

# Estudio de la utilización de fármacos antipsicóticos en una fundación pública para pacientes esquizofrénicos en Sevilla

Rev. O.F.I.L. 2011, 21;3:92-102

AGUILAR DE LEYVA A<sup>1</sup>, CARABALLO RODRÍGUEZ I<sup>2</sup>, HERRERA CARRANZA J<sup>3</sup>

1 Doctora en Farmacia. Investigadora del grupo de investigación CTS547 del Plan Andaluz de Investigación

2 Doctor en Farmacia. Profesor Titular de Tecnología Farmacéutica y Biofarmacia. Director de CISDEM (Cátedra Iberoamericana-Suiza de Desarrollo de Medicamentos de la Universidad de Sevilla)

3 Doctor en Farmacia. Profesor Titular de Biofarmacia y Farmacocinética (jubilado)

Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Universidad de Sevilla. España

## Resumen

**Objetivo:** Analizar la farmacoterapia de dos grupos de pacientes esquizofrénicos de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) en Sevilla, atendiendo al tratamiento antipsicótico.

**Método:** Se ha estudiado la historia farmacoterapéutica de todos los paciente esquizofrénico de "Casas-Hogar" (CH) y "Viviendas Supervisadas" (VS) de FAISEM. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de la utilización y prescripción de fármacos antipsicóticos mediante el software SPSS 17.0.

**Resultados:** Se han estudiado datos de 83 pacientes de CH y 74 pacientes de VS. Los antipsicóticos atípicos (AA) son el grupo más utilizado por los pacientes (85,54% y 78,38% de los pacientes de CH y VS, respectivamente). Los antipsicóticos típicos (AT) son más utilizados por los pacientes de CH (51,81%) que por los de VS (29,73%). El 36,14% y el 43,24% de los pacientes de CH y VS, respectivamente, reciben antipsicóticos inyectables de liberación prolongada. El 79,52% y el 59,46% de los pacientes de CH y VS, respectivamente, reciben politerapia antipsicótica.

**Conclusion:** La polifarmacia antipsicótica es un problema de salud importante en estos pacientes esquizofrénicos, ya que incrementa el riesgo de aparición de interacciones y asociación de efectos adversos.

**Palabras clave:** Pacientes esquizofrénicos, tratamiento antipsicótico, polifarmacia.

Correspondencia:

Ángela Aguilar de Leyva

Correo electrónico: aguilardeleyva@us.es

## *Study of the antipsychotic drug utilization in a public foundation for schizophrenic patients in Seville*

### *Summary*

**Objective:** To analyze the pharmacotherapy of two groups of schizophrenic patients of the Andalusian public foundation for the social integration of the people with mental disorders (FAISEM) in Seville, attending to the antipsychotic treatment.

**Method:** Pharmacotherapeutic history of every schizophrenic patient of "Sheltered Homes" (CH) and "Supervised Housing" (VS) of FAISEM has been examined. Descriptive analysis of the use and prescription of antipsychotics has been carried out using SPSS version 17.0 software.

**Results:** Data of 83 and 74 CH and VS patients respectively, have been studied. Atypical antipsychotics (AA) is the group most used by patients (85.54% and 78.38% patients of CH and VS respectively, use them). Typical antipsychotics (AT) are more used by CH patients (51.81%) than by VS patients (29.73%). 36.14% and 43.24% patients of CH and VS respectively, receive prolonged release injectable antipsychotics. 79.52% and 59.46% patients of CH and VS respectively, are treated with antipsychotic polypharmacy.

**Conclusions:** Antipsychotic polypharmacy is an important health problem in this population of schizophrenic patients, since it increases the risk of interactions and association of side effects.

**Key Words:** Schizophrenic patients, antipsychotic treatment, polypharmacy.

### **Introducción**

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que se caracteriza por presentar múltiples síntomas que afectan tanto a los aspectos cognitivos como emocionales y del comportamiento de la persona<sup>1</sup>.

