

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO SUR
MORÓN

**Uso y abuso en la prescripción de la carbamazepina en el Área Sur de Morón.
Use and abuse in carbamazepine prescription in the South Area of Morón.**

Aurora Martínez Leiva (1), Alberto Rivero León (2), Yenia del Pozo Nistal (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo y descriptivo para determinar el uso y abuso de la prescripción de carbamazepina en el Área Sur de Morón, se distribuyeron los pacientes según sexo, edad, criterio de prescripción, precisar dosis indicada, determinar el tiempo de duración de la terapia, describir las interacciones medicamentosas y narrar las reacciones medicamentosas encontradas. Se determinó que el sexo más afectado fue el masculino con un 50,87%, el grupo de edad más afectado fue el de 25 a 59 con un 54,31%, el criterio que prevaleció fue la epilepsia con un total de 70 pacientes y un 60,74%, la dosis que con mayor frecuencia se usó fue la de 3 tabletas diarias, el tiempo de duración de la terapia por un año fue el más recomendado con un total de 106 pacientes para un 91,38%, la interacción medicamentosa más frecuente fue con el fenobarbital en un 70,69% y la reacción medicamentosa más común fue el vértigo para un 14,65%.

Palabras clave: CARBAMAZEPINA/uso terapéutico, CARBAMAZEPINA/administración y dosificación, CARBAMAZEPINA/efectos adversos.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Máster en Bioenergética y Medicina Natural y Tradicional. Profesora Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Máster en Ciencias Pedagógicas de la Educación Superior. Profesor Asistente.
3. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Instructora.

INTRODUCCIÓN

Las razones o el porqué del uso médico de fármacos por el hombre pueden parecer sencillo: la prevención o el tratamiento de enfermedades. El porqué del uso no médico (abuso) de fármacos es más difícil de definir, aunque se pueden identificar algunos factores que lo facilitan: la búsqueda de placer, el alivio de la tensión o el estrés, para escapar de una realidad agobiante, por presión social, etcétera (1- 2).

Es un problema social grave que no distingue países, grados de desarrollo económico, clases sociales o religiones, es responsable no sólo de la muerte de cientos de miles de personas cada año, sino también de la miseria a la que condena a la familia, al pasar por la desnutrición y las malformaciones congénitas de su descendencia (3- 4).

¿Cuáles son los factores que hacen que una persona abuse de una droga? Sin duda se trata de una mezcla compleja de factores genéticos, individuales y sociales que se combinan en forma diferente para producir las distintas fases del proceso de dependencia farmacológica. Es decir, los factores que hacen que una persona pruebe por primera vez una droga no son los mismos que los que la inducirán a continuar consumiéndola o a cambiar a otras drogas más fuertes (5).

El mundo moderno se mueve de forma vertiginosa hacia vertientes cada vez más exigentes en lo que respecta al consumo de sustancias consideradas como estupefacientes, día a día surgen nuevas sustancias que generan los efectos deseados por los drogodependientes. Estados Unidos es el mayor consumidor de sustancias prohibidas del mundo, mientras que Europa toda se mueve hacia la misma dirección, se estima que cada año muere un número significativo de personas a causa de los efectos de estas sustancias, mientras que otras se suman al consumo de ellas. En

América Latina muchos de sus hijos mueren o son esclavizados por estas sustancias, mientras que los gobiernos de turno hacen caso omiso a esta situación.

