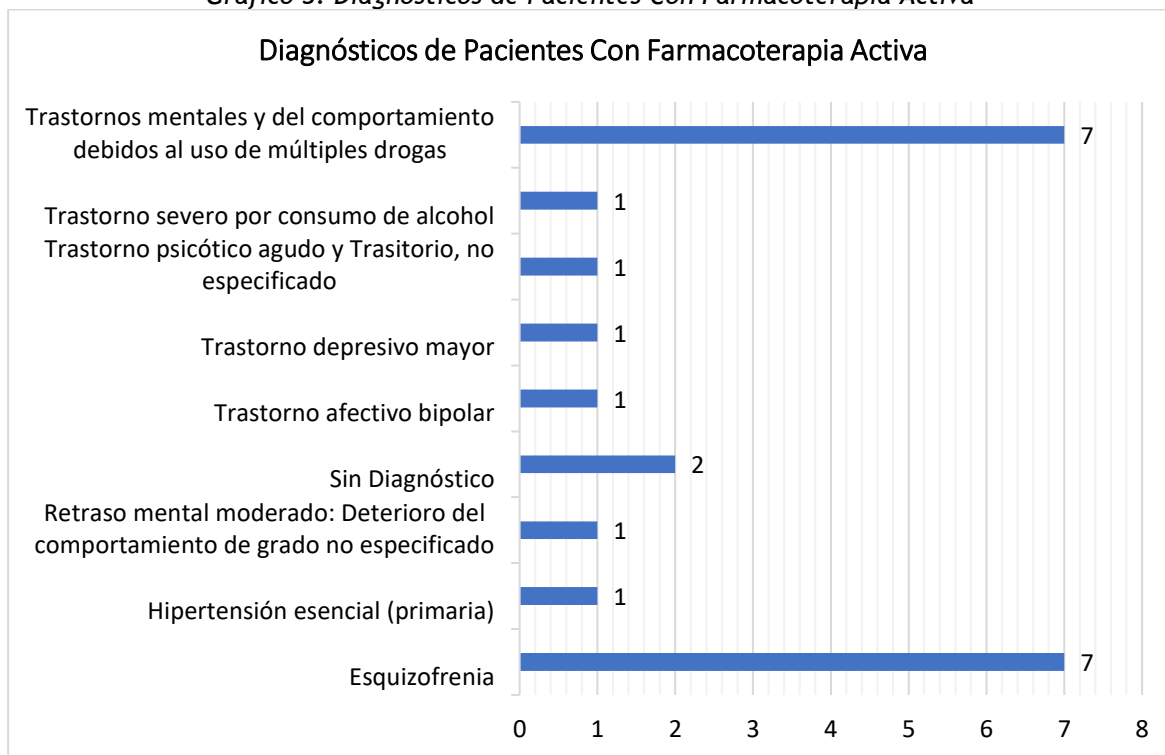


8.4.2. Diagnósticos

Así las cosas, se focalizó la investigación en aquellos pacientes con farmacoterapia activa a quienes se les aplicó la entrevista personalmente de acuerdo al Anexo 2 de entrevistas a pacientes, y se

realizó una revisión documental minuciosa del historial farmacológico descrito en sus historias clínicas, obteniéndose lo siguiente:

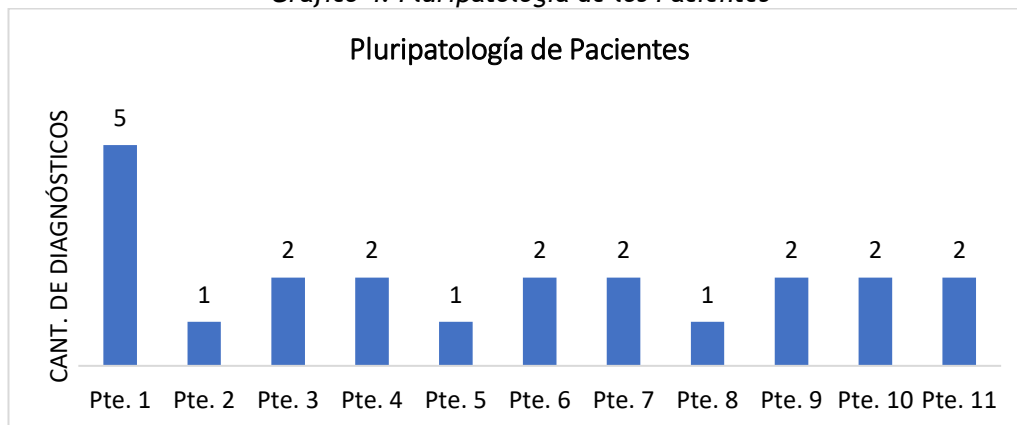
Gráfico 3. Diagnósticos de Pacientes Con Farmacoterapia Activa



8.4.3. Pluripatología

Las patologías más comunes en estos 11 pacientes son los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples de drogas (7 pacientes), asociado a diferentes tipos de esquizofrenia (7 pacientes), lo que, de acuerdo al marco teórico, podría estar relacionado a la enfermedad dual que se desencadenan una de la otra, para 2 pacientes no se registra patología para el tratamiento farmacológico que tienen, otros diagnósticos también se encontraron, trastorno severo por consumo de alcohol (1 paciente), Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado (1 paciente), trastorno depresivo mayor (1 paciente), trastorno afectivo bipolar (1 paciente), retraso mental moderado (1 paciente), e hipertensión arterial (1 paciente).

Gráfico 4. Pluripatología de los Pacientes

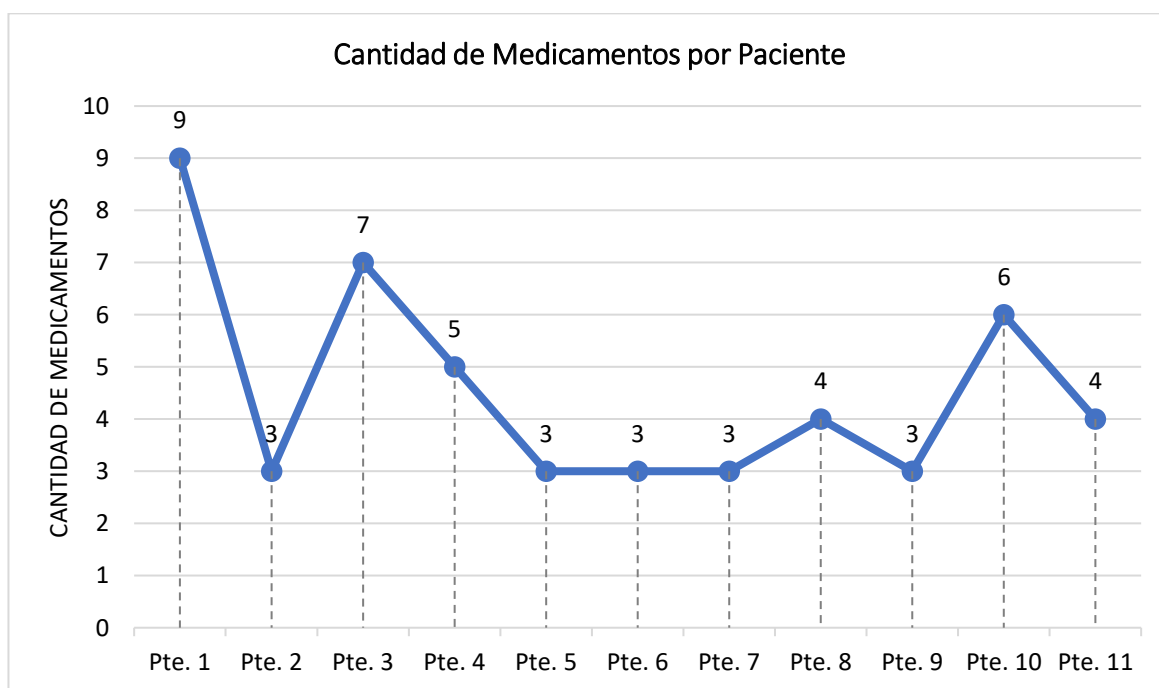


8 pacientes son pluripatológicos, 2 pacientes tienen un solo diagnóstico y 1 paciente no tiene diagnóstico especificado.

8.4.4. Polifarmacia

Esta pluripatología descrita en el anterior numeral, podría estar relacionada a polifarmacia, por lo que se caracterizó el historial farmacológico reportado en las historias clínicas de la institución, identificando los medicamentos que consumen estos pacientes, y la cantidad de medicamentos que cada paciente tiene indicado (con fórmula medica vigente) desde que ingresó a la institución, asumiéndose un medicamento como cada Denominación Común Internacional con su concentración y forma farmacéutica:

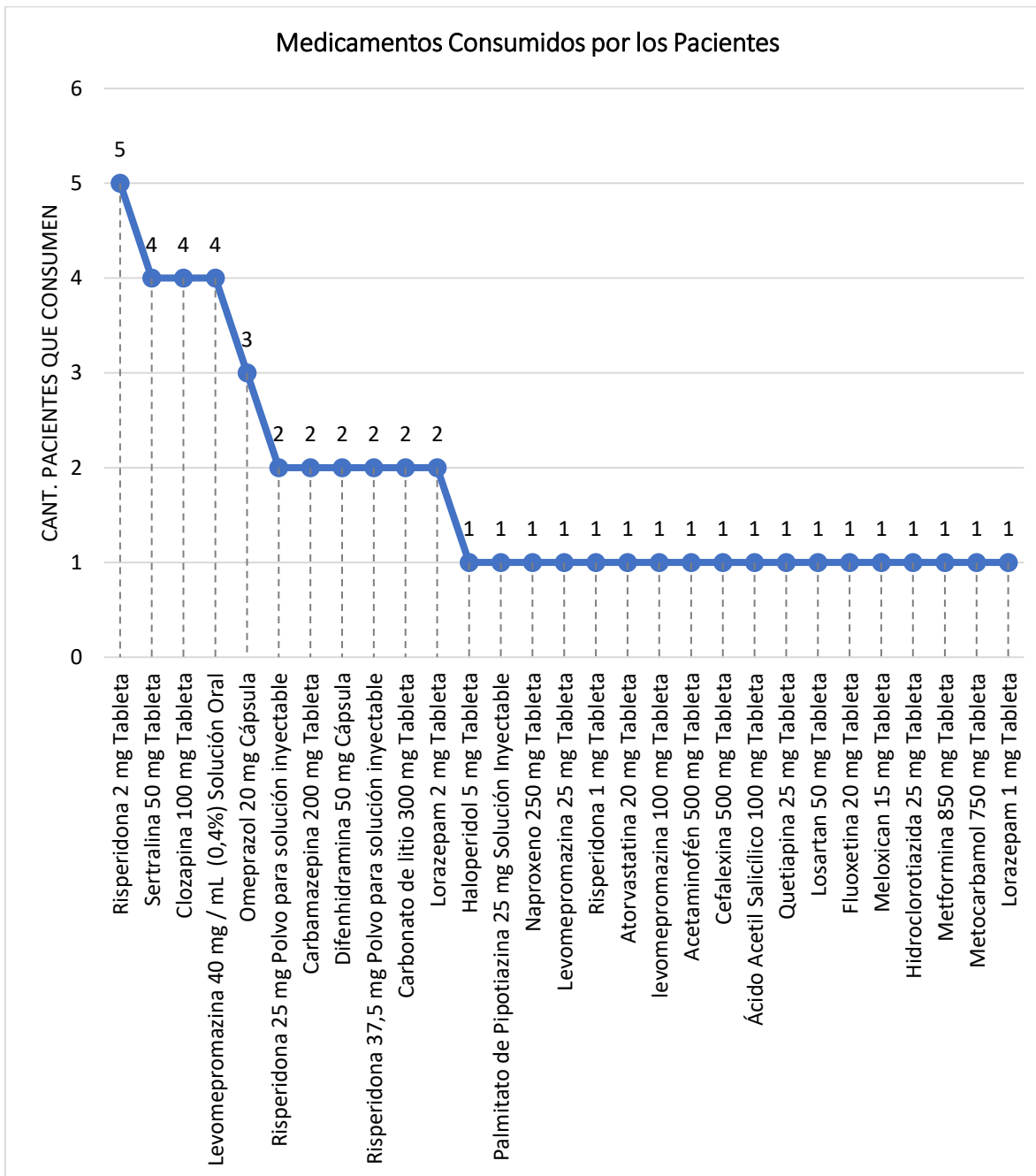
Gráfico 5. Polifarmacia de los Pacientes



8.4.5. Uso de Medicamentos

La risperidona en tableta es el medicamento que presenta mayor uso, seguido de la sertralina, clozapina y levomepromazina, el siguiente gráfico muestra los medicamentos que relacionan las historias y la cantidad de pacientes que tienen prescrito el medicamento:

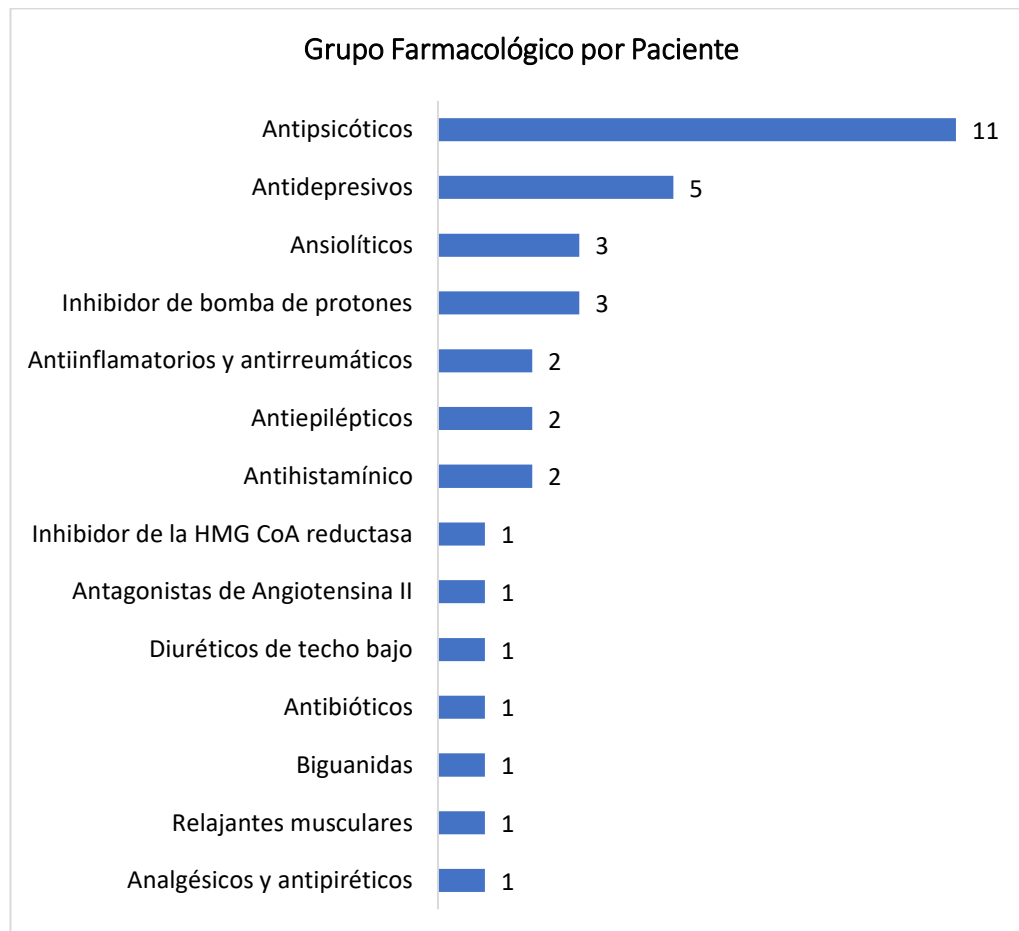
Gráfico 6. Medicamentos Consumidos por los Pacientes



8.4.6. Grupos Farmacológicos

Por otro lado, se agruparon los medicamentos que se le administran a los 11 pacientes, de acuerdo a su grupo farmacológico (establecidos por la OMS) definiéndolos en los siguientes grupos farmacológicos:

Gráfico 7. Grupo Farmacológico por Pacientes



De acuerdo a la anterior gráfica, los 11 pacientes con farmacoterapia están recibiendo por lo menos un medicamento antipsicótico, siendo este el grupo farmacológico más frecuente, seguido de los fármacos antidepresivos (5 pacientes), fármacos ansiolíticos (3 pacientes), los inhibidores de bomba de protones (3 pacientes), Antiinflamatorios y antirreumáticos (2 pacientes), Antiepilépticos (2 pacientes), Antihistamínicos (2 pacientes), y otros.

8.5. ENTREVISTA A LOS PACIENTES

La entrevista a los pacientes se realizó con previa revisión documental del historial farmacológico reportado en su carpeta de control de medicamentos, el Anexo 4 muestra el resumen de historial farmacológico registrado en la historia clínica del paciente a corte 15-sep-2018. Seguido a esto se

realizó una revisión de la literatura para sustentar las potenciales interacciones y los casos de duplicidad terapéutica.