La farmacoterapia es un elemento crítico en el tratamiento a corto y a largo plazo de la enfermedad, pero no es hasta la década de los 50, con la introducción de la clorpromacina, cuando se empieza a disponer de un tratamiento farmacológico eficaz para el tratamiento de la esquizofrenia<sup>2,3</sup>. A lo largo de las siguientes tres décadas numerosos fármacos antipsicóticos fueron desarrollados e introducidos en la práctica clínica. Estos antipsicóticos se conocen comúnmente como antipsicóticos típicos (AT) y se caracterizan por presentar numerosos efectos secundarios de tipo neurológico. Por el contrario, antipsicótico atípico (AA) es el término utilizado para referirse a los antipsicóticos más modernos que presentan menos riesgo de pro-

ducir efectos secundarios de tipo extrapiramidal. La clozapina, sintetizada en 1959 por Schmutz y colaboradores<sup>4</sup>, es el primer AA, pero fue retirada del mercado debido a que produjo algunos casos de agranulocitosis. Sin embargo, fue reintroducida en la década de los 90 tras la publicación de ensayos clínicos que demostraron su eficacia en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento<sup>5</sup>. Desde ese momento comenzó la búsqueda de nuevas moléculas con menos efectos secundarios extrapiramidales conduciendo a la introducción de los AA. No obstante, estos fármacos están relacionados con la producción de efectos secundarios de tipo metabólico<sup>6,7</sup>. Por tanto, el principal inconveniente del tratamiento con fármacos antipsicóticos es la alta prevalencia de efectos adversos que puede dar lugar a la falta de cumplimiento por parte de los pacientes<sup>8,9</sup>. La falta de cumplimiento está relacionada con altas tasas de recaída<sup>10,11</sup>, por lo que la medicación juega un papel primordial en la consecución de resultados terapéuticos.

Con el objetivo de mejorar la adherencia en el tratamiento a largo plazo de los pacientes esquizofrénicos, la medicación antipsicótica inyectable de liberación prolongada fue introducida en la terapéutica en la década de los 60, ya que la principal ventaja de este tipo de formulaciones es el incremento del cumplimiento por parte de los pacientes<sup>12-14</sup>.

Es importante tener en cuenta que la polifarmacia afecta con frecuencia a los pacientes esquizofrénicos ya que la prescripción de politerapia antipsicótica es una práctica común en psiquiatría clínica.

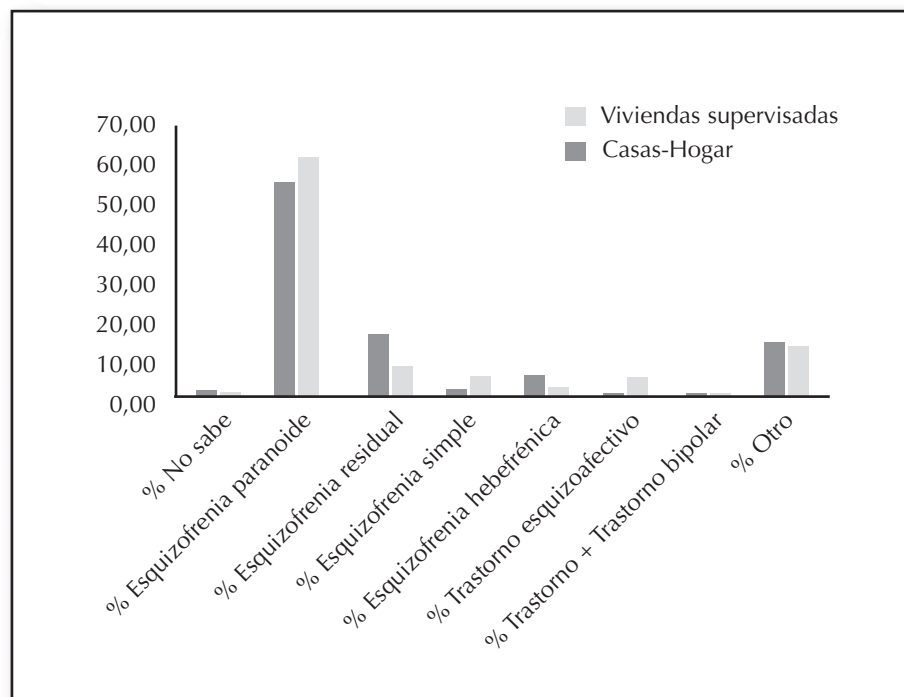
La Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) ofrece un programa residencial que proporciona asistencia a los pacientes esquizofrénicos que no pueden vivir con sus familiares como consecuencia de las características de su enfermedad, solucionando el problema de la vivienda.