Cuba no escapa a esta realidad, aunque es digno destacar los inminentes y grandes esfuerzos que el gobierno por combatir, y tratar este flagelo de la humanidad. El país muestra indicadores incomparables con el resto del mundo, aunque se desconocen las cifras exactas de pacientes que consumen este tipo de sustancia por encontrarse penalizado el tráfico, la venta y el consumo de las mismas, por lo que se evidencia un subregistro del número de pacientes consumidores. Es frecuente en el medio la adicción a medicamentos que combinados o unidos al consumo de alcohol producen efectos narcóticos, en muchas ocasiones el propio desconocimiento de los efectos de ciertos medicamentos proporciona las condiciones ideales para que ocurran fenómenos de este tipo. El Municipio de Morón y en especial el área de salud sur tiene bien identificado los pacientes que por diversos motivos consumen medicamentos que los exponen a sufrir de estos efectos, como es el caso de la carbamazepina, no obstante, las directrices del Ministerio de Salud son claras al respecto y en relación con la labor del Médico y enfermera de la Familia en tal sentido, pues están claras las acciones de salud a seguir por los Galenos para con este tipo de paciente. El presente trabajo tiene como objetivo determinar el uso y abuso de la prescripción de la carbamazepina en el Área de Salud Sur de Morón, en el periodo comprendido entre el primero de enero del 2010 y el 30 de diciembre del 2011, distribuir a los pacientes según edad y sexo, enumerar los pacientes según criterio de prescripción, precisar dosis indicada, determinar el tiempo de duración de la terapia, describir las interacciones medicamentosas y narrar las reacciones medicamentosas encontradas.

METODO

Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo y descriptivo para evaluar el uso y abuso en la prescripción de la Carbamazepina en el área de salud sur de Morón en el período comprendido entre el 1ro de enero del 2010 al 30 de diciembre del 2011. Se utilizaron métodos del nivel empírico como la observación, la entrevista y la encuesta para corroborar la propuesta y métodos del nivel teórico como histórico – descriptivo, histórico – lógico, análisis y síntesis, enfoque de sistema e inductivo-deductivo para verificar el curso de la investigación.

La población y la muestra son incidentales y quedaron conformadas por los 116 pacientes con diversos trastornos que acudieron a la consulta de psiquiatría y de medicina general integral a los cuales se les decidió imponer tratamiento con carbamazepina.

Se recolectaron los datos de los expedientes clínicos que se vaciaron en una ficha de recolección de datos primarios confeccionados por el autor para darle cumplimiento a los objetivos propuestos en esta investigación.

La técnica del procesamiento de los datos fue de forma manual y automatizada para lo cual se elaboró una encuesta, se culminó con la revisión y computación de los mismos, se empleó como medida de resumen de la información los porcentajes. Los datos se procesaron en una computadora Pentium IV, se utilizó el paquete de datos estadístico SPSS para Windows.

RESULTADOS y DISCUSIÓN

El grupo de edad que con mayor frecuencia consume la Carbamazepina es el de 25 a 59 años y representa un 50,87% de la muestra, lo cual coincide con otros estudios realizados en países como Canadá, donde estos indicadores abortan resultados similares a los encontrados en la presente investigación y explícitos en la Tabla No. 1. (6-11).

El sexo masculino toma con mayor frecuencia el medicamento en cuestión, representado por 59 pacientes para el 50,89%. Lo anterior puede encontrarse en la Tabla No. 2. Parece ser que los individuos de este sexo necesitan de la ingestión de la Carbamazepina por diferentes razones que serían objeto de estudio de otras investigaciones, aunque es digno resaltar que la brecha entre ambos sexos no es verdaderamente significativa. Otros países del mundo donde se ha estudiado la eficacia y los efectos adversos del medicamento coinciden con este estudio. No parece estar centrada la diferencia de sexo en algún factor genético o condicionante ambiental alguna. Son alarmantes los excesos de prescripción

de los profesionales que en no pocas ocasiones remiten a la mayoría de los pacientes al consumo de este medicamento (1216).

En la Tabla No. 3 se exponen los criterios que con mayor frecuencia son tenidos en cuenta para prescribir la carbamazepina. La epilepsia incide notablemente en su uso, pues se determinaron 70 pacientes consumidores del medicamento, lo que representó el 60,34% de la muestra. Estudios similares en Costa Rica reflejan resultados que discrepan con los obtenidos en la presente investigación, pues son utilizados medicamentos de nuevas generaciones y se abstienen del uso de la carbamazepina. En esta investigación no se encontraron bibliografías nacionales que aborden la presente temática.