De acuerdo al marco teórico sobre los PRM e interacciones, se decidió analizar la información con una clasificación de riesgo orientado por fuentes y herramientas como Micromedex®, Cerner Multum™, Wolters Kluwer™ y otros sitios web que recopilan su información como Drugs.com. (Drug.com, 2018)

8.5.1. Clasificación de interacción de medicamentos

A manera de guía se empleará la siguiente clasificación de riesgo de las interacciones y consideraciones respecto a la farmacoterapia de cada paciente:

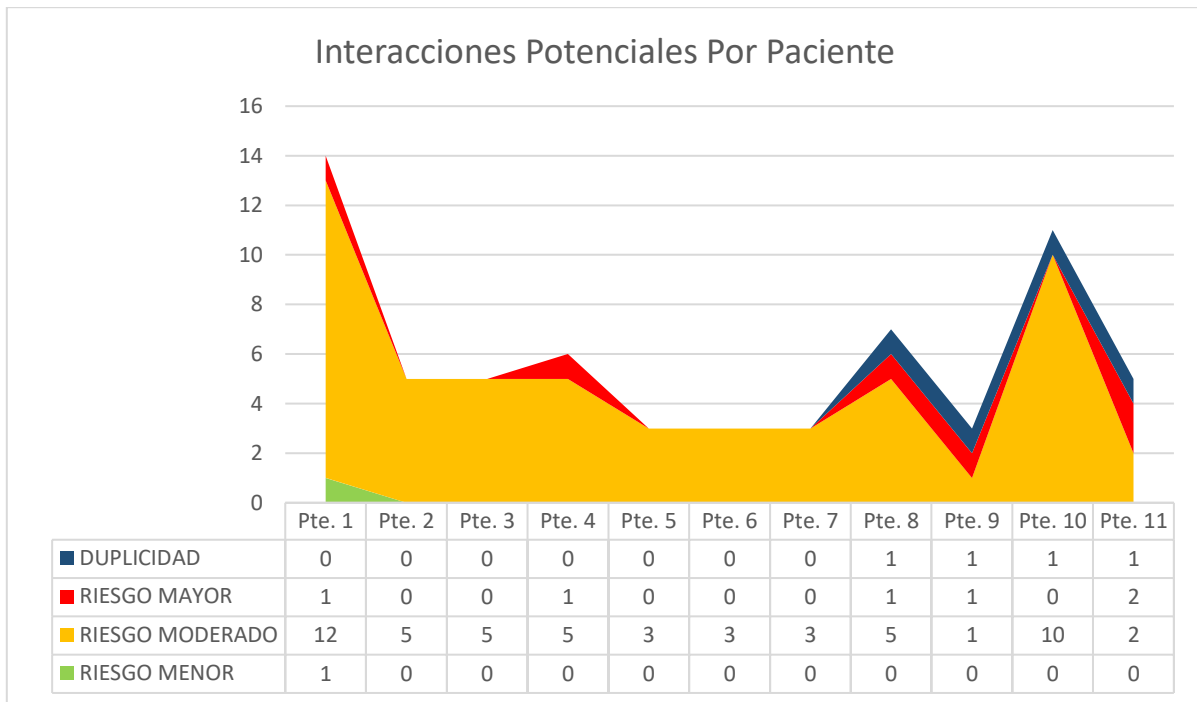
Tabla 4. Clasificación de Interacciones

INTERACCIÓN	CONSIDERACIÓN
MAYOR	Altamente clínicamente significativo. Evitar combinaciones; el riesgo de la interacción supera el beneficio.
MODERADA	Moderadamente clínicamente significativo. Por lo general, evitar combinaciones; Úselo solo bajo circunstancias especiales.
MENOR	Mínimamente clínicamente significativo. Minimizar el riesgo; evaluar el riesgo y considerar un medicamento alternativo, tomar medidas para eludir el riesgo de interacción y/o instituir un plan de monitoreo.

8.5.2. Interacciones potenciales por paciente

Debido a que se estableció que la totalidad de pacientes con farmacoterapia tiene más de un medicamento, se analizaron las interacciones que pueden existir de acuerdo a la polifarmacia y se clasificaron estas interacciones de acuerdo a la Tabla 4.

Gráfico 8. Interacciones Por Pacientes



Se evidenció que existen 65 interacciones medicamentosas potenciales en la farmacoterapia que actualmente reciben los pacientes; de acuerdo a la clasificación realizada, todos los pacientes tienen un riesgo moderado, esto por las características de los grupos farmacológicos que manejan, sin embargo, algunos pacientes tienen todos los tipos de interacciones posibles, en donde los beneficios de la terapia no son mayores a los riesgos que le pueden representar a la salud del paciente.

8.5.2.1. Análisis de interacciones medicamentosas potenciales

Se realizó revisión de la literatura respecto a las 65 interacciones potenciales encontradas, se describen a continuación:

8.5.2.1.1. Clozapina y Risperidona

(Interacción Mayor) La administración concomitante con otros agentes psicotrópicos puede potenciar los efectos adversos de la clozapina en la función cardiovascular. La hipotensión ortostática con o sin síncope, en casos raros acompañada de colapso profundo y parada cardiorrespiratoria, se ha producido durante el inicio del tratamiento con clozapina solo y en combinación con otros agentes psicotrópicos, ocasionalmente incluso en la primera dosis. El riesgo es mayor durante la titulación inicial en asociación con la escalada de dosis rápida. En un informe, dosis iniciales tan bajas como 12.5 mg se asociaron con colapso y paro respiratorio. Otros efectos adversos que pueden aumentar durante el uso de clozapina con otros agentes psicotrópicos incluyen depresión del SNC, discinesia tardía, taquicardia y cambios en el ECG como la prolongación del intervalo QT. Los efectos anticolinérgicos de estos agentes también pueden aumentar aditivamente. Los efectos anticolinérgicos excesivos pueden provocar íleo paralítico, hipertermia, insolación y el síndrome de intoxicación anticolinérgica. Los síntomas periféricos de la intoxicación

anticolinérgica incluyen midriasis, visión borrosa, cara sonrojada, fiebre, piel seca y membranas mucosas, taquicardia, retención urinaria y estreñimiento. Los síntomas centrales pueden incluir pérdida de memoria, desorientación, incoherencia, alucinaciones, psicosis, delirio, hiperactividad, movimientos espasmódicos, estereotipia y convulsiones. visión borrosa, cara enrojecida, fiebre, piel seca y membranas mucosas, taquicardia, retención urinaria y estreñimiento.

La administración concomitante de risperidona puede aumentar las concentraciones plasmáticas de clozapina. En un informe de un caso, la concentración plasmática de clozapina aumentó de 344 ng / ml a 598 ng / ml dos semanas después de que se agregó risperidona a la pauta de un paciente. El mecanismo propuesto es la inhibición competitiva del metabolismo a través de CYP450 2D6 y/o 3A4.

Recomendación: Se recomienda precaución cuando se inicia clozapina en pacientes que reciben otros medicamentos psicotrópicos, incluida la risperidona. Los signos vitales deben ser monitoreados de cerca. Los pacientes que han tenido incluso un intervalo breve de clozapina (es decir, 2 o más días desde la última dosis) deben reiniciarse con 12.5 mg una o dos veces al día. Por el contrario, la respuesta farmacológica y los niveles plasmáticos de clozapina deben controlarse más estrechamente cuando se agrega o se retira la risperidona del tratamiento en pacientes estabilizados con clozapina, y la dosis se ajusta según sea necesario. Además, debe tenerse en cuenta la posibilidad de efectos aditivos en el intervalo QT y un mayor riesgo de arritmia torsade de pointes. Los electrolitos séricos, que incluyen potasio, magnesio y calcio, deben medirse al inicio y periódicamente durante el tratamiento, y cualquier anomalía corregida antes de iniciar el tratamiento. La evaluación de rutina del ECG puede detectar la prolongación del QTc, pero no siempre es efectiva para prevenir las arritmias. La terapia con estos agentes debe suspenderse si el intervalo QTc excede los 500 mseg. Se debe aconsejar a los pacientes que busquen atención médica inmediata si experimentan síntomas que podrían indicar la presencia de torsade de pointes, como mareos, aturdimiento, desmayos, palpitaciones, ritmo cardíaco irregular, dificultad para respirar o síncope. Los pacientes ambulatorios pueden querer evitar las actividades que requieren estado de alerta mental hasta que sepan cómo les afectan estos agentes. Una reducción de la dosis en uno o ambos medicamentos puede ser necesaria si se desarrollan efectos adversos excesivos. (Tyson, Devane, & Risch, 1995) (EMA, 2018)

8.5.2.1.2. Clozapina y Quetiapina

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.1 aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.3. Carbonato de Litio y Sertralina

(Interacción Mayor) El litio puede aumentar los efectos farmacológicos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y potenciar el riesgo de síndrome serotoninérgico, que es una condición rara pero grave y potencialmente mortal que se cree que es consecuencia de la hiperestimulación de los receptores 5-HT_{1A} y 2A del tallo cerebral. El mecanismo exacto por el cual el litio aumenta la actividad serotoninérgica es desconocido. La interacción ha sido reportada con fluoxetina y fluvoxamina y el inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina venlafaxina. Los síntomas del síndrome serotoninérgico pueden incluir cambios en el estado mental como irritabilidad, alteración de la conciencia, confusión, alucinaciones y coma; disfunción autonómica como taquicardia, hipertermia, diaforesis, escalofríos, labilidad de la presión arterial y midriasis; anormalidades neuromusculares como hiperreflexia, mioclonos, temblor, rigidez y ataxia; y síntomas gastrointestinales tales como calambres abdominales, náuseas, vómitos y diarrea. Por el contrario, los ISRS pueden elevar las concentraciones plasmáticas de litio y aumentar el riesgo de toxicidad por litio. La interacción se ha asociado con fluoxetina, mientras que

citalopram y paroxetina no causan la interacción. Se ha informado sobre somnolencia excesiva con litio y fluvoxamina.

Recomendación: se recomienda precaución si se receta litio en combinación con ISRS. Los niveles de litio deben evaluarse regularmente y la dosis ajustada en consecuencia. Los pacientes deben controlarse estrechamente para detectar síntomas del síndrome de serotonina durante el tratamiento. Se recomienda especial precaución al aumentar las dosis de estos agentes. El riesgo potencial de síndrome serotoninérgico debe considerarse incluso cuando se administran agentes serotoninérgicos secuencialmente, ya que algunos agentes pueden demostrar una vida media de eliminación prolongada. Por ejemplo, generalmente se recomienda un período de lavado de 5 semanas después del uso de fluoxetina antes de administrar otro agente serotoninérgico. Si se desarrolla o se sospecha síndrome serotoninérgico durante el curso de la terapia, todos los agentes serotoninérgicos deben suspenderse inmediatamente y brindarse atención de apoyo según sea necesario. Los pacientes moderadamente enfermos también pueden beneficiarse de la administración de un antagonista de la serotonina (p. Ej., Ciproheptadina, clorpromazina). Los casos graves deben manejarse bajo consulta con un toxicólogo y pueden requerir sedación, parálisis neuromuscular, intubación y ventilación mecánica, además de otras medidas. (Asociación Canadiense de Farmacéuticos, 2018) (EMA, 2018)

8.5.2.1.4. Lorazepam y Clozapina

(Interacción Mayor) Las benzodiazepinas y la clozapina pueden tener efectos aditivos sobre la función respiratoria y cardiovascular. Se han notificado casos de ataxia, salivación excesiva, hipotensión, colapso, depresión respiratoria, paro respiratorio, pérdida del conocimiento, paro cardíaco y muerte súbita. El mecanismo es desconocido y la causalidad no ha sido determinada claramente.

Recomendación: se recomienda precaución si es necesaria una terapia concurrente. Los signos vitales deben ser monitoreados de cerca. (Klimke & Klieser, 1994)

8.5.2.1.5. Clozapina y Sertralina

(Interacción Mayor) La Clozapina tiene el potencial de prolongar el intervalo QT del electrocardiograma. Teóricamente, la administración concomitante con otros agentes que pueden causar la prolongación del intervalo QT puede dar como resultado efectos aditivos y un mayor riesgo de arritmias ventriculares, que incluyen torsade de pointes y muerte súbita. En general, el riesgo de un agente individual o una combinación de agentes que causan arritmias ventriculares en asociación con la prolongación del intervalo QT es en gran medida impredecible, pero puede verse incrementado por ciertos factores de riesgo subyacentes tales como síndrome congénito de QT largo, enfermedad cardíaca y trastornos electrolíticos (p. Ej. hipocalcemia, hipomagnesemia, hipocalcemia). En adición, la extensión de la prolongación del QT inducida por el fármaco depende del (los) fármaco (s) particular (es) implicado (s) y la (s) dosificación (es) del (de los) fármaco (s). Ciertos agentes prolongadores del QT (p. Ej., Neurolépticos, fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, algunos antihistamínicos, antiespasmódicos y relajantes del músculo esquelético) también pueden tener efectos adyuvantes parasimpáticos y del sistema nervioso central con la clozapina. Los efectos parasimpaticolíticos excesivos pueden ocasionar íleo paralítico, hipertermia, midriasis, visión borrosa, taquicardia, retención urinaria, psicosis y convulsiones. y relajantes del músculo esquelético) también pueden tener efectos adyuvantes parasimpáticos y del sistema nervioso central con clozapina. Los efectos parasimpaticolíticos excesivos pueden ocasionar íleo paralítico, hipertermia, midriasis, visión borrosa, taquicardia, retención urinaria, psicosis y convulsiones. (EMA, 2018) (Asociación Canadiense de Farmacéuticos, 2018)

Recomendación: se recomienda precaución si se usa clozapina en combinación con otros medicamentos que pueden prolongar el intervalo QT. Los electrolitos séricos, incluidos el potasio, el magnesio y el calcio, deben medirse al inicio y periódicamente durante el tratamiento, y las anomalías deben corregirse antes de iniciar la clozapina. La evaluación de rutina del ECG puede detectar la prolongación del QTc, pero no siempre es efectiva para prevenir las arritmias. El tratamiento con clozapina debe suspenderse si el intervalo QTc excede los 500 mseg. Se debe aconsejar a los pacientes que busquen atención médica inmediata si experimentan síntomas que podrían indicar la presencia de torsade de pointes, como mareos, aturdimiento, desmayos, palpitaciones, ritmo cardíaco irregular, dificultad para respirar o síncope. Se requiere precaución adicional cuando se usan agentes prolongadores de QT con propiedades anticolinérgicas, particularmente en los ancianos y aquellos con enfermedad cerebral orgánica subyacente. Se debe advertir a los pacientes que notifiquen a su médico si experimentan síntomas potenciales de intoxicación anticolinérgica, como dolor abdominal, fiebre, intolerancia al calor, visión borrosa, confusión y/o alucinaciones. Los ajustes de dosis pueden ser necesarios si se desarrollan efectos adversos excesivos. Se debe aconsejar a los pacientes ambulatorios que eviten actividades que requieran atención mental hasta que sepan cómo les afectan estos agentes. intolerancia al calor, visión borrosa, confusión y/o alucinaciones. Los ajustes de dosis pueden ser necesarios si se desarrollan efectos adversos excesivos. (Asociación Canadiense de Farmacéuticos, 2018) (EMA, 2018)

8.5.2.1.6. Lorazepam y Risperidona

(Interacción Moderada) Los efectos depresores del sistema nervioso central y/o respiratorio pueden aumentar aditiva o sinérgicamente en pacientes que toman múltiples medicamentos que causan estos efectos, especialmente en pacientes ancianos o debilitados.

Recomendación: Durante el uso concomitante de estos medicamentos, se debe controlar a los pacientes en busca de SNC y depresión respiratoria potencialmente excesivos o prolongados. Puede ser necesaria una titulación de dosis prudente, particularmente al inicio del tratamiento. Se debe aconsejar a los pacientes ambulatorios que eviten las actividades peligrosas que requieren atención mental y coordinación motriz hasta que sepan cómo les afectan estos agentes, y que notifiquen a su médico si experimentan efectos SNC excesivos o prolongados que interfieren con sus actividades normales. (Drug.com, 2018)

8.5.2.1.7. Levomepromazina y Losartán

(Interacción Moderada) Las fenotiazinas y los agentes neurolépticos pueden potenciar el efecto hipotensor de algunos medicamentos secundarios a su actividad bloqueante alfa-1 adrenérgica periférica. La hipotensión ortostática y el síncope asociados con la vasodilatación pueden ocurrir, particularmente durante la dosificación inicial y/o la administración parenteral de la fenotiazina o el neuroléptico.

Recomendación: Se recomienda un monitoreo clínico cercano para el desarrollo de hipotensión si se usan fenotiazinas o agentes neurolépticos en pacientes que reciben medicamentos antihipertensivos o vasodilatadores. Una dosis inicial más baja y una administración más lenta de la fenotiazina o del neuroléptico pueden ser apropiadas, especialmente en los ancianos. Se debe advertir a los pacientes que eviten levantarse abruptamente desde una posición sentada o reclinada y que notifiquen a su médico si experimentan mareos, aturdimiento, síncope, ortostasis o taquicardia. Los pacientes también deben evitar conducir u operar maquinaria peligrosa hasta que sepan cómo los afectan los medicamentos. (Drug.com, 2018)

8.5.2.1.8. Clozapina y Losartán

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.7. aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.9. Ácido Acetilsalicílico y Losartán

(Interacción Moderada) los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden atenuar los efectos antihipertensivos de los antagonistas del receptor de la angiotensina II. El mecanismo propuesto es la inhibición inducida por AINE de la síntesis de prostaglandinas renales, que da como resultado una actividad presora sin oposición que produce hipertensión. Además, los AINE pueden causar retención de líquidos, lo que también afecta la presión arterial. Los datos clínicos son limitados.

Recomendación: El uso concomitante de AINE y antagonistas de los receptores de la angiotensina II puede causar deterioro de la función renal, especialmente en pacientes ancianos o con deficiencia de volumen (incluidos los que reciben terapia diurética) o que tienen una función renal comprometida. Puede presentarse insuficiencia renal aguda, aunque los efectos son generalmente reversibles. El uso crónico de AINE solos puede estar asociado con toxicidades renales, incluyendo elevaciones de creatinina sérica y BUN, necrosis tubular, glomerulitis, necrosis papilar renal, nefritis intersticial aguda, síndrome nefrótico e insuficiencia renal. Además, en pacientes con condiciones prerrenales cuya perfusión renal puede depender de la función de las prostaglandinas, los AINE pueden precipitar la descompensación renal manifiesta a través de una inhibición de la síntesis de prostaglandinas relacionada con la dosis.