El objetivo de este estudio es analizar la utilización de fármacos antipsicóticos por parte de los pacientes pertenecientes a dos dispositivos diferentes dentro del programa residencial de FAISEM: "Casas-Hogar" (CH) y "Viviendas Supervisadas" (VS).

## Método

Se ha consultado la historia farmacoterapéutica de todos los pacientes esquizofrénicos pertenecientes al programa residencial de FAISEM en Sevilla. Los pacientes que han participado en el estudio están distribuidos en dos dispositivos diferentes: casas-hogar (CH) y viviendas supervisadas (VS). La principal diferencia entre estos pacientes es su grado de autonomía, siendo mucho menor en el caso de los pacientes

FIGURA 1  
*Diagnóstico principal de los pacientes*



pertenecientes a CH. Los pacientes que residen en CH se encuentran distribuidos en 5 casas con unos 20 pacientes cada una, aproximadamente. Estos pacientes se encuentran supervisados en todo momento por tres cuidadores. Por otro lado, existen 32 VS que se encuentran integradas en edificios privados en las cuales viven entre 1 y 4 pacientes y hay un cuidador a cargo de todos ellos, estando presente en las viviendas unas 2 horas al día.

Un total de 83 pacientes de CH (59 hombres y 24 mujeres) y 74 pacientes de VS (49 hombres y 25 mujeres) han participado en el estudio. Los datos recogidos incluyen información relacionada con la prescripción y utilización de fármacos antipsicóticos.

Los fármacos antipsicóticos se han organizado en cuatro grupos (AT, AA, antipsicóticos inyectables de liberación prolongada y litio).

Además se ha recogido otro tipo de información como es el diagnóstico de los pacientes, la edad de inicio de la enfermedad y datos sociodemográficos.

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos utilizando la versión 17 del software SPSS.

**TABLA 1**  
*Características sociodemográficas de los pacientes*

	CH (n=83)		VS (n=74)	
	n	%	n	%
Edad (años) Media (DE)	46,9 (8,5)		43,1 (9,9)	
Sexo				
Hombre	59	71,08	49	66,22
Mujer	24	28,92	25	33,78
<b>Nivel educativo completado</b>				
Ninguno	36	43,37	23	31,08
Estudios primarios	30	36,14	35	47,30
Educación secundaria	7	8,43	13	17,57
Estudios universitarios	1	1,20	1	1,35
Ns/Nc	9	10,84	2	2,70
<b>Estado civil</b>				
Soltero	68	81,93	65	87,84
Casado	3	3,61	0	0,00
Divorciado/separado	11	13,25	9	12,16
Viudo	1	1,20	0	0,00

## Resultados

### Datos clínicos y sociodemográficos

En la Tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de los pacientes. La edad media de los mismos es de  $46,9 \pm 8,5$  años para los pacientes de CH y  $43,1 \pm 9,9$  años para los pacientes de VS, respectivamente. Se ha observado que existe una mayor proporción de hombres en ambos grupos de pacientes, constituyendo estos más de dos tercios de los pacientes (71,08%) en CH y dos tercios (66,22%) en VS. La mayoría de los pacientes de ambos grupos son solteros (81,93% y 87,84% de los pacientes de CH y VS, respectivamente).

Con respecto al nivel educativo, la mayoría de los pacientes de ambos grupos o no ha completado ningún estudio o solamente ha completado los estudios primarios.

Con relación a los datos clínicos, como se puede observar en la Figura 1, el principal

diagnóstico de los pacientes de ambos grupos es esquizofrenia paranoide (55,42% en CH y 62,16% en VS) y la edad media de inicio de la enfermedad es  $19,8 \pm 6,6$  para los pacientes de CH y  $20,2 \pm 5,3$  para los pacientes de VS.

### Utilización de fármacos antipsicóticos

En la Tabla 2 se muestra, por un lado, el porcentaje de pacientes tratados con cualquiera de los antipsicóticos pertenecientes a los cuatro grupos considerados (AT, AA, antipsicóticos inyectables de liberación prolongada o litio) y por otro lado el porcentaje de prescripción de los distintos antipsicóticos considerando el porcentaje intra- e inter- grupo, es decir, el porcentaje de prescripción de un determinado antipsicótico con respecto al grupo al cual pertenece y el porcentaje de prescripción de ese mismo antipsicótico con respecto al total de prescripciones de fármacos antipsicóticos.