La dosis más empleada fue de 3 tabletas al día con un total 68 pacientes para un 58,62%, en este indicador inciden las múltiples patologías en las que se prescribió el medicamento, sin previa interconsulta con profesionales especialistas y sin tener en cuenta duración del efecto del medicamento, vida media en sangre, metabolismo y excreción. Lo anterior se expresa en la Tabla No. 4.

Durante todo un año se mantuvieron ingiriendo píldoras de carbamazepina 106 individuos involucrados en la investigación, representa el 91,38%, lo cual se expresa en la Tabla No. 5, esto pudiera ser considerado como un indicador de incorrecta evaluación periódica de los pacientes que requieren largos tratamientos de un mismo fármaco, pues contribuye sin duda alguna a la dependencia del mismo sin explorar otras alternativas terapéuticas.

En la Tabla No. 6 se exponen las interacciones farmacológicas con otros medicamentos y se evidenció el fenobarbital con 82 pacientes para un 70,69%, otras investigaciones realizadas en Carolina del Norte en Estados Unidos y Canadá señalan resultados similares a los alcanzados en esta investigación, donde confluyen en señalar que el fenobarbital interacciona con la carbamazepina en mayor cuantía que ningún otro medicamento (17-22).

La reacción medicamentosa reportada con mayor frecuencia fue el vértigo con un número de 17 pacientes para un 14,65%, estos indicadores coinciden con la literatura revisada, donde se señala la alta tasa de incidencia de eventos de esta naturaleza por la farmacocinética y la farmacodinámica de la carbamazepina. Tabla No. 7. (23-25).

CONCLUSIONES

El grupo de edad de 25 a 59 años es el mayor consumidor de carbamazepina, predominó en el sexo masculino sin tener claras diferencias con el femenino, es frecuentemente indicada ante cuadros epileptógenos, sin interconsultas previas, se usa con mayor relatividad en dosis de 3 tabletas al día y durante tiempo prolongados como por ejemplo un año, siguen evidenciándose con mayor relatividad las interacciones ocasionadas al consumir fenobarbital conjuntamente con la carbamazepina y el vértigo es la reacción adversa más usual ocurrida por el consumo de la carbamazepina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bloom F, Kupffer D. Psychopharmacology. The fourth generation of progress. 4 ed. New York: Raven Press; 1995.
2. Bourgeois FD. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of topiramate. J Child Neurol. 2000; 15:s27-s30.
3. Calabrese J, Fatemi S. Antidepressant effects of lamotrigine in rapid cycling bipolar disorder (letter). Am J Psychiatry. 2008; 153: 1236.
4. Calabrese J. American Psychiatric Association 153rd annual meeting. Anticonvulsants in bipolar disorders. Course 97. Outlines. 2008.
5. Calabrese J. A pilot study of topiramate as monotherapy in the treatment of acute mania. J Clin Psychopharmacol. 2009; 21(3):340-342.
6. Chengappa K, Rathmore. Topiramate as add-on treatment for patients with bipolar mania. Bipolar Dis. 2006; 1:42-53.
7. Colomb F, Vieta E. Topiramate abuse in bipolar patient with an eating disorder. J Clin Psych. 2001; 62(6):475-476.
8. Denicoff K, Earlian E. Valproate prophylaxis in a prospective clinical trial of refractory bipolar disorder. Am J Psych. 2007; 154:1456-1458.