Los pacientes que reciben antagonistas del receptor de angiotensina II que requieren tratamiento concomitante prolongado (más de 1 semana) con un AINE deben controlar la presión arterial más de cerca después del inicio, la interrupción o el cambio de la dosis del AINE. La función renal también debe evaluarse periódicamente durante la coadministración prolongada. No se espera que la interacción ocurra con dosis bajas (por ejemplo, dosis bajas de aspirina) o administración intermitente a corto plazo de AINE. (EMA, 2018) (Asociación Canadiense de Farmacéuticos, 2018) (Drug.com, 2018)

8.5.2.1.10. Levomepromazina y Sertralina

(Interacción Moderada) Teóricamente, el uso concomitante de dos o más fármacos que pueden causar la prolongación del intervalo QT puede dar como resultado efectos aditivos y un mayor riesgo de arritmias ventriculares, incluida la torsade de pointes y la muerte súbita. El riesgo de que un agente individual o una combinación de estos agentes cause arritmias ventriculares en asociación con la prolongación del intervalo QT es en gran medida impredecible, pero puede verse incrementado por ciertos factores de riesgo subyacentes tales como síndrome congénito de QT largo, enfermedad cardíaca y trastornos electrolíticos (p. Ej., Hipocalemia, hipomagnesemia). Además, la extensión de la prolongación del QT inducida por el fármaco depende del fármaco (s) particular (es) implicado (s) y la (s) dosificación (es) del (de los) fármaco (s).

Recomendación: Se recomienda precaución y monitoreo clínico si se prescriben juntos múltiples agentes asociados con la prolongación del intervalo QT. Se debe aconsejar a los pacientes que busquen atención médica inmediata si experimentan síntomas que podrían indicar la presencia de torsade de pointes, como mareos, aturdimiento, desmayos, palpitaciones, ritmo cardíaco irregular, dificultad para respirar o síncope. (Glassman & Bigger, 2001) (Witchel, Hancox, & Nutt, 2003) (EMA, 2018)

8.5.2.1.11. Hidroclorotiazida y Sertralina

(Interacción Moderada) Teóricamente, La administración concomitante con diuréticos puede potenciar el riesgo de hiponatremia asociada con el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN). El mecanismo por el cual los ISRS e IRSN producen hiponatremia no se ha establecido claramente. En muchos casos, la hiponatremia parece ser secundaria al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Se informaron casos con sodio sérico inferior a 110 mmol/L. Estos eventos generalmente son reversibles luego de la interrupción de la terapia y/o intervención médica. Los pacientes de edad avanzada y los pacientes que toman diuréticos o que de otra forma están agotados en volumen pueden tener un mayor riesgo de desarrollar hiponatremia con ISRS e IRSN.

Los agentes antihipertensivos como los diuréticos pueden potenciar el efecto ortostático que ocasionalmente se observa al inicio de la terapia con ISRS o IRSN. El síncope y la hipotensión ortostática tienden a ocurrir dentro de la primera semana de tratamiento con IRSN / SSRI, pero pueden ocurrir en cualquier momento durante el tratamiento, particularmente después de un aumento de la dosis. El uso de ISRS o IRSN también puede causar aumentos sostenidos en la presión arterial y la frecuencia cardíaca, que pueden antagonizar los efectos terapéuticos de los medicamentos antihipertensivos. Se han informado casos de presión arterial elevada que requieren tratamiento inmediato en la experiencia posterior a la comercialización.

Recomendación: Se recomienda precaución si se recetan ISRS o IRSN en combinación con diuréticos, particularmente en los ancianos. Se debe aconsejar a los pacientes que busquen atención médica si experimentan signos y síntomas potenciales de hiponatremia como náuseas, vómitos, dolor de cabeza, malestar general, letargo, irritabilidad, dificultad para concentrarse, deterioro de la memoria, confusión, debilidad, espasmo muscular e inestabilidad (que puede conducir a las caídas). Los casos más graves y/o agudos pueden incluir alucinación, síncope, convulsiones, coma, paro respiratorio y muerte. La interrupción de la terapia con ISRS / IRSN se debe considerar en pacientes que desarrollan hiponatremia sintomática y se instituye la intervención médica apropiada según sea necesario. Los pacientes también deben controlar su presión arterial y pulso antes y durante la terapia SSRI / IRSN. especialmente durante las primeras semanas y después de un aumento de la dosis. Se debe advertir a los pacientes que eviten levantarse abruptamente desde una posición sentada o reclinada y que notifiquen a su médico si experimentan mareos, aturdimiento, síncope, ortostasis o taquicardia. Los pacientes también deben evitar conducir u operar maquinaria peligrosa hasta que sepan cómo los afectan los medicamentos. Se debe considerar la reducción de la dosis o la interrupción del medicamento en pacientes que experimenten un aumento sostenido de la presión arterial o la frecuencia del pulso durante la terapia con ISRS o IRSN.

Se debe considerar la reducción de la dosis o la interrupción del medicamento en pacientes que experimenten un aumento sostenido de la presión arterial o la frecuencia del pulso durante la terapia con ISRS o IRSN. (Baliga & McHardy, 1993)

8.5.2.1.12. Clozapina e Hidroclorotiazida

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.7. aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.13. Ácido Acetilsalicílico y Sertralina

(Interacción Moderada) los inhibidores de la recaptación de serotonina (SRI) pueden potenciar el riesgo de hemorragia en pacientes tratados con agentes ulcerogénicos y agentes que afectan la hemostasia, como anticoagulantes, inhibidores plaquetarios, inhibidores de la trombina, agentes

trombolíticos o agentes que comúnmente causan trombocitopenia. El antidepresivo tricíclico, clomipramina, también es un SRI fuerte y puede interactuar de manera similar. La liberación de serotonina por las plaquetas juega un papel importante en la hemostasia, por lo que los SRI pueden alterar la función plaquetaria e inducir el sangrado. Los informes de casos publicados han documentado la aparición de episodios de hemorragia en pacientes tratados con agentes psicotrópicos que interfieren con la recaptación de serotonina. Los episodios de hemorragia relacionados con los SRI abarcan desde equimosis, hematoma, epistaxis y petequias hasta hemorragias potencialmente mortales. Estudios epidemiológicos adicionales han confirmado la asociación entre el uso de estos agentes y la aparición de hemorragia gastrointestinal alta, y se encontró que el uso concurrente de AINE o aspirina potencia el riesgo. Los datos preliminares también sugieren que puede haber una interacción farmacodinámica entre los ISRS y los anticoagulantes orales que pueden causar una mayor diátesis hemorrágica.

Recomendación: se recomienda precaución si los SRI o la clomipramina se usan en combinación con otros medicamentos que afectan la hemostasia. Se recomienda una estrecha observación clínica y de laboratorio para las complicaciones hematológicas. Se debe advertir a los pacientes que notifiquen inmediatamente cualquier signo de sangrado a su médico, incluyendo dolor, hinchazón, dolor de cabeza, mareos, debilidad, sangrado prolongado por cortes, aumento del flujo menstrual, sangrado vaginal, hemorragia nasal, sangrado de encías por cepillado, sangrado inusual o moretones, orina roja o marrón, o heces rojas o negras. (Krivy & Wiener, 1995)

8.5.2.1.14. Hidroclorotiazida y Levomepromazina

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.7. aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.15. Clozapina y Levomepromazina

(Interacción Moderada) Los agentes con propiedades anticolinérgicas (p. Ej., Antihistamínicos sedantes, antiespasmódicos, neurolépticos, fenotiazinas, relajantes del músculo esquelético, antidepresivos tricíclicos, disopiramida) pueden tener efectos aditivos cuando se usan en combinación. Los efectos parasimpaticolíticos excesivos pueden ocasionar íleo paralítico, hipertermia, insolación y el síndrome de intoxicación anticolinérgica. Los síntomas periféricos de la intoxicación comúnmente incluyen midriasis, visión borrosa, cara sonrojada, fiebre, piel seca y membranas mucosas, taquicardia, retención urinaria y estreñimiento. Los síntomas centrales pueden incluir pérdida de memoria, desorientación, incoherencia, alucinaciones, psicosis, delirio, hiperactividad, movimientos espasmódicos o espasmódicos, estereotipia y convulsiones. Los efectos depresores del sistema nervioso central también pueden aumentar aditiva o sinérgicamente cuando estos agentes se combinan, especialmente en pacientes ancianos o debilitados.

El uso de neurolépticos en combinación con otros neurolépticos o agentes anticolinérgicos puede aumentar el riesgo de discinesia tardía. Además, algunos neurolépticos y antidepresivos tricíclicos pueden causar la prolongación del intervalo QT y teóricamente, el uso concurrente de dos o más fármacos que pueden causar prolongación del intervalo QT puede dar como resultado efectos aditivos y un mayor riesgo de arritmias ventriculares, incluyendo torsade de pointes y muerte súbita.

Recomendación: se recomienda precaución cuando se combinan agentes con propiedades anticolinérgicas, particularmente en ancianos y personas con enfermedad cerebral orgánica subyacente, que tienden a ser más sensibles a los efectos anticolinérgicos centrales de estos fármacos y en quienes los síntomas de toxicidad pueden pasarse por alto fácilmente. Se debe advertir a los pacientes que notifiquen a su médico de inmediato si experimentan síntomas

potenciales de intoxicación anticolinérgica, como dolor abdominal, fiebre, intolerancia al calor, visión borrosa, confusión y/o alucinaciones. Se debe aconsejar a los pacientes ambulatorios que eviten actividades que requieran atención mental hasta que sepan cómo les afectan estos agentes. Una reducción en las dosis anticolinérgicas puede ser necesaria si se desarrollan efectos adversos excesivos. (Kulik & Wilbur, 1982) (Mann & Boger, 1978)

8.5.2.1.16. Hidroclorotiazida y Omeprazol

(Interacción Moderada) El uso crónico de inhibidores de la bomba de protones (IBP) puede inducir hipomagnesemia, y el riesgo puede aumentar durante el uso concomitante de diuréticos u otros agentes que pueden causar la pérdida de magnesio. Se desconoce el mecanismo a través del cual puede producirse la hipomagnesemia durante el uso de PPI a largo plazo, aunque pueden estar implicados cambios en la absorción intestinal de magnesio. La hipomagnesemia se ha notificado con poca frecuencia en pacientes tratados con IBP durante al menos tres meses, pero en la mayoría de los casos, después de un año o más. Los eventos adversos graves incluyen tetania, convulsiones, temblor, espasmo carpopedal, fibrilación auricular, taquicardia supraventricular e intervalo QT anormal; sin embargo, los pacientes no siempre exhiben estos síntomas. La hipomagnesemia también puede causar secreción alterada de la hormona paratiroidea, que puede conducir a hipocalcemia. En aproximadamente el 25% de los casos de hipomagnesemia asociada a PPI revisados por la FDA, la condición no se resolvió con suplementos de magnesio solo, sino que también requirió la interrupción del PPI. En algunos casos se notificaron tanto un desafío positivo como una nueva exposición positiva (es decir, resolución de la hipomagnesemia con cese del PPI y recurrencia con la reanudación del PPI). Después de suspender el PPI, el tiempo medio requerido para normalizar los niveles de magnesio fue de una semana. Después de reiniciar el PPI, el tiempo medio para recurrencia de la hipomagnesemia fue de dos semanas. resolución de la hipomagnesemia con cese del PPI y recurrencia con la reanudación del PPI) en algunos casos.

Recomendación: Se recomienda controlar los niveles séricos de magnesio antes del inicio de la terapia y periódicamente después si se anticipa un tratamiento prolongado con un inhibidor de la bomba de protones o cuando se combina con otros agentes que pueden causar hipomagnesemia como diuréticos, aminoglucósidos, resinas de intercambio catiónico, anfotericina B, cetuximab, cisplatino, ciclosporina, foscarnet, panitumumab, pentamidina y tacrolimus. Se debe aconsejar a los pacientes que busquen atención médica inmediata si desarrollan posibles signos y síntomas de hipomagnesemia, como palpitaciones, arritmias, espasmos musculares, temblores o convulsiones. En los niños, las frecuencias cardíacas anormales pueden causar fatiga, malestar estomacal, mareos y aturdimiento. El reemplazo de magnesio, así como la interrupción del PPI pueden ser necesarios en algunos pacientes. (FDA, 2011)

8.5.2.1.17. Clozapina y Omeprazol

(Interacción Moderada) La administración concomitante con omeprazol puede disminuir las concentraciones plasmáticas de clozapina. El mecanismo propuesto es la inducción de omeprazol del metabolismo de la clozapina a través de CYP450 1A2. Dos informes de casos describen pacientes estabilizados con clozapina que experimentaron una disminución del 42% y del 45% en sus niveles plasmáticos de clozapina después de la adición de omeprazol. Sin embargo, no se observaron cambios en su presentación clínica. En un estudio retrospectivo de los expedientes médicos de 13 pacientes psiquiátricos que recibieron clozapina y omeprazol, el cambio a pantoprazol se asoció con un aumento significativo de los niveles séricos de clozapina en todos los no fumadores en relación con los fumadores, aunque la dosis diaria de clozapina no se modificó. Presumiblemente, el aumento se debió a la interrupción de la inducción de CYP450 1A2 por omeprazol en no fumadores, mientras que la isoenzima permaneció inducida en pacientes que fumaron, ya que el

humo del cigarrillo es un inductor conocido de CYP450 1A2. Teóricamente, esta interacción también podría ocurrir con esomeprazol, el enantiómero S de omeprazol.

Recomendación: La respuesta farmacológica y los niveles séricos de clozapina deben controlarse más de cerca cada vez que se agregue o se retire omeprazol o esomeprazol, y la dosis de clozapina se ajuste según sea necesario. Alternativamente, se puede considerar el uso de otro inhibidor de la bomba de protones, como pantoprazol. (Frick & Bergemann, 2003) (Mookhoek & Loonen, 2004)

8.5.2.1.18. Carbamazepina y Levomepromazina

(Interacción Moderada) Los efectos depresores del sistema nervioso central y/o respiratorio pueden aumentar aditiva o sinérgicamente en pacientes que toman múltiples medicamentos que causan estos efectos, especialmente en pacientes ancianos o debilitados.

Recomendación: Durante el uso concomitante de estos medicamentos, se debe controlar a los pacientes en busca de depresión del SNC y respiratoria potencialmente excesivos o prolongados. Puede ser necesaria una titulación de dosis prudente, particularmente al inicio del tratamiento. Se debe aconsejar a los pacientes ambulatorios que eviten las actividades peligrosas que requieren atención mental y coordinación motriz hasta que sepan cómo les afectan estos agentes, y que notifiquen a su médico si experimentan efectos SNC excesivos o prolongados que interfieren con sus actividades normales.

8.5.2.1.19. Carbamazepina y Metocarbamol

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.18 aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.20. Carbamazepina y Risperidona

(Interacción Moderada) La administración concomitante con carbamazepina puede disminuir las concentraciones plasmáticas de risperidona y su metabolito farmacológicamente activo, la 9-hidroxisperidona. El mecanismo propuesto es la inducción de carbamazepina del metabolismo mediado por CYP450 3A4. En 11 pacientes comedicados con carbamazepina, las concentraciones plasmáticas en estado estacionario de risperidona y 9-hidroxisperidona fueron menores en comparación con las de 23 pacientes que fueron tratados con risperidona sola, aunque la diferencia fue estadísticamente significativa solo para el metabolito. En un subgrupo de cinco pacientes que se evaluaron con y sin comedicación con carbamazepina, las concentraciones plasmáticas de risperidona y 9-hidroxisperidona normalizadas en dosis fueron significativamente menores para la terapia de combinación que para la risperidona sola. En un informe de caso, la interacción se sospechó en dos pacientes tratados con los medicamentos que desarrollaron síntomas parkinsonianos varias semanas después de la interrupción de la carbamazepina. Los síntomas se resolvieron completamente en ambos casos en una semana después de que se redujo la dosis de risperidona.

Recomendación: Los pacientes tratados concomitantemente con carbamazepina pueden requerir una dosis más alta de risperidona para controlar los síntomas psicóticos. La respuesta farmacológica y las concentraciones plasmáticas de risperidona deben controlarse más de cerca cada vez que se agregue o retire carbamazepina del tratamiento en pacientes estabilizados con su régimen antipsicótico existente, y la dosis de risperidona se ajustará según sea necesario. (Spina, y otros, 2000) (Spina, Scordo, Avenoso, & Perucca, 2001)

8.5.2.1.21. Levomepromazina y Risperidona

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.15 aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.22. Metocarbamol y Risperidona

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.18 aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.23. Omeprazol y Atorvastatina

(Interacción Moderada) Un informe de caso sugiere que la administración concomitante de esomeprazol puede aumentar las concentraciones plasmáticas de atorvastatina y el riesgo asociado de miopatía. El mecanismo propuesto es la inhibición competitiva de la P-glicoproteína intestinal, lo que da como resultado una menor secreción de fármaco en la luz intestinal y una mayor biodisponibilidad del fármaco. Otro mecanismo, quizás menor, es la inhibición competitiva del metabolismo de CYP450 3A4. La interacción se sospechó en un paciente tratado con atorvastatina (más de 1 año) y esomeprazol (6 semanas) que desarrolló rabdomiólisis con bloqueo AV dos días después de la adición de claritromicina. El paciente informó haber experimentado síntomas de fatiga aumentada, dolor torácico leve y dificultad para respirar que coincidió con el inicio de esomeprazol aproximadamente seis semanas antes del ingreso.