TABLA 2  
Utilización y prescripción de fármacos antipsicóticos

	CH (n=83)		VS (n=74)		CH %	VS %	CH %	V %
	n	%	n	%	Prescripciones (por grupos)	Prescripciones (por grupos)	Prescripciones (total)	Prescripciones (total)
<b>Antipsicóticos atípicos</b>	71	85,54	58	78,38	100	100	52,57	54,62
Leponex® (Clozapina)	20	24,10	9	12,16	21,74	12,68	11,43	6,92
Risperdal® (Risperidona)	22	26,51	12	16,22	23,91	16,90	12,57	9,23
Seroquel® (Quetiapina)	13	15,66	8	10,81	14,13	11,27	7,43	6,15
Seroquel prolong® (Quetiapina)	0	0,00	1	1,35	0,00	1,41	0,00	0,77
Invega® (Paliperidona)	4	4,82	4	5,41	4,35	5,63	2,29	3,08
Abilify® (Aripiprazol)	2	2,41	6	8,11	2,17	8,45	1,14	4,62
Zyprexa® (Olanzapina)	20	24,10	17	22,97	21,74	23,94	11,43	13,08
Soliam® (Amisulprida)	5	6,02	10	13,51	5,43	14,08	2,86	7,69
Zeldox® (Ziprasidona)	6	7,23	4	5,41	6,52	5,63	3,43	3,08
<b>Antipsicóticos típicos</b>	43	51,81	22	29,73	100	100	29,71	20
Sinogan® (Levomepromazina)	12	14,46	5	6,76	23,08	19,23	6,86	3,85
Etumina® (Clotiapina)	18	21,69	4	5,41	34,62	15,38	10,29	3,08
Haloperidol® (Haloperidol)	16	19,28	12	16,22	30,77	46,15	9,14	9,23
Largactil® (Clorpromazina)	3	3,61	3	4,05	5,77	11,54	1,71	2,31
Cisordinol® (Zuclopentixol)	2	2,41	1	1,35	3,85	3,85	1,14	0,77
Decentan® (Perfenazina)	0	0,00	1	1,35	0,00	3,85	0,00	0,77
Clopixol gotas® (Zuclopentixol)	1	1,20	0	0,00	1,92	0,00	0,57	0,00
<b>Antipsicóticos depot</b>	30	36,14	32	43,24	100	100	17,14	24,62
Risperdal consta® (Risperidona)	14	16,87	14	18,92	46,67	43,75	8	10,77
Modecate® (Fluphenazina)	5	6,02	5	6,76	16,67	15,63	2,86	3,85
Cisordinol depot® (Zuclopentixol)	9	10,84	9	12,16	30,00	28,13	5,14	6,92
Clopixol depot® (Zuclopentixol)	2	2,41	4	5,41	6,67	12,50	1,14	3,08
<b>Litio</b>	1	1,20	1	1,35	100	100	0,57	0,77

CH: casa-hogar; VS: vivienda supervisada



### *Antipsicóticos atípicos*

Como puede observarse en la Tabla 2, la mayoría de los pacientes de ambos dispositivos están tratados con AA (85,54% y 78,38% de los pacientes de CH y VS, respectivamente). El AA más usado por los pacientes de CH es la risperidona, ya que la utilizan más de un cuarto de los pacientes (26,51%). Es seguida por la clozapina y la olanzapina, utilizadas por el 24,10% de los pacientes cada una. Por otro lado, el AA más utilizado por los pacientes de VS es la olanzapina (22,97%) seguida de la risperidona (16,22%), amisulpirida (13,51%), clozapina (12,16%) y quetiapina (12,16%) (Tabla 2).

Con respecto al porcentaje de prescripción, los AA constituyen el 52,57% del total de prescripciones de fármacos antipsicóticos en CH y el 54,62% en VS. Como puede observarse en la Tabla 2, el porcentaje de prescripción de cada uno de los AA guarda relación con su porcentaje de utilización por parte de los pacientes.