9. Denicof K, Smith-Jackson E. Comparative prophylactic efficacy of lithium, carbamazepine and the combination in bipolar disorder. *J Clin Psych.* 2007; 58:470478.
10. Dislaver S, Swann S, Chen Y. Treatment of bipolar depression with carbamazepine: results of an open study. *Biol Psych.* 1996; 40:935-937.
11. Erfurth A, Kuhn A. Topiramate monotherapy in the maintenance treatment of Bipolar I Disorder: effects on mood, weight and serum lipids. *Neuropsychobiol.* 2008; 42(suppl 1):50-51.
12. Frances A, Docherty J, Kahn D. The expert consensus guideline series: treatment of bipolar disorder. *J Clin Psych.* 2007; 57 (suppl 12^a): 57-67.
13. Freeman M, Stoll A. Mood stabilizer combinations. A review of safety and efficacy. *Am J Psych.* 1998; 155:12-21.
14. Goldber J. Treatment of bipolar disorder. *Psych Clin North Am. Annual of drug therapy.* 2007; 115-149.
15. Goldberg J, Harrow M. Recurrent affective syndrome in bipolar and unipolar mood disorders at follow-up. *Br J Psych.* 1995; 166:382-385.
16. Goldberg J, Harrow M. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psych.* 2005; 152: 379-384.
17. Grunze HC, Normann C. Antimanic efficacy of topiramate in 11 patients in an open trial with an on-off-on design. *J Clin Psych.* 2006; 62:464-468.
18. Herbert A, Ralston J. Cutaneous reactions to anticonvulsant medications. *J Clin Psych.* 2007; 62(suppl 14): 22-26.
19. Hyman S, Arana G Rosenbaum. *Handbook of psychiatric drug therapy.* 3 ed. New York: Little, Brown and Company; 2007.
20. Isojarvi J, Laatikainen T. Polycystic ovaries and hyperandrogenism in women taking valproate for epilepsy. *N Engl J Med.* 2003; 329:1383-1388.
21. Isojarvi J, Rattya J. Valproate, lamotrigine and insulin-mediated risks in women with epilepsy. *Ann Neurol.* 2008; 43:446-451.
22. Jufe G. Actualización del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar. *Rev Argentina Psiquiat.* 2001; 12:33-42.
23. Jufe G. *Psicofarmacología práctica, estabilizadores del ánimo.* Buenos Aires: Polemos; 2001.
24. Keck P, McElroy A. Valproate oral loading in the treatment of acute mania. *J Clin Psych.* 1993; 54:305-308.
25. Keller M. Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness. *J Am Med Ass.* 1986; 255:3138-3142.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los Pacientes según Edad.

Grupo de edad	No.	%
5 – 9	2	1,72
10 – 24	28	24,14
25 – 59	63	54,31
60 – 75	19	16,38
76 y más.	4	3,45
Total	116	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 2. Distribución de los Pacientes según Sexo.

Sexo	No.	%
Masculino	59	50,87
Femenino	57	49.13

Total	116	100
-------	-----	-----

Fuente: Encuesta

Tabla No. 3. Distribución de los Pacientes según criterio de prescripción.

Criterio de Prescripción	No.	%
Epilepsia	70	60,3
Retraso Mental	5	4,31
Trigeminalgia	5	4,31
Polineropatía diabética	5	4,31
S. E. Paranoide	4	3,45
Neuralgia Occipital	3	2,59
Otros	24	20,6
Total	116	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 4. Distribución de los Pacientes según dosis indicada

Grupo de edad	No.	%
6 tabletas	12	10,34
4 ½ tabletas	1	0,86
4 tabletas	10	8,62
3 tabletas	68	58,62
2 tabletas	16	13,80
1 tableta	8	6,90
1/4 tableta	1	0,86
Total	116	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 5. Distribución de los Pacientes según el tiempo de duración de la terapia.

Tiempo de duración de la terapia	No.	%
Un Año	106	91,38
Tres Meses	10	8,62
Total	116	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 6. Distribución de los Pacientes según las interacciones medicamentosas.

Interacciones	No.	%
Cimetidina	16	13,8
Metronidazol	2	1,72
Fenobarbital	82	70,69
Teofilina	16	13,8

Fuente: Encuesta

Tabla No. 7. Distribución de los Pacientes según las Reacciones Medicamentosas.

Reacciones	No.	%
Vértigo	17	14,65
Ras Cutáneo	11	9,48
Diplopía	5	4,31
Confusión Mental	3	2,59
Otros	5	4,31
Total	41	35,34

Fuente: Encuesta