Recomendación: Debido al mayor riesgo de toxicidad musculoesquelética asociada con niveles altos de actividad inhibidora de HMG-CoA reductasa en plasma, los pacientes tratados con atorvastatina, lovastatina, simvastatina y arroz de levadura roja (que contiene lovastatina) deben controlarse más estrechamente durante el uso concomitante de inhibidores de la bomba de protones. Se debe advertir a todos los pacientes tratados con inhibidores de la HMG-CoA reductasa que informen rápidamente a su médico sobre cualquier dolor muscular inexplicable, sensibilidad o debilidad, especialmente si se acompaña de malestar general o fiebre. La terapia debe suspenderse si la creatina quinasa es marcadamente elevada o si se sospecha o se diagnostica miopatía. (Pauli-Magnus, Rekersbrink, Klotz, & Fromm, 2001)

8.5.2.1.24. Carbonato de Litio y Levomepromazina

(Interacción Moderada) Aunque el litio y las fenotiazinas se usan con frecuencia juntos en el contexto de la manía aguda, la administración simultánea puede inducir una serie de efectos neurológicos y psiquiátricos (a pesar de la disminución de los niveles de fenotiazina durante el tratamiento con litio). Se informaron cambios en el estado mental, delirio, convulsiones, efectos extrapiramidales, fiebre y otros síntomas; el mecanismo es desconocido.

Recomendación: Los pacientes que reciben litio y una fenotiazina deben ser monitoreados de cerca en busca de eficacia y seguridad alteradas. En algunas circunstancias, la suspensión de uno o ambos agentes puede ser necesaria. (Sachdev, 1986)

8.5.2.1.25. Carbonato de Litio y Risperidona

(Interacción Moderada) La administración concomitante de litio con agentes neurolepticos, particularmente haloperidol, se ha asociado con casos raros de un síndrome encefalopático caracterizado por debilidad, letargo, fiebre, temblores, confusión, síntomas extrapiramidales, leucocitosis y elevación de enzimas hepáticas y nitrógeno ureico en sangre. Este síndrome puede ser similar al síndrome neuroleptico maligno. También pueden aumentar otros efectos más

comunes del sistema nervioso central, como mareos, somnolencia, confusión, dificultad para concentrarse y deterioro en el pensamiento, el juicio y la coordinación motora.

Recomendación: Se recomienda una vigilancia estrecha de los efectos adversos del sistema nervioso central cuando se usa litio con agentes neurolépticos. Los ajustes de dosis o la suspensión de uno o ambos medicamentos pueden ser necesarios si se sospecha una interacción. (Goldman, 1996) (Swanson, Price, & Mcevoy, 1995)

8.5.2.1.26. Sertralina y Risperidona

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.10 aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.27. Lorazepam y Difenhidramina

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.6 aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.28. Lorazepam y Carbamazepina

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.6 aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.29. Risperidona y Difenhidramina

(Interacción Moderada) los agentes anticolinérgicos de acción central pueden antagonizar los efectos terapéuticos de los agentes neurolépticos. Aunque estos medicamentos se han usado juntos clínicamente, también se debe considerar la posibilidad de un mayor riesgo de efectos adversos, como la depresión del sistema nervioso central y la discinesia tardía. Además, pueden producirse efectos anticolinérgicos excesivos en el uso combinado, lo que puede ocasionar íleo paralítico, hipertermia, insolación y el síndrome de intoxicación anticolinérgica. Los síntomas periféricos de la intoxicación anticolinérgica incluyen midriasis, visión borrosa, cara sonrojada, fiebre, piel seca y membranas mucosas, taquicardia, retención urinaria y estreñimiento. Los síntomas centrales pueden incluir pérdida de memoria, desorientación, incoherencia, alucinaciones, psicosis, delirio, hiperactividad, espasmos o sacudidas, estereotipia y convulsiones. En climas cálidos, se debe considerar el riesgo de hipertermia e insolación, ya que los agentes neurolépticos pueden interferir con la regulación de la temperatura en el hipotálamo, mientras que los agentes anticolinérgicos tienden a inhibir los mecanismos de sudoración periférica.

Recomendación: Se recomienda precaución si se usan agentes anticolinérgicos con agentes neurolépticos, particularmente en ancianos y personas con enfermedad cerebral orgánica subyacente, que tienden a ser más sensibles a los efectos anticolinérgicos centrales de estos medicamentos y en quienes los síntomas de toxicidad pueden pasarse por alto fácilmente. La administración profiláctica de agentes anticolinérgicos a veces se administra clínicamente durante la terapia neuroléptica para el parkinsonismo inducido por fármacos o síntomas extrapiramidales, pero puede no ser siempre apropiado. Debe advertirse a los pacientes a los que se prescribe esta combinación que notifiquen a su médico de inmediato si experimentan síntomas potenciales de intoxicación anticolinérgica, como dolor abdominal, fiebre, intolerancia al calor, visión borrosa, confusión y alucinaciones. Se debe aconsejar a los pacientes ambulatorios que eviten actividades que requieran atención mental hasta que sepan cómo les afectan estos agentes. Una reducción de la dosis en uno o ambos medicamentos puede ser necesaria si se desarrollan efectos adversos

excesivos. Durante el clima cálido, los pacientes deben evitar la exposición prolongada al sol y el esfuerzo físico intenso y mantener una ingesta adecuada de líquidos. (Drug.com, 2018)

8.5.2.1.30. Fluoxetina y Risperidona

(Interacción Moderada) La administración concomitante con fluoxetina puede aumentar las concentraciones plasmáticas de ciertos agentes neurolépticos y potenciar el riesgo de efectos adversos extrapiramidales. El mecanismo propuesto es la inhibición del metabolismo CYP450 2D6 por la fluoxetina y su metabolito activo, la norfluoxetina. En 10 pacientes psiquiátricos estabilizados con terapia de risperidona (4 a 6 mg / día), la adición de fluoxetina (20 mg / día) condujo a un aumento promedio de 4 veces en las concentraciones plasmáticas de risperidona y un aumento del 75% en los niveles de la fracción activa (es decir, la suma de las concentraciones de risperidona y su metabolito 9-hidroxi activo). Un paciente desarrolló acatisia grave y dos síntomas parkinsonianos desarrollados en las primeras dos semanas. A diferencia de, las concentraciones plasmáticas medias de haloperidol se elevaron solo un 20% después de la adición de fluoxetina (20 mg / día durante 7 a 10 días) en ocho pacientes psicóticos estabilizados con haloperidol, y los efectos secundarios extrapiramidales no aumentaron apreciablemente. Sin embargo, el haloperidol ha sido implicado clínicamente en varios informes de casos, al igual que la fenotiazina flufenazina. Algunos creen que una interacción farmacodinámica puede ser parcialmente responsable, ya que la fluoxetina sola se ha asociado con síntomas extrapiramidales, posiblemente debido a la inhibición serotoninérgica de las vías dopaminérgicas nigroestriadas.

Recomendación: Se recomienda precaución si se prescribe fluoxetina con fenotiazinas u otros agentes neurolépticos que se cree que son metabolizados por CYP450 2D6. Los niveles de neurolépticos plasmáticos y los efectos farmacológicos deben controlarse de cerca y la (s) dosificación (es) se deben ajustar de acuerdo con esto, particularmente después del inicio o la interrupción de la fluoxetina en pacientes que están estabilizados en su régimen de neurolépticos. Se debe advertir a los pacientes que se comuniquen con su médico si desarrollan síntomas extrapiramidales como temblor, marcha arrastrando los pies, babeo, cara de máscara, rigidez de la lengua, espasmos musculares o rigidez y movimientos involuntarios. Debido a la larga vida media de fluoxetina y norfluoxetina, el riesgo de una interacción puede existir durante un período prolongado (hasta varias semanas) después de la interrupción de la fluoxetina. (Fluoxetina y efectos secundarios extrapiramidales, 1989)

8.5.2.1.31. Fluoxetina y Difenhidramina

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.6 aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.32. Fluoxetina y Carbamazepina

(Interacción Moderada) La Fluoxetina puede inhibir el metabolismo hepático de la carbamazepina. La toxicidad de carbamazepina es posible. Los datos han sido conflictivos y un estudio ha informado que no hay interacción farmacocinética significativa. Se produjo un caso de síndrome de serotonina tóxica en un paciente que tomaba carbamazepina y fluoxetina.

Recomendación: Hasta que haya más información disponible, se recomienda una estrecha observación para evidencia clínica y de laboratorio de la toxicidad de la carbamazepina. Es posible que se requieran ajustes de dosis. Debe advertirse a los pacientes que notifiquen posibles síntomas de toxicidad por carbamazepina (náuseas, trastornos visuales, mareos o ataxia) o síndrome de serotonina (temblores incontrolables, agitación, descoordinación, inquietud, movimientos involuntarios, hiperreflexia e hiperactivación). (Dursun, Mathew, & Reveley, 1993)

8.5.2.1.33. Carbamazepina y Difenhidramina

(Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.6 aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.34. Risperidona y Metformina

(Interacción Moderada) La eficacia de la insulina y otros agentes antidiabéticos puede verse disminuida por ciertos medicamentos, incluidos antipsicóticos atípicos, corticosteroides, diuréticos, estrógenos, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina, hormona de crecimiento humana, fenotiazinas, progestinas, inhibidores de la proteasa, amins simpaticomiméticas, hormonas tiroideas. asparaginasa, copanlisib, danazol, diazóxido, isoniazida, megestrol, omacetaxina, pegaspargasa, fenitoína, temsirolimus, así como las dosis farmacológicas de ácido nicotínico y agentes adrenocorticotrópicos. Estos medicamentos pueden interferir con el control de la glucosa en la sangre porque pueden causar hiperglucemia, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus de nueva aparición y/o exacerbación de diabetes preexistente.

Recomendación: se recomienda precaución cuando se recetan medicamentos que pueden interferir con el metabolismo de la glucosa a pacientes con diabetes. Se recomienda una estrecha monitorización clínica del control glucémico después del inicio o la suspensión de estos fármacos, y las dosis de antidiabéticos concomitantes ajustadas según sea necesario.

Se debe aconsejar a los pacientes que notifiquen a su médico si su nivel de glucosa en sangre es constantemente alto o si experimentan síntomas de hiperglucemia grave, como sed excesiva y aumento en el volumen o la frecuencia de la micción. Del mismo modo, los pacientes deben ser observados para la hipoglucemia cuando estos medicamentos se retiran de su régimen terapéutico. (Jori & Carrara, 1996)

8.5.2.1.35. Carbonato de Litio y Clozapina

(Interacción Moderada) Los informes de casos sugieren que la combinación de litio y clozapina puede provocar el desarrollo de toxicidad neurológica, que incluye síndrome neuroléptico maligno, temblores, espasmos, anomalías de la marcha, movimientos involuntarios de los músculos, ataques de delirio. El mecanismo es desconocido, pero puede estar relacionado con efectos serotoninérgicos aditivos. Se necesitan estudios controlados para determinar la causalidad de esta interacción de drogas. Además, se han notificado dos casos de cetoacidosis diabética en pacientes con antecedentes familiares de diabetes después de que se agregó clozapina a un régimen de litio.

Recomendación: Los pacientes que reciben esta combinación deben ser controlados por síntomas neurológicos. Se debe prestar mucha atención a los síntomas como rigidez, taquicardia, hiperpirexia y diaforesis si estos medicamentos se deben usar juntos. Además, se ha sugerido la monitorización rutinaria de la glucosa en sangre. (Pope, Cole, Choras, & Fulwiler, 1986)

8.5.2.1.36. Carbonato de Litio y Quetiapina

(Interacción Moderada) Existe cierta preocupación de que la quetiapina pueda tener efectos cardiovasculares aditivos en combinación con otros medicamentos que prolongan el intervalo QT del electrocardiograma. En ensayos clínicos, quetiapina no se asoció con un aumento persistente de los intervalos QT, y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre quetiapina y placebo en las proporciones de pacientes que experimentaron cambios potencialmente importantes en los parámetros de ECG, incluidos los intervalos QT, QTc y PR. Sin embargo, la prolongación del

intervalo QT y la torsade de pointes se informaron durante el uso posterior a la comercialización en casos de sobredosis de quetiapina y en pacientes con factores de riesgo como enfermedad subyacente o uso concomitante de medicamentos que causan desequilibrio electrolítico o aumentan el intervalo QT. En general, el riesgo de un agente individual o una combinación de agentes que causan arritmias ventriculares en asociación con la prolongación del intervalo QT es en gran medida impredecible, pero puede aumentar por ciertos factores de riesgo subyacentes tales como síndrome congénito de QT largo, enfermedad cardíaca y alteraciones electrolíticas (p. ej., hipocalcemia, hipomagnesemia). La extensión de la prolongación del QT inducida por el fármaco depende del fármaco (s) particular (es) implicado (s) y de la (s) dosificación (es) del (de los) fármaco (s). Además, ciertos agentes con propiedades anticolinérgicas (p. Ej., Antihistamínicos sedantes, antiespasmódicos, neurolepticos, fenotiazinas, relajantes del músculo esquelético, antidepresivos tricíclicos) pueden tener efectos adyuvantes parasimpáticos y del sistema nervioso central cuando se usan en combinación con quetiapina. Los efectos parasimpaticolíticos excesivos pueden incluir íleo paralítico, hipertermia, midriasis.

Recomendación: En general, se debe evitar la administración concomitante de quetiapina con otros medicamentos que pueden prolongar el intervalo QT. Se recomienda precaución y control clínico si se requiere el uso concomitante. Se debe aconsejar a los pacientes que busquen atención médica inmediata si experimentan síntomas que podrían indicar la presencia de torsade de pointes, como mareos, aturdimiento, desmayos, palpitaciones, ritmo cardíaco irregular, dificultad para respirar o síncope. Además, si se requiere una terapia de combinación con agentes con propiedades anticolinérgicas, se recomienda precaución, particularmente en los ancianos y aquellos con enfermedad cerebral orgánica subyacente. Se debe advertir a los pacientes que notifiquen a su médico de inmediato si experimentan síntomas potenciales de intoxicación anticolinérgica, como dolor abdominal, fiebre, intolerancia al calor, visión borrosa, confusión y/o alucinaciones. Se debe aconsejar a los pacientes ambulatorios que eviten actividades que requieran atención mental hasta que sepan cómo les afectan estos agentes. Una reducción en las dosis anticolinérgicas puede ser necesaria si se desarrollan efectos adversos excesivos. (Glassman & Bigger, 2001) (EMA, 2018)

8.5.2.1.37. Levomepromazina y Quetiapina

(Interacción Moderada) (Interacción Moderada) véase las observaciones y recomendaciones del numeral 8.5.2.1.36 aplican las mismas consideraciones.

8.5.2.1.38. Aspirina y Omeprazol

(Interacción Menor) La administración concomitante con inhibidores de la bomba de protones puede disminuir la biodisponibilidad oral de la aspirina y otros salicilatos. La interacción se ha estudiado con omeprazol y aspirina, aunque los datos son contradictorios. En un estudio, el pretratamiento con omeprazol (20 mg / día durante 2 días) en 11 voluntarios sanos condujo a una reducción significativa y progresivamente mayor del nivel de salicilato sérico medio a los 30, 60 y 90 minutos después de la administración de aspirina (650 mg dosis). Los investigadores sugieren que la supresión del ácido puede reducir la naturaleza lipofílica de la aspirina, lo que afecta adversamente su absorción del tracto gastrointestinal. Otro estudio no encontró efecto del pretratamiento con omeprazol (20 mg / día durante 4 días) sobre los niveles de salicilato y aspirina en plasma, los tiempos de sangrado de la piel, o efecto antiplaquetario de dosis bajas de aspirina (dosis única de 125 mg) en 14 voluntarios sanos. Sin embargo, estos resultados no excluyen la posibilidad de que el omeprazol pueda interferir con los efectos analgésicos, antipiréticos o antiinflamatorios de la aspirina, que se ha demostrado en ratas. Los inhibidores de la bomba de protones pueden mejorar la tasa de liberación de salicilatos a partir de formulaciones con recubrimiento entérico debido a la interrupción prematura del recubrimiento y la liberación intragástrica del fármaco secundaria a un aumento en el pH gástrico. En ocho voluntarios sanos, el pretratamiento con omeprazol (20 mg

/ día durante 4 días) no afectó la biodisponibilidad del salicilato de las tabletas de aspirina sin recubrimiento, pero aumentó significativamente la tasa de absorción del salicilato de las tabletas de salicilato de sodio con recubrimiento entérico. El significado clínico de esta interacción es desconocido. Teóricamente, puede aumentar el riesgo de efectos adversos gástricos asociados con los salicilatos. (Nefesoglu, Ayanoglu-Dulger, Ulusoy, & Imeryuz, 1998) (Anand, Sanduja, & Lichtenberger, 1999)

8.5.3. Duplicidades Terapéuticas

La duplicación terapéutica es el uso de más de un medicamento de la misma categoría de medicamento o clase terapéutica para tratar la misma afección. Esto puede ser intencional en casos donde los medicamentos con acciones similares se usan juntos para obtener un beneficio terapéutico demostrado. También puede ser involuntario en los casos en que un paciente ha sido tratado por más de un médico o ha recibido fórmulas médicas en más de una farmacia y puede tener consecuencias potencialmente adversas. (Drug.com, 2018)

8.5.3.1.1. Risperidona y Clozapina

El número máximo recomendado de medicamentos en la categoría 'antipsicóticos' que debe tomarse simultáneamente es generalmente uno. La Risperidona y la Clozapina son dos medicamentos pertenecientes a la categoría 'antipsicóticos'.