En la Tabla 3 puede observarse el número de antipsicóticos del mismo grupo que utilizan los pacientes. Con respecto a los AA, el 22,89% y el 16,21% de los pacientes de CH y VS, respectivamente están tratados con más de un AA.

### *Antipsicóticos típicos*

Los AT son más utilizados por los pacientes de CH. El 51,81% de los pacientes de CH recibe AT, en contraste con los pacientes de VS que los utilizan en un 29,73%. Clotiapina y haloperidol son los AT más frecuentemente utilizados por los pacientes de CH (21,69% y 19,28%, respectivamente). En el caso de los pacientes de VS, el AT más utilizado es el haloperidol (16,22% de los pacientes). En relación con el porcentaje de prescripción, los AT representan el 29,71% del total de prescripciones de antipsicóticos en CH y el 20% en VS (Tabla 2).

En la Tabla 3 puede observarse que el 9,63% de los pacientes de CH y el 4,05% de los pacientes de VS están tratados con más de un AT.

### *Antipsicóticos inyectables de liberación prolongada*

El 36,14% y el 43,24% de los pacientes de CH y VS, respectivamente recibe antipsicóticos en formulación inyectable de liberación prolongada (depot) como parte de su tratamiento. El antipsicótico en formulación inyectable de liberación prolongada claramente más utiliza-

do por los pacientes de ambos grupos es la risperidona, ya que es utilizada por el 16,87% de los pacientes de CH y el 18,92% de los pacientes de VS.

Los antipsicóticos inyectables de liberación prolongada constituyen el 17,14% del total de prescripciones de antipsicóticos en CH y el 24,62% en VS (ver Tabla 2).

### *Litio*

Solamente un paciente perteneciente a CH y un paciente perteneciente a VS están tratados con litio, por lo que éste representa el 0,57% del total de prescripciones en CH y el 0,77% en VS (ver Tabla 2).

### *Polifarmacia antipsicótica*

La mayoría de los pacientes de ambos grupos están tratados con más de un fármaco antipsicótico (el 79,52% y el 59,46% de los pacientes de CH y VS, respectivamente). Aproximadamente la mitad de los pacientes están tratados con dos fármacos antipsicóticos (55,42% en CH y 44,59% en VS). El resto de los pacientes están tratados con 3, 4 y 5 fármacos antipsicóticos diferentes (Tabla 3).

### *Combinación de antipsicóticos*

En la Tabla 4 se muestra el número y porcentaje de pacientes que recibe cualquiera de las posibles combinaciones de antipsicóticos de los diferentes grupos. Se puede observar que la combinación más frecuente de fármacos antipsicóticos en CH es la combinación de AT y AA (40,96% de los pacientes), seguida por la combinación de AA y antipsicóticos depot (26,51% de los pacientes) y de la combinación de AT y antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (14,46% de los pacientes).

En VS, sin embargo, la combinación más frecuente la constituyen los AA y los antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (25,68% de los pacientes) seguida por la combinación de AT y AA (17,57% de los pacientes) y la combinación de AT y antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (13,51% de los pacientes).

## **Discusión**

Este estudio proporciona una visión global sobre la utilización de fármacos antipsicóticos por parte de dos grupos diferentes de pacientes esquizofrénicos integrados en una fundación

**TABLA 3**  
**Número de fármacos antipsicóticos empleado en el tratamiento de los pacientes**

	CH (n=83)		VS (n=74)	
	n	%	n	%
<b>Antipsicóticos atípicos</b>				
0	12	14,46	16	21,62
1	52	62,65	46	62,16
2	17	20,48	11	14,86
3	2	2,41	1	1,35
<b>Antipsicóticos típicos</b>				
0	40	48,19	52	70,27
1	35	42,17	19	25,68
2	7	8,43	2	2,70
3	1	1,20	1	1,35
<b>Antipsicóticos depot</b>				
0	53	63,86	42	56,76
1	30	36,14	32	43,24
<b>Litio</b>				
0	82	98,80	73	98,65
1	1	1,20	1	1,35
<b>Total*</b>				
0	0	0	0	0
1	17	20,48	30	40,54
2	46	55,42	33	44,59
3	16	19,28	10	13,51
4	2	2,41	1	1,35
5	2	2,41	0	0,00

CH: casa-hogar; VS: vivienda supervisada

\*Se refiere al número total de antipsicóticos de cualquiera de los grupos considerados que reciben los pacientes

pública andaluza que asiste a pacientes esquizofrénicos. Se ha observado que existe un claro predominio de pacientes masculinos en ambos grupos, lo cual concuerda con varios estudios que demuestran que las mujeres presentan un mejor funcionamiento social<sup>15,16</sup>. Dado que los pacientes acogidos en el programa residencial de FAISEM son aquellos que presentan proble-

mas de convivencia con familiares o bien no tienen capacidad para vivir solos, no sorprende la mayor proporción de pacientes masculinos. Existe además una clara mayoría de pacientes solteros y la mayor parte de ellos no ha completado ningún estudio o solamente ha completado los estudios primarios. Este hecho refleja el efecto que produce la esquizofrenia sobre las habi-

lidades sociales y educativas de las personas afectadas por la enfermedad.

Con respecto a la farmacoterapia, la mayoría de los pacientes están tratados con AA. Varios estudios han demostrado que estos fármacos presentan menos riesgo de inducir efectos secundarios extrapiramidales<sup>17-19</sup>, por lo que la prescripción de los mismos experimentó un aumento desde el momento de su introducción en el mercado<sup>20,21</sup>, aunque estos fármacos se caracterizan por la producción de importantes efectos metabólicos<sup>6,7</sup>. Otros estudios también han reportado altas tasas de prescripción para los AA comparados con los AT<sup>22,23</sup>, lo cual concuerda con diferentes directrices para el tratamiento que consideran los AA como los fármacos de primera elección en el tratamiento de la esquizofrenia<sup>24-26</sup>.

Con respecto a la utilización de antipsicóticos inyectables de liberación prolongada, se han reportado tasas de utilización muy heterogéneas<sup>27,28</sup>. No obstante la tasa de utilización de los mismos por parte de los pacientes de FAISEM puede considerarse bastante alta en comparación con muchos estudios en los que las tasas de utilización se sitúan por debajo del 20%<sup>29-31</sup>.

La prescripción de estos antipsicóticos está indicada en la fase de estabilización de los pacientes esquizofrénicos, así como en los casos de falta de adherencia a la medicación<sup>26</sup>. Aún así, su prescripción puede estar influenciada por las actitudes negativas que algunos pacientes muestran hacia este tipo de medicación<sup>32</sup>. En el caso de los pacientes esquizofrénicos estudiados no se ha observado actitud negativa hacia las formulaciones inyectables de liberación prolongada, por lo que ésta puede ser una de las razones que expliquen las altas tasas de utilización obtenidas.

Se ha observado que la utilización de polifarmacia antipsicótica es muy común entre estos pacientes. En torno al 80% y el 60% de los pacientes de CH y VS, respectivamente, están tratados con más de un fármaco antipsicótico. Estas tasas de utilización de polifarmacia antipsicótica son mucho más elevadas que las observadas en otros estudios, que están por debajo del 40%<sup>22,33-35</sup>. Llama la atención el hecho de que hay poca evidencia que avale la práctica de la polifarmacia antipsicótica<sup>36</sup>. Existe poco conocimiento acerca de la prevalencia y severi-

dad de los efectos adversos que se producen cuando se combinan diferentes fármacos antipsicóticos, por lo que las diferentes directrices para el tratamiento de la esquizofrenia recomiendan a los psiquiatras precaución a la hora de utilizar combinaciones de antipsicóticos.

Las directrices para el tratamiento del *Journal of Clinical Psychiatry* aconsejan la utilización de politerapia antipsicótica solamente cuando se cambia el tratamiento antipsicótico de un fármaco por otro<sup>24</sup>. Por otro lado, las directrices para el tratamiento de la esquizofrenia de la Sociedad Americana de Psiquiatría afirman que no existe evidencia que avale la combinación de fármacos antipsicóticos, pero considera que es posible que el paciente se beneficie de dicha asociación. De todas formas insiste en que se justifique con la suficiente documentación el hecho de que el paciente no se beneficiaría del mismo modo si se tratara con cualquiera de los componentes de la asociación por separado<sup>26</sup>.