8.5.3.1.2. Carbamazepina, Difenhidramina, Fluoxetina, Lorazepam y Risperidona.

La cantidad máxima recomendada de medicamentos en la categoría 'Medicamentos del Sistema Nervioso Central (SNC)' que se tomará al mismo tiempo suele ser de tres. Se encontró un paciente que incluye cinco medicamentos pertenecientes a la categoría 'Medicamentos del Sistema Nervioso Central (SNC)'.

8.5.3.1.3. Clozapina y Quetiapina.

El número máximo recomendado de medicamentos en la categoría 'antipsicóticos' que debe tomarse simultáneamente es generalmente uno. La Quetiapina y la Clozapina son dos medicamentos pertenecientes a la categoría 'antipsicóticos'.

8.6. PROPOSICIÓN DEL ROL DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO

El Químico Farmacéutico es el profesional del medicamento que se destaca por los altos estándares humanos de ética y sentido de responsabilidad social, apasionado por la ciencia, motivado por el servicio a los demás, sin temores para enfrentar los retos que propone la complejidad del conocimiento, inteligente y hábil para interpretar el mundo que lo rodea; creativo, sensible, disciplinado y constante en la búsqueda de soluciones para los problemas de salud y el bienestar de los demás seres vivos.

Sin embargo, al generarse la intención de proponer el rol del Químico Farmacéutico como partícipe integral de la atención a pacientes farmacodependientes, se hace necesario evaluar su capacidad frente a estándares de calidad internacional, la organización mundialmente reconocida Joint Commission, que acredita y certifica organizaciones y programas de salud con altos estándares de calidad, propone evaluar al Químico Farmacéutico por medio de la medición de un servicio de calidad de acuerdo a estándares que se aplican de manera adecuada en función de sus servicios específicos. Donde las áreas de enfoque incluyen:

- Evaluación integral del paciente.
- Procedimientos de admisión todo incluido.
- Monitoreo continuo - interacción paciente y fármaco
- Reconciliación de medicamentos
- Puntualidad de la entrega de la terapia
- Documentación a nivel del paciente.
- Medidas de mejora del rendimiento para la calidad, el acceso y la satisfacción del paciente. (The Joint Commission, 2016)

Teniendo en cuenta los aspectos anteriormente mencionados, recomendados por la Joint Commission y luego de realizar este trabajo de investigación en el que se evidencia claramente la necesidad de un profesional en Química Farmacéutica en la institución, se infiere que el Químico Farmacéutico es de vital importancia en el control, seguimiento, evaluación y gestión de cada uno de los procesos realizados dentro del tratamiento integral de salud de un paciente y de gran soporte para el trabajo realizado con el grupo de profesionales de la salud como lo son los médicos y enfermeras, y el poder contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de cada uno de los pacientes, que dadas las circunstancias en algún momento fueron catalogados como farmacodependiente y les causó perjuicios en su integridad física y salud mental.

En coherencia con la integralidad propuesta por la Joint Commission no será posible realizar una evaluación integral del paciente, ni asegurar los procedimientos requeridos cuando no se cuenta con profesionales de la salud altamente capacitados para el monitoreo continuo y determinación de la interacción del paciente con el fármaco y tomar las medidas necesarias. A pesar de dejar descritos en los resultados las potenciales interacciones y duplicidades terapéuticas, esta información será poco provechosa si no se asegura que el Químico Farmacéutico interactúe con el médico prescriptor y se dé lugar a una reconciliación medicamentosa de la prescripción hecha.

Así mismo, la institución no podrá garantizar la puntualidad de entrega de la terapia ni documentar la información relevante del historial farmacológico del paciente, dejando grandes brechas entre la situación actual y el deber ser de buscar y adoptar las medidas de mejora de calidad de vida y satisfacción de los pacientes.

Así las cosas, es posible concluir que como en el eje central del ejercicio del Químico Farmacéutico al interior de instituciones de salud se le demanda realizar una adecuada atención farmacéutica, creando así los mínimos lineamientos para un seguimiento del tratamiento farmacológico, dirigida a contribuir con el médico tratante y otros profesionales del área de la salud en la consecución de los resultados previstos para mejorar la calidad de vida del paciente.

Por ende, la intervención de la profesión del Químico Farmacéutico implementando programas de atención farmacéutica contribuye a la disminución de riesgo en salud y complicaciones en el paciente antes de iniciar su farmacoterapia desde la vigilancia de la administración, la revisión de administración concomitante de medicamentos que presentan interacciones entre ellas, además de dar alertas al médico tratante para realizar los correspondientes ajustes tanto de dosis, recomendaciones de administración y el control de problemas relacionados con el uso de los medicamentos. (The Joint Commission, 2016)

El realizar actividades de seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes, labores de farmacia clínica y farmacia asistencial, no solo en clínicas y hospitales, sino en todo tipo de instituciones que presente servicio de salud formal o informal, integrando su rol con otros equipos de profesionales, promoviendo las actividades de farmacovigilancia, con el fin de identificar y controlar eventos adversos e interacciones medicamentosas en pacientes polimedicados dentro de estas instituciones. Fomentando la participación en grupos de estudio para la construcción de una

cultura farmacéutica y de cuidado alrededor de la administración del medicamento y su adecuado uso creando guías, manuales, entre otros, en torno a la atención farmacéutica y participar en el desarrollo de normas relacionadas con el cuidado y atención del paciente.

8.7. MATRÍZ DOFA Y ANÁLISIS

		FORTALEZAS INTERNAS	DEBILIDADES INTERNAS
FACTORES INTERNOS		<p>F1. La institución cuenta con reconocimiento local.</p> <p>F2. Cuenta con un programa de trabajo establecido.</p> <p>F3. Cuenta con la infraestructura adecuada para su funcionamiento.</p> <p>F4. Presenta aportes económicos de entidades privadas.</p> <p>F5. La entidad cuenta con protocolos de ingreso y registro de cada uno de los pacientes.</p> <p>F6. Cumplimiento a cabalidad de programas institucionales establecidos para cada uno de los pacientes.</p> <p>F7. Brinda atención medico odontológica a cada uno de sus pacientes.</p> <p>F8. Cuenta con dotaciones e insumos necesarios para su adecuado funcionamiento.</p>	<p>D1. No está registrada como una institución prestadora de servicios de salud.</p> <p>D2. El recurso humano profesional es deficiente.</p> <p>D3. El personal en áreas de la salud es inexistente.</p> <p>D4. El sistema documental de trazabilidad de la información de cada uno de los pacientes es insuficiente duran todo el proceso de permanencia.</p> <p>D5. Criterios de aprobación de rehabilitación subjetivos y faltantes de criterio médico profesional.</p> <p>D6. No existe seguimiento a los riesgos de cada una de las terapias farmacológicas activas.</p> <p>D7. Controles deficientes de las terapias de cada uno de los pacientes junto con el adecuado acompañamiento de la institución.</p> <p>D8. Inadecuado manejo de fórmulas médicas y dispensación de medicamentos.</p> <p>D9. Falta de rigurosidad en controles de entrega de medicamentos.</p> <p>D10. Condiciones de almacenamiento de medicamentos precarias.</p> <p>D11. Inexistencia en historial farmacológico.</p>
	FACTORES EXTERNOS		

		FO MAXI-MAXI	DO MINI-MAXI
OPORTUNIDADES EXTERNAS	<p>O1. Registro frente a entidades gubernamentales como entidad de salud.</p> <p>O2. Habilitación cumpliendo con cada uno de los criterios de acuerdo a la legislación vigente.</p> <p>O3. Contratación de personal de la salud y conformación de quipos de trabajo de seguimiento continuo.</p> <p>O4. Seguimiento continuo a pacientes con farmacoterapia activa por un Químico Farmacéutico.</p> <p>O5. Elaboración y ejecución de un sistema de gestión documental que le permita realizar el seguimiento clínico de cada paciente.</p> <p>O6. Presencia continua de entidades del estado para controlar la habilitación y prestación de servicios de rehabilitación.</p> <p>O7. Fomentar al interior de la institución el acompañamiento de profesionales en Química Farmacéutica y debida atención farmacéutica.</p>	<p>1. (O1, O2, O3, O4, O5, O6 en relación con F1, F2, F3, F7, F8) Constituir y realizar la habilitación de la institución como una entidad de atención en salud.</p> <p>2. (O4, O5, O7 en relación con F3, F4, F7) Asegurar la revisión periódica por parte de un profesional del medicamento, cuando cuenten con pacientes en farmacoterapia activa.</p> <p>3. (O3, O5, O6 en relación con F2, F5, F8,) La institución puede fomentar su propio sistema de gestión de calidad.</p> <p>4. (O1, O2, O6 en relación con F4) Solicitar el seguimiento por parte de los entes de control y vigilancia a la institución</p>	<p>1. (O1, O2, O6 en relación con D1, D3, D5, D6, D8, D9D10, D11) Solicitud de asesoría y gestionar los trámites necesarios para su habilitación.</p> <p>2. (O3, O4, O7 en relación con D3, D5, D6, D8, D10, D11) Establecer un sistema de contratación que permita el acompañamiento de profesionales del medicamento con capacidad de análisis e interpretación de potenciales casos de patologías duales y farmacodependencia</p> <p>3. (O3, O2, O5 en relación con D4, D6, D8, D11) Iniciar un proceso de implementación de sistemas de gestión de calidad según las normas internacionales vigentes</p> <p>4. (O1, O2, O6 en relación con D1) Crear un cronograma de trabajo y posteriormente realizar una solicitud de visita de entes de control para su correspondiente habilitación</p>
AMENAZAS EXTERNAS	<p>A1. Complicaciones clínicas de pacientes poli medicados por interacciones medicamentosas potenciales.</p> <p>A2. Exposición a visitas de entes reguladores en salud y posible sellamiento según la normativa vigente para la institución.</p> <p>A3. Sesgos en el tratamiento dado a los pacientes, y aprobación de</p>	<p>FA MAXI-MINI</p> <p>1. (A2, A4, A5 en relación con F1, F2, F3, F7, F8) Diversificar el enfoque de rehabilitación a pacientes farmacodependientes por medio de asociaciones con entidades de salud</p>	<p>DA MINI-MINI</p> <p>1. (A1, A2, A3, A6 en relación con D1, D3, D5, D6, D8, D9, D10, D11) Sellamiento del establecimiento por almacenamiento y administración de medicamentos sin estar habilitado para ello.</p>

<p>rehabilitación sin un acompañamiento médico estricto.</p> <p>A4. Creación de nuevas instituciones con el mismo sistema de trabajo y sin aprobaciones correspondientes de los entes de control.</p> <p>A5. Bajo control de las entidades del estado frente a este tipo de instituciones sin registro y aprobación de habilitación.</p> <p>A6. Diagnósticos de comportamiento erróneos al interior de las instituciones por falta de conocimiento de efectos adversos y PRM de las terapias activas.</p>	<p>2. (A1, A3, A6 en relación con F3, F4, F7)</p> <p>Considerar la atención primaria en dispensación y almacenamiento de medicamentos por parte de personal capacitado auxiliares de farmacia o regentes de farmacia.</p>	<p>2. (A1, A3, A6 en relación con D2, D3, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11)</p> <p>Remisión de pacientes con farmacoterapia activa a instituciones habilitadas para prestar un servicio farmacéutico.</p>
--	--	--

9. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los hallazgos generales de la investigación y al análisis de matriz DOFA expuesto en el numeral 8.7, se realizan las siguientes recomendaciones:

- Las instituciones que brinden atención a pacientes farmacodependientes, a pesar que sean de carácter privado, deben optar por la habilitación de servicios en salud específicamente para lo que compete en la atención de esta población, pues ello asegura que su atención no se exponga a incumplimientos legales, a aumento de riesgo en los tratamientos, y contribuye al aseguramiento de la salud integral de los pacientes.
- La institución al no encontrarse habilitada debe asegurar la revisión periódica por parte de un profesional del medicamento, cuando cuenten con pacientes en farmacoterapia activa.
- El diagnóstico realizado a la institución, concluye en la recomendación de que deben estar habilitados y cumplir con todos los requerimientos exigidos por la legislación, puesto que a pesar de tener metodologías o enfoques en el proceso de rehabilitación diferentes a los tratamientos médicos, se trabaja con pacientes que pueden llegar a presentar enfermedades relacionadas con la adicción, patologías que necesitan de controles especiales y seguimiento permanente para evaluar su progreso, y mejora de calidad de vida.
- El programa ofrecido por la fundación cuenta con metodología observacional de la conducta del paciente para determinar su estadio y su respuesta al programa, se aconseja que busque el acompañamiento de otros profesionales de la salud para determinar el estado real del paciente frente a su farmacodependencia.
- Se recomienda realizar una investigación futura sobre la polifarmacia y pluripatología asociada al consumo de pacientes farmacodependientes, ya que esto surge como posible hallazgo no determinado del impacto de la combinación de estos 3 factores en los pacientes analizados.
- Se recomienda que se realicen investigaciones futuras sobre la respuesta farmacológica en pacientes con farmacodependencia y la función fisiológica posterior al abandono del consumo de la o las sustancias de su adicción; así como estudios asociados al estado de salud de pacientes que han culminado su proceso de rehabilitación, entre otros.
- Se recomienda que la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales - UDCA, como formadora de profesionales en la salud, promueva el estudio y la participación de las diferentes áreas entorno a la farmacodependencia. Contribuyendo a subsanar las malas prácticas evidenciadas por desconocimiento en el tipo de instituciones como la evaluada en el presente proyecto.

10. CONCLUSIONES

- El consumo de drogas en Colombia y el tratamiento de las consecuencias de dicho consumo permanente constituyen un asunto de salud pública y los perjudicados por la adicción a estas sustancias deben contar con un tratamiento integral de su enfermedad que garantice la conservación y mejoramiento de su condición de salud.
- Todas las instituciones que contribuyen a subsanar el problema de la farmacodependencia en Colombia, no están constituidas como una entidad de salud, existen aquellas que funcionan de manera informal o bajo la modalidad de empresa privada como la evaluada en el presente proyecto, por lo que los criterios habilitantes normativos que garantizan la seguridad de los pacientes no están siendo tenidos en cuenta para su funcionamiento.
- Al realizar el diagnóstico frente a los criterios de habilitación de la institución de atención de pacientes farmacodependientes, esta no se encuentra habilitada y se evidencia la falta de conocimiento por parte de la institución acerca de la legislación vigente, pues funciona como empresa privada y no como una entidad que preste servicios de salud, dejando grandes falencias en su funcionamiento.
- La institución evaluada, no cuenta con personal médico que diagnostique la farmacodependencia, así que no fue posible determinar la pertinencia del tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes actuales. La legislación vigente que compete al tema de atención de farmacodependientes asegura la vigilancia integral del paciente, que por medio de profesionales especializados determinen la evolución del paciente.
- Se definió la población, como una población cautiva por su permanencia mínima de 9 meses, compuesta por 49 pacientes partícipes del programa ofrecido por la institución y 11 de ellos con farmacoterapia activa.
- Se encontraron 3 tipos de duplicidades en la farmacoterapia recibida por los pacientes, se sugiere darlas a conocer al médico tratante para evaluar la pertinencia o no de dichas duplicidades. De acuerdo a las potenciales interacciones medicamentosas los pacientes con farmacoterapia activa, requieren de seguimiento farmacoterapéutico.
- El no realizar seguimiento farmacoterapéutico y atención farmacéutica integral en instituciones de atención a pacientes farmacodependientes con terapia farmacológica activa, genera la aparición de problemas relacionados al uso de medicamentos, tales como reacciones adversas no manejadas, resultados negativos a la medicación, interacciones medicamentosas y duplicidades terapéuticas.
- La caracterización de los pacientes con farmacoterapia activa arrojó 38 tipos de potenciales interacciones en la formulación que está siendo administrada a los pacientes. 4 de ellas interacciones categorizadas como interacción mayor, 33 como interacción moderada y 1 como interacción menor.
- La totalidad de los pacientes con farmacoterapia activa recibe por lo menos 1 medicamento antipsicótico, confirmando la posible presencia de enfermedad dual en los pacientes de la fundación.
- Se elaboró un manual de uso adecuado de medicamentos partiendo de los principios básicos de la formación académica, revisión de la literatura y respondiendo a lo evidenciado

durante el proceso de caracterización, junto con los procesos de acercamiento con cada una de los funcionarios y pacientes al interior de la institución.

- Se considera que un manual de uso de medicamentos elaborado a partir del estado actual de la institución, contribuye a mitigar el riesgo de los pacientes, que genera el no contar con un profesional de la salud permanente, ni algún administrativo formado en la administración de medicamentos.
- El Químico Farmacéutico debe tener una participación activa en los temas relacionados a farmacodependencia y el manejo de pacientes que padecen esta patología, así como contribuir en el análisis de las secuelas que el consumo o abuso de determinadas sustancias, en términos fisiológicos y funcionales de sus sistemas orgánicos, genera en este tipo de pacientes, y cómo impacta ello en la farmacoterapia que puedan recibir.

11. IMPACTO ESPERADO

El Químico Farmacéutico como profesional de la salud cuenta con un amplio campo de acción que no debe ser demeritado y al contrario debe apreciarse por los aportes que su competencia le genera a la sociedad y a los sistemas de salud, por lo tanto, la presente investigación pretende dejar precedente de la muy poco explorada vinculación entre el farmacéutico y el farmacodependiente, y propender la importancia de la terapia farmacológica tan relevante como cualquier otra terapia dada a este tipo de pacientes.