El alto porcentaje de utilización de politerapia antipsicótica observado, con incluso cinco antipsicóticos diferentes utilizados en el tratamiento de dos pacientes de CH puede explicarse si se tiene en cuenta que estos pacientes presentan un grado de deterioro a causa de la enfermedad elevado y sufren síntomas severos que son difíciles de abordar con monoterapia. Esta es la razón por la cual viven en un dispositivo residencial de una fundación y puede ser la causa por la cual la polifarmacia es más utilizada por los pacientes de CH que por los pacientes de VS, los cuales son más independientes y por esta razón menos afectados por la enfermedad en comparación con los pacientes de CH.

## Conclusión

Los pacientes esquizofrénicos estudiados se caracterizan por presentar altas tasas de utilización de polifarmacia antipsicótica. Esta práctica aumenta el riesgo de interacciones y asociaciones de efectos adversos. Además incrementa el riesgo de incumplimiento por parte de los pacientes, por lo que su uso debe estar limitado. A pesar de que algunos pacientes, especialmente los que presentan síntomas severos o los pacientes que no responden al tratamiento pueden beneficiarse de la asocia-



**TABLA 4**  
**Número y porcentaje de pacientes que utiliza combinaciones de antipsicóticos**

	CH (n=83)		VS (n=74)	
	n	%	n	%
<b>Antipsicóticos atípicos</b>				
Tratamiento antipsicótico concomitante				
Antipsicótico típico	34	40,96	13	17,57
Antipsicótico depot	22	26,51	19	25,68
Litio	1	1,20	1	1,35
<b>Antipsicóticos típicos</b>				
Tratamiento antipsicótico concomitante				
Antipsicótico depot	12	14,46	10	13,15
Litio	1	1,20	0	0,00
<b>Antipsicóticos depot</b>				
Tratamiento antipsicótico concomitante				
Litio	0	0,00	1	1,35
Antipsicótico atípico + Antipsicótico típico + Antipsicótico depot	7	8,43	4	5,41
Antipsicótico atípico + Antipsicótico típico + Litio	1	1,20	0	0,00
Antipsicótico atípico + Antipsicótico depot + Litio	0	0,00	1	1,35
Antipsicótico típico + Antipsicótico depot + Litio	0	0,00	0	0,00
Antipsicótico atípico + Antipsicótico típico + Antipsicótico depot + Litio	0	0,00	0	0,00

CH: casa-hogar; VS: vivienda supervisada

ción de fármacos antipsicóticos, hay pocos estudios que avalen esta práctica debido a la complejidad que implica este tipo de investigación, por lo que sería beneficioso emplear protocolos que guiaran acerca de cómo abordar el problema de la politerapia antipsicótica en los pacientes esquizofrénicos.

#### Bibliografía

1. Andreasen NC. The evolving concept of schizophrenia: From Kraepelin to the present and future. *Schizophr Res* 1997;28: 105-9.
2. Kane JM. Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1999;46:1396-408.

3. Schultz SH, North SW, Shields CG. Schizophrenia: A Review. *Am Fam Physician* 2007;75:1821-9.
4. Schmutz J, Eichenberger E. Clozapine. In: Bindra JS, Ledmicer D, editors. *Chronicles of drug discovery*. New York; Wiley: 1982 p.39-59.
5. Elizondo JJ. Clozapina: una visión histórica y papel actual en la esquizofrenia resistente al tratamiento. *Ars Pharm* 2008;49:135-44.
6. Huang T-L, Chen J-F. Serum lipid profiles and schizophrenia: Effects of conventional or atypical antipsychotic drugs in Taiwan. *Schizophr Res* 2005;80:55-59.
7. Tschoner A, Engl J, Laimer M, Kaser S, Rettenbacher M, Fleischhacker WW, et al. Metabolic side effects of antipsychotic medication. *Int J Clin Pract* 2007;61:1356-70.
8. Lambert M, Conus P, Eide P, Mass R, Karow A, Moritz S, et al. Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *Eur Psychiatry* 2004;19:415-22.
9. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JMJ, Bilder RM, Hinrichsen GA, Lieberman JA. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2002;57:209-19.
10. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophr Bull* 1997;23:637-51.
11. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among california medicaid patients with schizophrenia. *Psichiatr Serv* 2004;55:886-91.
12. Davis JM, Metalon L, Watanabe MD, Blake L. Depot antipsychotics drgus. Place in therapy. *Drugs* 1994;47:741-73.
13. Bhanji NH, Chouinard G, Margolese HC. A review of compliance, depot intramuscular antipsychotics and the new long-acting injectable atypical antipsychotic risperidone in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004;14:87-92.
14. Heyscue BE, Levin GM, Merrick JP. Compliance with depot antipsychotic medication by patients attending outpatient clinics. *Psychiatr Serv* 1998;49:1232-4.
15. Thara R, Rajkumar S. Gender differences in schizophrenia: Results of a follow-up study from India. *Schizophr Res* 1992;7:65-70.
16. Häfner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrino* 2003;28:17-54.
17. Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000;321:1371-6.
18. Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D, Kissling W. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 1999;35:51-68.
19. Appelberg B, Tuisku K, Joffe G. Is it worth while changing clinically stable schizophrenic out-patients with mild to moderate residual symptoms and/or side effects from conventional to atypical antipsychotics? A prospective, randomised study with olanzapine. *Eur Psychiatry* 2004;19:516-8.
20. Mauri MC, Regispani F, Beraldo S, Volonteri LS, Ferrari VM, Fiorentini A, et al. Patterns of clinical use of antipsychotics in hospitalized psychiatric patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005;29:957-63.
21. Sayin A, Karslioglu E, Yavas G, Candansayar S. The use of antipsychotic prescription for an university psychiatry clinic: A retrospective study. *Bull Clin Psychopharmacol* 2006;16:160-6.
22. Montejo AL, Majadas S, Mayoral F, Sanjuán J, Ros S, Olivares JM, et al. Analysis of prescription patterns of antipsychotics agents in psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34:323-9.
23. Atik L, Erdogan A, Karaahmet E, Saracli O, Atasoy N, Kurcer MA, et al. Antipsychotic prescriptions in a university hospital outpatient population in Turkey: A retrospective database analysis, 2005-2006. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32:968-74.
24. McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. The

- Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Schizophrenia 1999. *J Clin psychiatry* 1999;60:1-80.
25. Kane JM, Leucht S, Carpenter D. Expert Consensus Guidelines for Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. *J Clin Psychiatry* 2003;64: 95-100.
  26. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Second Edition. Washington DC; American Psychiatric Association: 2004.
  27. Xiang YT, Weng YZ, Leung CM, Tang WK, Ungvary GS. Clinical and social determinants of use of depot antipsychotics for patients with schizophrenia in Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry* 2006; 16:71-5.
  28. Citrome L, Levine J, Allingham B. Utilization of depot neuroleptic medication in psychiatric inpatients. *Pharmacol Bull* 1996;32:321-6.
  29. West JC, Wilk JE, Olfson M, Rae DS, Marcus S, Narrow WE, et al. Patterns and Quality of Treatment for Patients with Schizophrenia in Routine Psychiatric Practice. *Psychiatr Serv* 2005;56:283-91.
  30. West JC, Marcus SC, Wilk J, Countis LM, Regier DA, Olfson M. Use of Depot Antipsychotic Medications for Medication Nonadherence in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:995-1001.
  31. Valenstein M, Copeland LA, Owen R, Blow FC, Visnic S. Adherence assessments and the use of depot antipsychotics in patients with schizophrenia. *J Clin psychiatry* 2001;62:545-51.
  32. Jaeger M, Rossler W. Attitudes towards long-acting depot antipsychotics: A survey of patients, relatives and psychiatrists. *Psychiatry Res* 2010;175:58-62.
  33. Ganguly R, Kotzan JA, Miller LS, Kennedy K, Martin BC. Prevalence, trends and factors associated with antipsychotic polypharmacy among medicaid-eligible schizophrenia patients, 1998-2000. *J Clin psychiatry* 2004;65:1377-88.
  34. Kogut SJ, Yam F, Dufresne R. Prescribing of Antipsychotic Medication in a Medicaid Population: Use of Polytherapy and Off-Label Dosages. *J Manag Care Pharm* 2005;11:17-24.
  35. Arilla JA, Fernández ME, Viñuales E, Lozano I. Politerapia antipsicótica en una unidad de hospitalización psiquiátrica. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2010; 3:90-96.
  36. Miller AL, Craig CS. Combination Antipsychotics: Pros, Cons, and Questions. *Schizophr Bull* 2002;28:105-9.