Por otro lado, la definición de un manual práctico de uso adecuado de medicamentos para instituciones que atienden a pacientes farmacodependientes con base en la caracterización previa de la institución a la que irá dirigida, permitirá un mejor manejo de los pacientes que atienda dicha institución, siendo una herramienta de consulta y guía para los procesos a seguir de acuerdo al tipo de paciente que ingrese o con los que cuente.

Un manual de este tipo, incluye recomendaciones basadas en evidencia científica a quienes dirigen la operación de la institución, disminuyendo así el riesgo que implica la atención de salud de un paciente farmacodependiente con farmacoterapia activa, el correcto uso de medicamentos cuando aplique y por ende reducir los problemas relacionados al uso de medicamentos, contando con las precauciones a tener en cuenta de acuerdo al tipo de paciente, entre otras.

Se espera aportar con un documento técnico-científico de fácil manejo y de utilidad, contribuyendo a la necesidad de una institución que no cuente con el personal profesional en salud suficiente para asesorar en las situaciones diarias a las que se pueda enfrentar y en las que se deban tomar decisiones que incluso pueden incidir de forma significativa en las consecuencias de salud de los pacientes y acogerse en mayor medida a la legislación vigente.

En este orden de ideas, no solo se pretende dejar un documento de información de interés para la institución evaluada, sino que por medio de capacitaciones presenciales se buscará esclarecer dudas y atender las necesidades que tiene el personal encargado de la atención farmacéutica a este tipo de pacientes, de manera que se disminuya el riesgo de una inadecuada aplicación de las recomendaciones con las que contará el manual práctico de atención farmacéutica.

Así mismo, se espera que toda la revisión documental reportada en esta investigación con la serie de acotaciones y recomendaciones descritas, sea referente para futuros estudios relacionados, y que se emplee para el mejoramiento de las condiciones actuales de los pacientes evaluados, generando la intención de que más estudiantes de esta profesión realicen investigaciones de esta línea y seamos aportantes significativos en este asunto de salud pública.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía de Bogotá - Secretaria Distrital de Salud y la UNODC. (2016). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C.* Bogotá.
- Anand, B., Sanduja, S., & Lichtenberger, L. (1999). Efecto del omeprazol sobre la biodisponibilidad de la aspirina: un estudio aleatorizado controlado sobre voluntarios sanos. *Gastroenterology*, 116 (1999): A371.
- Asociación Canadiense de Farmacéuticos. (2018). *e-CPS*. Obtenido de http://www.pharmacists.ca/function/Subscriptions/ecps.cfm?link=eCPS_quikLink
- Baliga, R., & McHardy, K. (1993). Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética debido a la terapia con fluvoxamina. *Br J Clin Pract*, (3): 119.
- Caelles, N., Ibañez, J., Machuca, M., Martínez-Romero, F., & Faus, J. (2002). Entrevista farmacéutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharmaceutical Care España*, 4: 55-59.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). *Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos*. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf>
- Carranza, J. H. (06 de 2002). *Objetivos de la atención farmacéutica*. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-objetivos-atencion-farmacutica-13035255>
- Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. (05 de 2013). *Lineamientos para una política pública*. Obtenido de http://www.odc.gov.co/Portals/1/comision_asesora/docs/comision_asesora_politica_drogas_colombia.pdf
- Comité del Segundo Consenso de Granada. (2002). *Problemas Relacionados con Medicamentos*. España: Comité de Consenso.
- Convenio 656 de 2015. (Noviembre de 2016). *Modelo de atención integral para trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Colombia*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-integral-sustancias-psicoactivas-2015.pdf>
- Corte Constitucional. (13 de Marzo de 2013). *Sentencia T-153/14*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-153-14.htm>
- Drug.com. (09 de 2018). *Drug Interactions Checker*. Obtenido de https://www.drugs.com/drug_interactions
- Dursun, S., Mathew, V., & Reveley, M. (1993). Síndrome de serotonina tóxica después de la fluoxetina más carbamazepina. *Lancet*, 342 (1993): 442-3.
- EMA. (2018). *Agencia Europea de Medicamentos de la Unión Europea*. Obtenido de http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/document_listing/document_listing_000366.jsp&mid=WC0b01ac058067c852 "[2013
- FDA. (02 de 03 de 2011). *Comunicación de seguridad de medicamentos de la FDA: los niveles bajos de magnesio pueden asociarse con el uso a largo plazo de los inhibidores de la bomba de protones (IBP)*. Obtenido de Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU.: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/>
- Fluoxetina y efectos secundarios extrapiramidales. (1989). *Am J Psychiatry*, 146 (1989): 1352-3.
- Frick, A., & Bergemann, N. (2003). El omeprazol reduce las concentraciones plasmáticas de clozapina. Un informe de caso. *Pharmacopsychiatry*, 36 (2003): 121-3.
- Glassman, A., & Bigger, J. (2001). Antipsicóticos: intervalo QTc prolongado, torsade de pointes y muerte súbita. *Am J Psychiatry*, 158 (2001): 1774-82.
- Goldman, S. (1996). Informe medwatch de la FDA: el litio y los neurolépticos en combinación: el espectro de la neurotoxicidad. *Psychopharmacol Bull*, 32 (1996): 299-309.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2015). *Metodología de la Investigación*. Pamplona: McGraw-Hill.

- Jori, A., & Carrara, M. (1996). Sobre el mecanismo del efecto hiperglucémico de la clorpromazina. *Pharm Pharmacol*, 18 (1966): 623-4.
- Klimke, A., & Klieser, E. (1994). Muerte súbita después de la aplicación intravenosa de lorazepam en un paciente tratado con clozapina. *Am J Psychiatry*, 151 (1994): 780.
- Krivy, J., & Wiener, J. (1995). Sertralina y conteos de plaquetas en la púrpura trombocitopénica idiopática. *Lancet*, 345 (1995): 132.
- Kulik, A., & Wilbur, R. (1982). Delirio y estereotipia de fármacos antiparkinsonianos anticolinérgicos". *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 6 (1982): 75-82.
- Luis Alfonso B, M. F. (2003). Guía práctica para la organización de un sistema integral de tratamiento de la dependencia de drogas.
- Mann, S., & Boger, W. (1978). Drogas psicotrópicas, el calor y la humedad del verano, y la hiperplexia: un peligro reexpresado. *Am J Psychiatry*, 135 (1978): 1097-100.
- Maroto Sáez, A. L. (Febrero de 2005). Manual de Buena Práctica para la Atención a Drogodependientes en los Centros de Emergencia. Madrid, España. Obtenido de file:///C:/Users/476756.CORPAD/Downloads/ES01_Guia%20Emergencia.pdf
- Marti M, C., & Jiménez Torres, V. (2005). *Manual para la Atención Farmacéutica*. Obtenido de Hospital Universitario Dr Preset - AFAHPE: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/manual_AF/Manual_AF05_3edHpeset.pdf
- Ministerio de la Protección Social. (20 de 12 de 2005). *Resolución número 4750 de 2005*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_4750_de_2005.pdf
- Ministerio de protección social. (Octubre de 2004). *Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia*. Obtenido de http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Legislacion_tematica/Actualizacion_guia_atencion_farmacodependencia_2_.pdf
- Ministerio de Salud. (26 de 02 de 2002). *Resolución número 196 de 2002*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200196%20DE%202002.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de Octubre de 1996). Decreto 1945 de 1996. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de sanidad y consumo español. (Septiembre de 2007). *Guía clínica de intervención Psicológica en Adicciones*. Obtenido de Elisardo Becoña Iglesias, Maite Cortés Tomás: file:///C:/Users/476756.CORPAD/Downloads/ES03_GuiaClinicaIntPsicologica.pdf
- Mookhoek, E., & Loonen, A. (2004). Evaluación retrospectiva del efecto del omeprazol sobre el metabolismo de la clozapina. *Pharm World Sci*, 26 (2004): 180-2.
- Nefesoglu, F., Ayanoglu-Dulger, G., Ulusoy, N., & Imeryuz, N. (1998). Interacción de omeprazol con tabletas de salicilato con cubierta entérica. *Int J Clin Pharmacol Ther*, 36 (1998): 549-53.
- Observatorio de Drogas de Colombia. (21 de 09 de 2018). *Situación del consumo de drogas en Colombia*. Obtenido de <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo>
- Oficina de Análisis de Información y Estudios Estratégicos, Secretaria de Seguridad Convivencia y Justicia. Alcaldía mayor de Bogotá. (2017). *Consumo de sustancias psicoactivas y crimen en Bogotá: una aproximación descriptiva para 2015-2016*. Bogotá.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (1 de 10 de 2002). *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas*. Obtenido de Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación: https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia*. Obtenido de https://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/JP_Brochure_-_Spanish.pdf

- Organización de los Estados Americanos (OEA). (Marzo de 2012). *Guía internacional sobre políticas de drogas*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/Guia_politicas_drogas_SPA.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe técnico, No. 915-33*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Agosto de 2006). *Manual para la atención y manejo integral de los usuarios de drogas viviendo con VIH/SIDA en América latina y el Caribe*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guia_sida_spa_LR.pdf
- Palacios Acero, L. C. (2018). *Dirección Estratégica*. Ecoe Ediciones.
- Pauli-Magnus, C., Rekersbrink, S., Klotz, U., & Fromm, M. (2001). Interacción de omeprazol, lansoprazol y pantoprazol con P-glucoproteína. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol*, 364 (2001): 551-7.
- Pope, H., Cole, J., Choras, P., & Fulwiler, C. (1986). Aparente síndrome neuroléptico maligno con clozapina y litio. *J Nerv Ment Dis*, 174 (1986): 493-5.
- Sachdev, P. (1986). Potenciación del litio de los efectos secundarios extrapiramidales relacionados con los neurolépticos. *Am J Psychiatry*, 143 (1986): 942.
- Sociedad Española de Patología Dual. (2018). *SEPD*. Obtenido de Adicciones y otros trastornos mentales: http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html
- Spina, E., Avenoso, A., Facciola, G., Salemi, M., Scordo, M., Giacobello, T., . . . Perucca, E. (2000). Concentraciones plasmáticas de risperidona y 9-hidroxisperidona: Efecto de la comedición con carbamazepina o valproato. *Ther Drug Monit*, 22 (2000): 481-5.
- Spina, E., Scordo, M., Avenoso, A., & Perucca, E. (2001). Interacciones medicamentosas adversas entre risperidona y carbamazepina en un paciente con esquizofrenia crónica y actividad deficiente de CYP2D6. *J Clin Psychopharmacol*, 21 (2001): 108-9.
- Swanson, C., Price, W., & Mcevoy, J. (1995). Efectos de la risperidona concomitante y el tratamiento con litio. *Am J Psychiatry*, 152 (1995): 1096.
- The Joint Commission. (25 de 10 de 2016). *National Quality Approval*. Obtenido de Accreditation of Pharmacist: <https://www.jointcommission.org/assets/1/18/OME-pharmacy-sell-sheet.pdf>
- Tyson, S., Devane, D., & Risch, S. (1995). Interacción farmacocinética entre risperidona y clozapina. *Am J Psychiatry*, 152 (1995): 1401-2.
- Universidad Nacional del Nordeste. (08 de 09 de 2018). *Farmacodependencia - Drogradicción*. Obtenido de https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/8_dependen.pdf
- Varo, I. S.-V., Roldán, P. V., & Velasco, E. R. (s.f.). Protocolo de Atención al Paciente Drogodependiente. <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8911fe14-86ed-40d7-92d0-f01d9d09932f/0a2c98a3-75c8-4481-bd43-5324a00f64f5/0a2c98a3-75c8-4481-bd43-5324a00f64f5.pdf>. Obtenido de <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8911fe14-86ed-40d7-92d0-f01d9d09932f/0a2c98a3-75c8-4481-bd43-5324a00f64f5/0a2c98a3-75c8-4481-bd43-5324a00f64f5.pdf>
- Witchel, H., Hancox, J., & Nutt, D. (2003). Drogas psicotrópicas, arritmia cardíaca y muerte súbita. *J Clin Psychopharmacol*, 23 (2003): 58-77.

13. ANEXOS

13.1. ANEXO 1. Levantamiento de información con funcionarios

Levantamiento de información con funcionarios	
1. ESTRUCTURA DE LA INSTITUCIÓN	
¿La institución se encuentra registrada frente algún ente del Estado?	
¿Se encuentra registrado frente al ministerio de salud o secretaria de salud?	
¿Sabe cuáles son los requerimientos de habilitación de este tipo de instituciones?	
¿Estaría dispuesto a cumplir con los requerimientos para su adecuada habilitación?	
¿Cuál es la metodología utilizada para la rehabilitación?	
¿Cuánto dura el proceso?	
¿Utilizan medicamentos como forma de tratamiento?	
¿Tienen un área designada para el almacenamiento de medicamentos	
¿Quién es el encargado de dicha área si la tienen?	
¿Se encuentran segmentados los tipos de pacientes?	
2. SISTEMA DE GESTIÓN	
¿Cuenta con un sistema de gestión documental?	
¿Cuentan con un organigrama definiendo una jerarquía de mando dentro de la institución?	
¿Cuentan con protocolos de atención de los pacientes?	
3. RECURSO HUMANO	
¿Qué profesionales cuentan para la atención de los usuarios?	
¿Estarían dispuestos a buscar los profesionales que requiera para su adecuada habilitación?	
¿El personal con el que cuentan es de tiempo completo?	
¿Cuentan con un área designada para las labores de los profesionales?	
4. CAPACITACIÓN	
¿Están debidamente capacitado el personal definido en el organigrama?	
¿Cómo se realiza el proceso de selección del personal profesional?	
¿El personal a cargo del cuidado de los pacientes está debidamente entrenado?	

13.2. ANEXO 2. Formato de entrevista a pacientes

Entrevista a pacientes	
¿Toma algún medicamento actualmente?	
¿Quién le indico que debía tomarlo?	
¿Sabe para qué debe tomarlo?	
¿Cómo se siente tomando este medicamento?	
¿Desde hace cuánto lo toma?	
¿Cuánto debe tomar al día?	
¿De qué manera lo toma?	
¿Hasta cuándo debe tomar ese medicamento?	
¿Ha tenido dificultad al momento de la toma del medicamento?	
¿Ha sentido algún tipo de molestia luego de iniciar el uso del medicamento?	

13.3. ANEXO 3. Imágenes de levantamiento de información con funcionarios



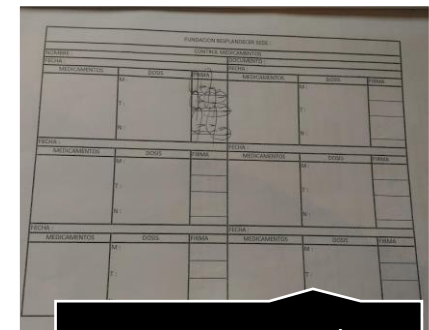
Medicamentos Por
Paciente



Gaveta de
Almacenamiento de
Medicamentos



Almacenamiento de
Recipientes



Formato de recepción de
medicamentos

13.4. ANEXO 4. Resumen de historial farmacológico de los pacientes

PACIENTE	EDAD	CIE-10	DIAGNÓSTICO	FECHA DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTO	CANTIDAD	[]	UNIDAD	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DÓSI / FRECUENCIA	DURACIÓN	OBSERVACIONES
Pte. 1	60	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	07-09-2018	Acetaminofén 500 mg Tableta	20	500 mg	Tableta	Oral	1 cada 8 horas	7 días	
Pte. 1	60	F321	Trastorno depresivo mayor	29-08-2018	Ácido Acetil Salicílico 100 mg Tableta	60	100 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 al medio día
Pte. 1	60	F102	Trastorno severo por consumo de alcohol	29-08-2018	Atorvastatina 20 mg Tableta	60	20 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 en la noche
Pte. 1	60	F321	Trastorno depresivo mayor	29-08-2018	Clozapina 100 mg Tableta	90	100 mg	Tableta	Oral	3 cada 24 horas	60 días	Tomar 3 tabletas a las 8pm
Pte. 1	60	F321	Trastorno depresivo mayor	29-08-2018	Hidroclorotiazida 25 mg Tableta	60	25 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 en la mañana
Pte. 1	60	F321	Trastorno depresivo mayor	29-08-2018	Levomepromazin a 40 mg / mL (0,4%) Solución Oral	2	40 mg / mL (0,4%)	Frasco	Oral	10 gotas a las 6 am y 25 gotas a las 8 pm	60 días	Tomar 10 gotas a las 6 am y 25 gotas a las 8 pm
Pte. 1	60	F205	Esquizofrenia Indiferenciada	29-08-2018	Losartán 50 mg Tableta	120	50 mg	Tableta	Oral	1 cada 12 horas	60 días	
Pte. 1	60	F321	Trastorno depresivo mayor	29-08-2018	Omeprazol 20 mg Cápsula	30	20 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 en ayunas

Pte. 1	60	F321	Trastorno depresivo mayor	29-08-2018	Sertralina 50 mg Tableta	60	50 mg	Tableta	Oral	1 en el desayuno y 1 en el almuerzo	60 días	Tomar una tableta al desayuno y otra tableta al almuerzo
Pte. 1	60	F33	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	16-04-2018	Ácido Acetil Salicílico 100 mg Tableta	60	100 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 al medio día
Pte. 1	60	F33	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	16-04-2018	Atorvastatina 20 mg Tableta	60	20 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 en la noche
Pte. 1	60	F33	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	16-04-2018	Clozapina 100 mg Tableta	180	100 mg	Tableta	Oral	3 cada 24 horas	60 días	Tomar 3 tabletas a las 8pm

Pte. 1	60	F33	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	16-04-2018	Hidroclorotiazida 25 mg Tableta	60	25 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 en la mañana
Pte. 1	60	F33	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	16-04-2018	Levomepromazin a 40 mg / mL (0,4%) Solución Oral	2	40 mg / mL (0,4%)	Frasco	Oral	10 gotas a las 6 am y 25 gotas a las 8 pm	60 días	Tomar 10 gotas a las 6 am y 25 gotas a las 8 pm
Pte. 1	60	F33	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	16-04-2018	Losartán 50 mg Tableta	120	50 mg	Tableta	Oral	1 cada 12 horas	60 días	
Pte. 1	60	F33	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con	16-04-2018	Omeprazol 20 mg Cápsula	30	20 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 en ayunas

			síntomas psicóticos									
Pte. 1	60	F33	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	16-04-2018	Sertralina 50 mg Tableta	120	50 mg	Tableta	Oral	1 en el desayuno y 1 en el almuerzo	60 días	Tomar una tableta al desayuno y otra tableta al almuerzo
Pte. 1	60	F200	Esquizofrenia paranoide	30-01-2018	Ácido Acetil Salicílico 100 mg Tableta	60	100 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 al medio día
Pte. 1	60	F200	Esquizofrenia paranoide	30-01-2018	Atorvastatina 20 mg Tableta	60	20 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 en la noche
Pte. 1	60	F200	Esquizofrenia paranoide	30-01-2018	Hidroclorotiazida 25 mg Tableta	60	25 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar 1 en la mañana
Pte. 1	60	F200	Esquizofrenia paranoide	30-01-2018	Levomepromazin a 40 mg / mL (0,4%) Solución Oral	2	40 mg / mL (0,4%)	Frasco	Oral	10 gotas a las 6 am y 25 gotas a las 8 pm	60 días	Tomar 10 gotas a las 6 am y 25 gotas a las 8 pm
Pte. 1	60	F200	Esquizofrenia paranoide	30-01-2018	Losartán 50 mg Tableta	120	50 mg	Tableta	Oral	1 cada 12 horas	60 días	

Pte. 1	60	F200	Esquizofrenia paranoide	30-01-2018	Sertralina 50 mg Tableta	120	50 mg	Tableta	Oral	1 en el desayuno y 1 en el almuerzo	60 días	Tomar una tableta al desayuno y otra tableta al almuerzo
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamient o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Ácido Acetil Salicílico 100 mg Tableta	30	100 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar 1 al medio día
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamient o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Ácido Acetil Salicílico 100 mg Tableta	90	100 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	90 días	Tomar 1 al medio día
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamient o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Atorvastatina 20 mg Tableta	30	20 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar 1 en la noche

Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Atorvastatina 20 mg Tableta	30	20 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar 1 en la noche
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Clozapina 100 mg Tableta	90	100 mg	Tableta	Oral	3 cada 24 horas	30 días	Tomar 3 tabletas a las 8pm
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Hidroclorotiazida 25 mg Tableta	30	25 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar 1 en la mañana
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso	27-11-2017	Hidroclorotiazida 25 mg Tableta	90	25 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	90 días	Tomar 1 en la mañana

			de otras sustancias									
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Levomepromazin a 40 mg / mL (0,4%) Solución Oral	1	40 mg / mL (0,4%)	Frasco	Oral	10 gotas a las 6 am y 25 gotas a las 8 pm	30 días	Tomar 10 gotas a las 6 am y 25 gotas a las 8 pm
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Losartán 50 mg Tableta	60	50 mg	Tableta	Oral	1 cada 12 horas	30 días	
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Losartán 50 mg Tableta	180	50 mg	Tableta	Oral	1 cada 12 horas	90 días	

Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Sertralina 50 mg Tableta	60	50 mg	Tableta	Oral	1 en el desayuno y 1 en el almuerzo	30 días	Tomar una tableta al desayuno y otra tableta al almuerzo
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-11-2017	Sertralina 50 mg Tableta	60	50 mg	Tableta	Oral	1 en el desayuno y 1 en el almuerzo	30 días	Tomar una tableta al desayuno y otra tableta al almuerzo
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	01-11-2017	Ácido Acetil Salicílico 100 mg Tableta	30	100 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso	01-11-2017	Atorvastatina 20 mg Tableta	30	20 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar 1 en la noche

			de otras sustancias									
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	01-11-2017	Hidroclorotiazida 25 mg Tableta	30	25 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	01-11-2017	Levomepromazin a 40 mg / mL (0,4%) Solución Oral	1	40 mg / mL (0,4%)	Frasco	Oral	10 gotas a las 6 am y 20 gotas a las 8 pm	30 días	Tomar 10 gotas a las 6 am y 20 gotas a las 8 pm
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	01-11-2017	Losartán 50 mg Tableta	60	50 mg	Tableta	Oral	1 cada 12 horas	30 días	

Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	01-11-2017	Sertralina 50 mg Tableta	60	50 mg	Tableta	Oral	1 en el desayuno y 1 en el almuerzo	30 días	Tomar una tableta al desayuno y otra tableta al almuerzo
Pte. 1	60	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	27-09-2017	Levomepromazin a 40 mg / mL (0,4%) Solución Oral	3	40 mg / mL (0,4%)	Frasco	Oral	10 gotas a las 6 am y 25 gotas a las 8 pm	30 días	Tomar 10 gotas a las 6 am y 25 gotas a las 8 pm
Pte. 2	35	F239	Trastorno psicótico agudo y Transitorio, no especificado	6/09/2018	Levomepromazin a 40 mg / mL (0,4%) Solución Oral	2	40 mg / mL (0,4%)	Frasco	Oral	5 gotas cada 8 horas	30 días	
Pte. 2	35	F239	Trastorno psicótico agudo y Transitorio, no especificado	6/09/2018	Risperidona 2 mg Tableta	30	2 mg	Tableta	Oral	Media tableta día de por medio	30 días	
Pte. 2	35	F239	Trastorno psicótico agudo y Transitorio, no especificado	6/09/2018	Sertralina 50 mg Tableta	30	50 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar en la mañana

Pte. 3	22		Esquizofrenia paranoide	27-02-2017	Carbamazepina 200 mg Tableta	90	200 mg	Tableta	Oral	1 cada 8 horas	30 días	
Pte. 3	22		Esquizofrenia paranoide	27-02-2017	Levomepromazin a 25 mg Tableta	30	25 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	
Pte. 3	22		Esquizofrenia paranoide	27-02-2017	Palmitato de Pipotiazina 25 mg Solución Inyectable	2	25 mg	Ampolla	Intramuscula r	1 cada 15 días	30 días	
Pte. 3	22		Esquizofrenia paranoide	27-02-2017	Risperidona 1 mg Tableta	30	1 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	
Pte. 3	22		Esquizofrenia paranoide	22/02/201 7	Meloxicam 15 mg Tableta	15	15 mg	Tableta	Oral	1 cada 8 horas	5 días	
Pte. 3	22		Esquizofrenia paranoide	22/02/201 7	Metocarbamol 750 mg Tableta	20	750 mg	Tableta	Oral	1 cada 6 horas	5 días	
Pte. 3	22		Esquizofrenia paranoide	21-10-2016	Carbamazepina 200 mg Tableta	90	200 mg	Tableta	Oral	1 cada 8 horas	30 días	
Pte. 3	22		Esquizofrenia paranoide	21-10-2016	Haloperidol 5 mg Tableta	30	5 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	
Pte. 3	22		Esquizofrenia paranoide	21-10-2016	Levomepromazin a 25 mg Tableta	30	25 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	

Pte. 3	22		Esquizofrenia paranoide	21-10-2016	Palmitato de Pipotiazina 25 mg Solución Inyectable	2	25 mg	Ampolla	Intramuscula r	1 cada 15 días	30 días	
Pte. 3	22	F200	Trastornos mentales y del comportamient o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: Trastorno psicótico	20/10/201 6	Carbamazepina 200 mg Tableta		200 mg	Tableta	Oral	1 cada 8 horas		Tomar 1 a las 7h, 1 a las 14h y otra a las 21h
Pte. 3	22	F200	Trastornos mentales y del comportamient o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: Trastorno psicótico	20/10/201 6	Haloperidol 5 mg Tableta		5 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas		Tomar 1 en la noche

Pte. 3	22	F200	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: Trastorno psicótico	20/10/2016	Levomepromazina 25 mg Tableta	25 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas		Tomar 1 en la noche
Pte. 3	22	F200	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: Trastorno psicótico	20/10/2016	Palmitato de Pipotiazina 25 mg Solución Inyectable	25 mg	Ampolla	Intramuscular	1 cada 15 días	15 días	Próxima aplicación noviembre 1 del 2016
Pte. 4	20	F19.2	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de cannabinoides: síndrome de dependencia	16/07/2018	Carbonato de litio 300 mg Tableta	300 mg	Tableta	Oral	3 al día	30 días	Tomar 1 en la mañana y 2 en la noche

Pte. 4	20	F19.2	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de cannabinoides: síndrome de dependencia	16/07/2018	Sertralina 50 mg Tableta	30	50 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar en la mañana después del desayuno
Pte. 4	20	F312	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos	21/05/2018	Carbonato de litio 300 mg Tableta	12	300 mg	Tableta	Oral	2 cada 12 horas	30 días	
Pte. 4	20	F312	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos	21/05/2018	Levomepromazin a 40 mg / mL (0,4%) Solución Oral	2	40 mg / mL (0,4%)	Frasco	Oral	8 gotas cada 8 horas	30 días	
Pte. 4	20	F312	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos	21/05/2018	Risperidona 2 mg Tableta	45	2 mg	Tableta	Oral	1 cada 12 horas	21 días	

Pte. 4	20	F312	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos	21/05/2018	Risperidona 25 mg Polvo para solución inyectable	2	25 mg	Dispositivo o Prellenado	Intramuscular	1 ampolla cada 15 días	30 días	
Pte. 5	20	S617	Heridas múltiples de la muñeca y de la mano	20-02-2018	Cefalexina 500 mg Tableta	21	500 mg	Tableta	Oral	1 cada 8 horas	7 días	
Pte. 5	20	S617	Heridas múltiples de la muñeca y de la mano	20-02-2018	Naproxeno 250 mg Tableta	15	250 mg	Tableta	Oral	1 cada 8 horas	5 días	
Pte. 5	20	F209	Esquizofrenia, no especificada	19-12-2017	Risperidona 2 mg Tableta	90	2 mg	Tableta	Oral	1 en la mañana y 2 en la noche	30 días	
Pte. 6	22	F195	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	30-07-2018	Difenhidramina 50 mg Cápsula	30	50 mg	Cápsula	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar una cápsula en la noche
Pte. 6	22	F195	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples	30-07-2018	Lorazepam 1 mg Tableta	30	1 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar una cápsula en la noche

			drogas y al uso de otras sustancias									
Pte. 6	22	F200	Esquizofrenia paranoide	18-07-2018	Risperidona 37,5 mg Polvo para solución inyectable	2	37,5 mg	Ampolla	Intramuscular	1 cada 15 días	30 días	
Pte. 6	22	F195	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	17-07-2018	Difenhidramina 50 mg Cápsula	30	50 mg	Cápsula	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar una cápsula en la noche
Pte. 6	22	F195	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	17-07-2018	Lorazepam 1 mg Tableta	30	1 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar una cápsula en la noche
Pte. 7	22	F200	Esquizofrenia paranoide	15-11-2016	Levomepromazina 40 mg / mL (0,4%) Solución Oral	2	40 mg / mL (0,4%)	Frasco	Oral	5 gotas cada 12 horas	60 días	

Pte. 7	22	F122	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: síndrome de dependencia	15-11-2016	Risperidona 37,5 mg Polvo para solución inyectable	4	37,5 mg	Ampolla	Intramuscular	1 ampolla cada 15 días	60 días	
Pte. 7	22	F122	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: síndrome de dependencia	15-11-2016	Sertralina 50 mg Tableta	60	50 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	60 días	Tomar media tableta después del desayuno por una semana y luego aumentar a 1 tableta
Pte. 8	19	F31.4, 2	Trastorno mental y del comportamiento o secundario a dependencia de múltiples sustancias psicoactivas	27/08/2018	Carbonato de litio 300 mg Tableta	120	300 mg	Tableta	Oral	2 cada 12 horas	30 días	
Pte. 8	19	F31.4, 2	Trastorno mental y del comportamiento o secundario a dependencia de múltiples sustancias psicoactivas	27/08/2018	Clozapina 100 mg Tableta	30	100 mg	Tableta	Oral	Media tableta cada 12 horas	30 días	Tomar media tableta en la mañana y media tableta en la noche

Pte. 8	19	F31.4 , 2	Trastorno mental y del comportamiento o secundario a dependencia de múltiples sustancias psicoactivas	27/08/2018	levomepromazin a 100 mg Tableta	50	100 mg	Tableta	Oral	1 en la mañana y media en la noche	30 días	Tomar 1 en la mañana y media en la noche
Pte. 8	19	F31.4 , 2	Trastorno mental y del comportamiento o secundario a dependencia de múltiples sustancias psicoactivas	27/08/2018	Quetiapina 25 mg Tableta	60	25 mg	Tableta	Oral	1 diaria por 8 días y luego aumentar a 2 diarias	30 días	Tomar una en la noche por una semana y aumentar a 2 tabletas
Pte. 9	28	F192	Trastornos mentales y del comportamiento o debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	22-08-2018	Clozapina 100 mg Tableta	210	100 mg	Tableta	Oral	2 en la mañana 2 al mediodía y 3 en la noche	60 días	Tomar 2 tabletas en la mañana, 2 al medio día y 3 en la noche
Pte. 9	28	F205	Esquizofrenia residual	22-08-2018	Risperidona 2 mg Tableta	240	2 mg	Tableta	Oral	2 cada 12 horas	60 días	Tomar 2 tabletas en la mañana y 2 en la noche
Pte. 9	28	F200	Esquizofrenia paranoide	27-02-2018	Clozapina 100 mg Tableta	180	100 mg	Tableta	Oral	2 cada 8 horas	30 días	

Pte. 9	28	F200	Esquizofrenia paranoide	27-02-2018	Omeprazol 20 mg Cápsula	30	20 mg	Cápsula	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar 1 cápsula en ayunas
Pte. 9	28	F200	Esquizofrenia paranoide	27-02-2018	Risperidona 2 mg Tableta	90	2 mg	Tableta	Oral	1 cada 8 horas	30 días	
Pte. 10	27	F719	Retraso mental moderado: Deterioro del comportamient o de grado no especificado	28-03-2018	Carbamazepina 200 mg Tableta	180	200 mg	Tableta	Oral	2 cada 8 horas	30 días	Tomar 2 tabletas en la mañana, 2 tabletas en la tarde y 2 tabletas en la noche
Pte. 10	27	F719	Retraso mental moderado: Deterioro del comportamient o de grado no especificado	28-03-2018	Difenhidramina 50 mg Cápsula	30	50 mg	Cápsula	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar 1 cápsula en la noche antes de dormir
Pte. 10	27	F719	Retraso mental moderado: Deterioro del comportamient o de grado no especificado	28-03-2018	Fluoxetina 20 mg Tableta	30	20 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar 1 en la mañana después del desayuno

Pte. 10	27	F209	Esquizofrenia, no especificada	28-03-2018	Lorazepam 2 mg Tableta	60	2 mg	Tableta	Oral	Media tableta en la mañana, media tableta en la tarde y 1 tableta en la noche	30 días	Tomar media tableta en la mañana, media tableta en la tarde y 1 tableta en la noche
Pte. 10	27	F719	Retraso mental moderado: Deterioro del comportamiento de grado no especificado	28-03-2018	Metformina 850 mg Tableta	30	850 mg	Tableta	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar 1 tableta antes del almuerzo
Pte. 10	27	F719	Retraso mental moderado: Deterioro del comportamiento de grado no especificado	28-03-2018	Risperidona 25 mg Polvo para solución inyectable	3	25 mg	Ampolla	Intramuscular	1 cada 10 días	30 días	
Pte. 11	21	F195	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias	17-04-2018	Risperidona 2 mg Tableta	90	2 mg	Tableta	Oral	1 cada 8 horas	60 días	
Pte. 11	21	F200	Esquizofrenia paranoide	27-02-2018	Clozapina 100 mg Tableta	180	100 mg	Tableta	Oral	2 cada 8 horas	30 días	

Pte. 11	21	F200	Esquizofrenia paranoide	27-02-2018	Lorazepam 2 mg Tableta	60	2 mg	Tableta	Oral	Media tableta en la mañana y 1 tableta en la noche	30 días	Tomar media tableta en la mañana y 1 tableta en la noche
Pte. 11	21	F200	Esquizofrenia paranoide	27-02-2018	Omeprazol 20 mg Cápsula	30	20 mg	Cápsula	Oral	1 cada 24 horas	30 días	Tomar 1 cápsula en ayunas
Pte. 11	21	F200	Esquizofrenia paranoide	27-02-2018	Risperidona 2 mg Tableta	90	2 mg	Tableta	Oral	1 cada 8 horas	60 días	

13.5. ANEXO 5. Manual de uso adecuado de medicamentos para la institución

CONTENIDO

Almacenamiento de medicamentos

Administración de medicamentos

Grupos de medicamentos

Recomendaciones



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y
AMBIENTALES U.D.C.A**

ANDERSSON VELÁSQUEZ
DAMARIS VILLARREAL

MANUAL DE USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS

PARA LA FUNDACIÓN RESPLANDECER

¿DE QUÉ SE TRATA EL ESTE MANUAL?

Este manual está diseñado para que todo el personal que se encuentre a cargo del manejo y control de los medicamentos dentro de la institución puedan encontrar información pertinente de cada uno de los medicamentos que con frecuencia se suministran a nuestros pacientes, se busca dar información básica sobre el medicamento, su adecuado manejo, administración y la importancia de este, para la atención de nuestro paciente, de esa manera contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida, su salud y el estado de progreso de rehabilitación dentro de la institución.

¿QUÉ ES UN MEDICAMENTO?

Es la composición de un principio activo o varios junto con unos auxiliares de formulación, que tiene una finalidad de uso clínico y destinado para la utilización en humanos o animales proporcionando por sus características, propiedades que pueden ser usadas para prevenir, aliviar o mejorar el estado de salud de las personas o animales.

INTRODUCCIÓN

¿DE QUÉ SE TRATA EL ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS?

Mantener y garantizar la calidad, conservación y el cuidado de los medicamentos, bajo condiciones adecuadas en cuanto a temperatura, humedad, luz, aire, radiaciones, etc. asegurando la conservación tanto de sus características fisicoquímicas así como de sus propiedades farmacológicas

¿EN QUÉ LUGAR DEBO ALMACENARLOS?

1. Lejos de fuentes de calor y humedad, de la luz directa del sol y del calor de la luz eléctrica.
2. En su envase original, sin cortar blíster, con su empaque.
3. Si la indicación es guardarlo en la nevera recuerde NO colocarlos en la puerta de la nevera.

RECOMENDACIONES

¡NO CORTES LOS BLÍSTER!

Se puede perder la fecha de vencimiento o el nombre del medicamento y poner en riesgo la salud del paciente.

¡LEER SIEMPRE LAS INDICACIONES!!

Los medicamentos tienen condiciones de conservación que vienen detalladas en la caja y/o empaque.

IMPORTANTE

Siempre lavarse las manos antes de manipular los medicamentos.



ALMACENAMIENTO de medicamentos



ADMINISTRACIÓN

DEL MEDICAMENTO

¿QUÉ ES ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO?

La administración de medicamentos es un procedimiento mediante el cual se proporciona un medicamento a un paciente. Lo debe realizar personal debidamente entrenado y se debe garantizar en todo momento la seguridad del paciente.

RECOMENDACIONES

Para la administración

1. QUE SEA EL MEDICAMENTO CORRECTO

Algunos medicamentos tienen nombre y aspecto similar. Confirme que sea el medicamento correcto al sacarlo del cajón del paciente y antes de administrarlo.

2. EL PACIENTE CORRECTO

Compruebe siempre la identificación del paciente: pida al paciente que le diga su nombre si es necesario.

3. DOSIS CORRECTA

Modificaciones mínimas en la dosis formulada pueden ser importantes y peligrosas.

4. VÍA DE ADMINISTRACIÓN CORRECTA

La administración de medicamentos en el caso de la institución, se realizaran exclusivamente por vía oral.

5. HORA CORRECTA

Procure respetar la frecuencia de administración de dosis a las horas indicadas en la fórmula médica. Si olvida la administración de una dosis, adminístrela tan pronto lo evidencie.

6. REGISTRAR EL MEDICAMENTO ADMINISTRADO

El registro del medicamento debe incluir el nombre del fármaco, la dosis, la fecha y hora. Realice el registro del medicamento inmediatamente después de su administración.

7. COMO SE DEBE TOMAR

Algunos medicamentos tienen nombre y aspecto similar. Confirme que sea el medicamento correcto al sacarlo del cajón del paciente y antes de administrarlo.

¿QUÉ SON GRUPOS DE MEDICAMENTOS?

Es el grupo de diferentes medicamentos que pueden desempeñar acciones similares en el organismo.

GRUPOS DE MEDICAMENTOS EN LA INSTITUCIÓN

- Antipsicóticos
- Antidepresivos
- Ansiolíticos
- Inhibidor de bomba de protones
- Antiinflamatorios y antirreumáticos
- Antiepilépticos
- Antihistamínico
- Inhibidor de la HMG CoA reductasa
- Antagonista de angiotensina II
- Diuréticos de techo bajo
- Antibióticos
- Biguanidas
- Relajantes musculares
- Analgésicos y antipiréticos



A CONTINUACIÓN ENCONTRARÁS INFORMACIÓN ACERCA DE CADA UNO DE LOS GRUPOS DE MEDICAMENTOS CON LOS QUE CUENTA LA INSTITUCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES MEDICADOS, ADEMÁS TE INFORMAREMOS CUÁLES SON LOS MEDICAMENTOS PERTENECIENTES A CADA GRUPO.

ANTIPSIKÓTICOS

Recomendaciones

NO consumir alcohol, pues esto puede aumentar los efectos secundarios en el sistema nervioso, como mareos, somnolencia y dificultad para concentrarse. Algunas personas también pueden experimentar deterioro en el pensamiento y el juicio, debe evitarse consumir con bebidas oscuras.

Los antipsicóticos son medicamentos que se usan para tratar los síntomas de la psicosis, como delirios (por ejemplo, escuchar voces), alucinaciones, paranoia o pensamientos confusos. Se usan en el tratamiento de la esquizofrenia, la depresión severa y la ansiedad severa. Los antipsicóticos también son útiles para estabilizar episodios de manía en personas con trastorno bipolar.

ANTIPSIKÓTICOS EN LA INSTITUCIÓN

- CLOZAPINA
- CARBONATO DE LITIO
- HALOPERIDOL
- LEVOMEPRÓMAZINA
- PALMITATO DE PIPOTIAZINA
- QUETIAPINA
- RISPERIDONA

ANTIDEPRESIVOS

Recomendaciones

NO consumir alcohol, pues esto puede aumentar los efectos secundarios en el sistema nervioso, como mareos, somnolencia y dificultad para concentrarse. Algunas personas también pueden experimentar deterioro en el pensamiento y el juicio, debe evitarse consumir con bebidas oscuras.

Un antidepresivo es el nombre que se le da a un medicamento que puede ayudar a aliviar los síntomas de la depresión , como el estado de ánimo bajo, la ansiedad y la inutilidad. Los antidepresivos se clasifican en diferentes tipos según su estructura y la forma en que funcionan.

ANTIDEPRESIVOS EN LA INSTITUCIÓN

- SERTRALINA
- FLUOXETINA

ANSIOLÍTICOS

Recomendaciones

NO consumir alcohol, pues esto puede aumentar los efectos secundarios en el sistema nervioso, como mareos, somnolencia y dificultad para concentrarse. Algunas personas también pueden experimentar deterioro en el pensamiento y el juicio, debe evitarse consumir con bebidas oscuras.

Los ansiolíticos, sedantes e hipnóticos son medicamentos que funcionan en el sistema nervioso central para aliviar la ansiedad , ayudar a dormir o tener un efecto calmante.

ANSIOLÍTICOS EN LA INSTITUCIÓN

- LORAZEPAN

INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES (PPI)

Recomendaciones

Tome el omeprazol exactamente según lo indicado. No aumente ni disminuya la dosis, ni lo tome con más frecuencia ni por más tiempo que el indicado por su médico o el recomendado en el envase.

Los PPI reducen la producción de ácido en el estómago. Trabajan bloqueando irreversiblemente una enzima llamada H^+ / K^+ ATPasa que controla la producción de ácido. Esta enzima también se conoce como bomba de protones y se encuentra en las células parietales de la pared del estómago.

INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES (PPI) EN LA INSTITUCIÓN

- OMEPRAZOL

ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIREUMÁTICOS

Recomendaciones

NO consumir alcohol, El alcohol puede aumentar su riesgo de sangrado estomacal causado por meloxicam, Esto incluye heces negras, con sangre o alquitranadas, o tos con sangre o vómitos que parecen granos de café. Es importante que informe a su médico sobre todos los otros medicamentos que usa, incluso vitaminas y hierbas

Los ansiolíticos, sedantes e hipnóticos son medicamentos que funcionan en el sistema nervioso central para aliviar la ansiedad , ayudar a dormir o tener un efecto calmante.

ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIREUMÁTICOS EN LA INSTITUCIÓN

- MELOXICAN
- NAPROXENO

ANTIEPILÉPTICOS

Recomendaciones

Debe preferir evitar el consumo regular de jugos cítricos mientras toma carbamazepina. Esto puede causar que aumenten los niveles de carbamazepina. Debe informar a su médico sobre los signos de los efectos secundarios de carbamazepina, como náuseas, trastornos visuales, mareos o debilidad muscular. Evitar o limitar el uso de alcohol mientras recibe tratamiento con carbamazepina, el alcohol puede aumentar los efectos secundarios del sistema nervioso, como mareos, somnolencia y dificultad para concentrarse. Algunas personas también pueden experimentar deterioro en el pensamiento y el juicio. Hable con su médico o farmacéutico si tiene alguna pregunta o inquietud.

Los anticonvulsivos (antiepilépticos o antiepilepticos) ayudan a normalizar la forma en que los impulsos nerviosos viajan a lo largo de las células nerviosas, lo que ayuda a prevenir o tratar las convulsiones . Cuando el cerebro está funcionando normalmente, las células nerviosas se comunican entre sí utilizando señales eléctricas controladas de una célula nerviosa a otra. Esto le dice al cuerpo que haga todo lo que necesita o quiere hacer.

ANTIEPILÉPTICOS EN LA INSTITUCIÓN

- CARBAMAZEPINA

ANTIHIISTAMÍNICOS

Recomendaciones

Pregúntele a su médico antes de usar Difenhidramina junto con alcohol, use alcohol con precaución, el alcohol puede aumentar la somnolencia y el mareo durante la administración, no exceda las dosis recomendadas y que evite actividades que requieran atención mental, es importante que informe a su médico sobre todos los otros medicamentos que usa, incluso vitaminas y hierbas, no deje de usar ningún medicamento sin consultar primero con su médico.

Los antihistamínicos son una clase que bloquean la liberación de histamina desde los receptores histamina-1 y se usan principalmente para tratar alergias o síntomas de resfriado y gripe, aunque algunos antihistamínicos de primera generación también se pueden usar para otras afecciones.

ANTIHIISTAMÍNICOS EN LA INSTITUCIÓN

- DIFENHIDRAMINA

INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA

Recomendaciones

El consumo de jugos cítricos puede aumentar los niveles en sangre de atorvastatina. Esto puede aumentar el riesgo de efectos secundarios tales como daño hepático y rabdomiolisis de tejido muscular esquelético. En algunos casos la rabdomiolisis puede causar daño renal e incluso la muerte, informe a su médico si tiene dolores musculares inexplicables, sensibilidad o debilidad durante el tratamiento, especialmente si estos síntomas van acompañados de fiebre u orina de color oscuro, es importante que informe a su médico sobre todos los otros medicamentos que está usando, incluso vitaminas y hierbas, no deje de usar ningún medicamento sin consultar a su médico.

Los ansiolíticos, sedantes e hipnóticos son medicamentos que funcionan en el sistema nervioso central para aliviar la ansiedad , ayudar a dormir o tener un efecto calmante.

INHIBIDORES DE LA HMG CoA REDUCTASA EN LA INSTITUCIÓN

- ATORVASTATINA

ANTAGONISTA DE ANGIOTENSINA II

Recomendaciones

Si toma losartán, debe evitar los sustitutos de la sal que contenga potasio o suplementos de potasio sin receta antes consultar a su médico.

Los niveles altos de potasio pueden causar debilidad, latidos cardiacos irregulares, confusión, hormigueo en las extremidades o sensación de pesadez en las piernas. En algunos pacientes los jugos cítricos pueden llegar a disminuir la eficacia del losartán.

Los antagonistas del receptor de la angiotensina II ayudan a relajar los vasos sanguíneos, lo cual disminuye la presión arterial y permite que el corazón bombee sangre con mayor facilidad. Se usan para tratar afecciones como la presión arterial alta y la insuficiencia cardiaca.

ANTAGONISTAS DE ANGIOTENSINA II EN LA INSTITUCIÓN

- LOSARTAN

DIURÉTICOS DE TECHO BAJO

Recomendaciones

La hidroclorotiazida y el etanol pueden tener efectos acumulativos en la disminución de la presión arterial. Puede experimentar dolor de cabeza, mareos, aturdimiento, desmayos y / o cambios en el pulso o la frecuencia cardíaca. Es más probable que se observen estos efectos secundarios al comienzo del tratamiento, después de un aumento de la dosis o cuando se reinicia el tratamiento después de una interrupción.

Los diuréticos son medicamentos que aumentan la cantidad de orina que produce el cuerpo. La micción es la forma en que el cuerpo elimina el exceso de sal y agua. Los diuréticos son utilizados para la retención de líquidos, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, cirrosis, y también ayuda a reducir la presión arterial.

DIURÉTICOS EN LA INSTITUCIÓN

- HIDROCLOROTIAZIDA

ANTIBIÓTICOS

Recomendaciones

Cuando tome antibióticos, siga cuidadosamente las instrucciones. Es importante que, aunque se sienta mejor termine el tratamiento. Se deja de tomar los antibióticos antes de lo recomendado por el médico, algunas bacterias pueden sobrevivir en su cuerpo y pueden re infectarlo. No guarde antibiótico para después, ni se debe consumir los antibióticos recetados a otro paciente.

Los antibióticos son medicamentos potentes que combaten las infecciones bacterianas. Actúa causando la muerte de bacterias o impidiendo que se reproduzcan.

ANTIBIÓTICOS EN LA INSTITUCIÓN

- CEFALEXINA

BIGUANIDAS

Recomendaciones

Pregúntele a su médico antes de usar etanol junto con metformina, tomar en combinación puede causar una afección llamada acidosis láctica, debilidad, aumento de la somnolencia, ritmo cardíaco lento, sensación de frío, dolor muscular, dificultad para respirar, dolor de estómago, se debe buscar atención médica inmediata, es importante que informe a su médico sobre todos los otros medicamentos que usa, incluso vitaminas y hierbas.

Son antidiabéticos orales que reducen el nivel de glucosa en la sangre fundamentalmente mediante la disminución de la cantidad de glucosa producida en el hígado, también pueden ayudar a reducir el nivel de glucosa en la sangre haciendo que el tejido muscular sea sensible a la insulina de modo que la glucosa pueda absorberse.

BIGUANIDAS EN LA INSTITUCIÓN

- METFORMINA

RELAJANTES MUSCULARES

Recomendaciones

El alcohol puede aumentar los efectos secundarios del metocarbamo en el sistema nervioso, como somnolencia, dificultad para concentrarse y el mareo, durante la administración, no exceda las dosis recomendadas y que evite actividades que requieran atención mental como conducir o manejar maquinaria.

Los relajantes musculares son un grupo diverso de medicamentos que tienen la capacidad de relajar o reducir la tensión muscular, los relajantes musculares tratan dos afecciones principales: espasticidad (Músculos rígidos) causada por afecciones tales como parálisis cerebral.

RELAJANTES MUSCULARES EN LA INSTITUCIÓN

- METOCARBAMOL

ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS

Recomendaciones

No mezcle con alcohol, esto puede causar efectos secundarios graves que afectan su hígado. Llame a su médico de inmediato si experimenta fiebre, escalofríos, dolor o hinchazón en las articulaciones, cansancio o debilidad excesiva, sangrado o hematomas inusuales, erupción cutánea o picazón, pérdida de apetito, náuseas, vómitos o coloración amarillenta de la piel o los blancos de su piel.

No beba alcohol mientras toma aspirina. El alcohol puede aumentar el riesgo de sangrado estomacal causado por la aspirina. Llame a su médico de inmediato si tiene síntomas de sangrado en el estómago o los intestinos. Esto incluye heces negras, con sangre o alquitranadas, o tos con sangre o vómitos que parecen granos de café.

Los analgésicos y antipiréticos son medicamentos diseñados para aliviar sensaciones de dolor y de igual manera los medicamentos utilizados para la reducción del dolor son los llamados analgésicos y cuando se tiene un incremento de la temperatura corporal superior a 37°C se utilizan los medicamentos llamados antipiréticos, algunos fármacos nos sirven para tanto para el dolor como para la fiebre, pues poseen ambas propiedades.

ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS EN LA INSTITUCIÓN

- ACETAMINOFEN
- ACIDO ACETIL SALICILICO (ASPIRINA)

RECOMENDACIONES

Generales

Mantenga los medicamentos en un área segura y establecida, que cumpla con las condiciones de almacenamiento anteriormente mencionadas.

Realizar verificaciones periódicas del estado de los medicamentos y sus fechas de caducidad.

Establecer cronogramas de capacitación constantes al personal encargado del almacenamiento, entrega y cuidado de los medicamentos.

Si evidencia algún tipo de anomalía en el paciente que se le está administrando el medicamento, comuníquese inmediatamente con el médico tratante o su entidad de salud.

Registre a diario la entrega de los medicamentos a cada uno de los pacientes, colocando la información mencionada anteriormente.

Si presenta algún inconveniente a la hora de tomar el medicamento o presenta molestias con su terapia comuníquese a su farmacéutico o su médico.

Cumpla a cabalidad con el tratamiento tal y como lo indicó su médico, si presenta algún tipo de inconveniente comuníquese con su médico o su farmacéutico para evaluar una posible solución y continuar con la terapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Drug.com. (09 de 2018). Drug Interactions Checker. Obtenido de https://www.drugs.com/drug_interactions
- Encolombia. (09 de 2018). Proceso para la Administración de Medicamentos. Obtenido de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-43/enfermeria4301-guiamedicamentos1/>
- Marisabel Sánchez - M.P.H. Links Media, B. Y.-M.-M. (2001). Manual sobre uso apropiado de los medicamentos en la comunidad. Obtenido de http://bvs.minsa.gob.pe/local/DIGEMID/837_DIGEMID54.pdf
- Salud, O. M. (06 de Diciembre de 2017). Portal de Información - Medicamentos Esenciales y Productos de Salud. Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/28.html>