

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Sede Regional Rosario



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRABAJO FINAL DE LA CARRERA.

Título: Farmacodermias causadas por Psicofármacos en pacientes internados en Sanatorio “La Merced”, **Santa Fe**, entre Mayo a Septiembre del 2015.

Autora: Lucía, DOMINGUEZ,

Tutora: Prof. Dra. Mónica RECARTE

Co-tutores: Dr. José Emilio DOMINGUEZ

Dr. José Luis DOMINGUEZ

e-mail: lu_dominguez21@hotmail.com

Rosario: 2 de Marzo de 2016.

Índice

Resumen	3
Introducción	5
Marco teórico	8
Problema	25
Objetivos generales	25
Objetivos específicos	25
Materiales y métodos	26
Resultados	28
Discusión	38
Conclusión	46
Anexo I	47
Anexo II	49
Bibliografía	53

RESUMEN

Los psicofármacos constituyen una importante herramienta en el tratamiento de los individuos que tienen indicación clara para su utilización. Entretanto, existe una gran prevalencia mundial de consumo de psicofármacos por la población general.

Estos medicamentos se caracterizan por presentar una amplia gama de reacciones cutáneas adversas medicamentosas en sus consumidores que han sido el objeto de éste y múltiples trabajos de investigación.

En el presente estudio fueron entrevistados 130 pacientes con el objetivo de investigar en una población de enfermos con patología psiquiátrica las afecciones dermatológicas provocadas por la medicación.

El mismo es de tipo descriptivo transversal y se realizó en base a datos obtenidos mediante entrevistas a pacientes internados en el Sanatorio “La Merced”, de la ciudad de Santa Fe, durante el período de tiempo comprendido entre Mayo y Septiembre de 2015.

Se concluyó que de los 130 pacientes entrevistados, el 52% era de sexo masculino, la edad promedio de los pacientes fue de 43 años con un desvío estándar de 15, y el nivel de instrucción predominante fue el terciario incompleto.

El 38% de los pacientes presentó farmacodermias, de ellas las más frecuentes fueron las reacciones cutáneas comunes, y de este grupo predominaron las reacciones exantemáticas. Los psicofármacos mayormente involucrados en la producción de reacciones adversas en piel fueron los anticonvulsivos la mayoría de los pacientes consumió los psicofármacos por más de tres años. En menos de la mitad de los pacientes con farmacodermia el tratamiento psiquiátrico se asocio

a otra medicación, como AINES, corticoides, antihipertensivos o TAR. De los 42 pacientes afectados solo 4 consultaron al dermatólogo y recibieron tratamiento específico para las lesiones.

Palabras Clave: farmacodermia, psicofármacos, pacientes, tratamiento, piel.

INTRODUCCIÓN

Las reacciones cutáneas adversas a medicamentos (RCAM) son eventos no deseados e involuntarios que ocurren con dosis habituales del fármaco utilizadas para prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, o para modificar cualquier función biológica.

Las RCAM constituyen un grupo de procesos que están en revisión, con innovaciones cotidianas. Aunque proporcionalmente no son frecuentes si se advierte la cantidad de tratamientos efectuados, su número está aumentando continuamente como consecuencia de una mayor cantidad de medicamentos disponibles y del envejecimiento de la población.

Es necesario instruir a la sociedad sobre los medicamentos, que diseñados y fabricados para curar enfermedades, en algunas ocasiones pueden también ocasionarlas. Cuando ello ocurre, la piel es el órgano más frecuentemente afectado. Por ello, las reacciones cutáneas adversas por medicamentos constituyen un motivo de consulta no infrecuente en la dermatología.

Cualquier medicamento puede ocasionar una diversidad de cuadros clínicos, y al contrario un mismo tipo de reacción cutánea puede ser ocasionada por numerosos fármacos. El problema adquiere con frecuencia mayor dimensión, porque para que la reacción se desarrolle, es a veces necesario una asociación de factores. En ocasiones se precisa de una infección concomitante, no infrecuentemente son necesarios dos o más fármacos administrados simultáneamente, y eventualmente se puede precisar el concurso de reacciones ionizantes para que el cuadro se desencadene. Por ello la investigación y el hallazgo del desencadenante continúa siendo un reto importante para el clínico.

La mayor parte de estas reacciones son leves, pruriginosas, y desaparecen al poco tiempo de la interrupción del fármaco. Sin embargo, también aparecen las RCAM graves y potencialmente mortales, de carácter impredecible.

Las erupciones medicamentosas pueden simular la expresión morfológica de cualquier cuadro dermatológico, y deben ser la primera consideración en el diagnóstico diferencial en una erupción simétrica de aparición súbita. ¹

Se denomina psicofármaco a toda sustancia capaz de modificar la actividad mental de los seres vivos superiores. Son utilizados con el propósito de influir sobre la conducta anormal y restaurar el equilibrio emocional.

De acuerdo a sus propiedades terapéuticas, se los clasifica desde la perspectiva clínica en:

- ✓ Antipsicóticos
- ✓ Antidepresivos
- ✓ Ansiolíticos
- ✓ Hipnóticos
- ✓ Estabilizadores del ánimo
- ✓ Anticonvulsivantes
- ✓ Fármacos utilizados para el tratamiento de las demencias. ²

Los psicofármacos constituyen una importante herramienta en el tratamiento de los individuos que tienen indicación clara para su utilización. Entretanto, existe una gran prevalencia mundial de consumo de psicofármacos por la población general. El crecimiento del uso de estos medicamentos ha sido atribuido al aumento de la frecuencia de diagnósticos de trastornos psiquiátricos en la población, a la

introducción de nuevos psicofármacos en el mercado farmacéutico y a las nuevas indicaciones terapéuticas de psicofármacos ya existentes. 3

Estos medicamentos se caracterizan por presentar una amplia gama de reacciones adversas medicamentosas en sus consumidores. Éstas han sido objeto múltiples trabajos de investigación, los cuales describen la frecuencia de aparición de farmacodermias asociadas al tratamiento con psicofármacos.

Es de mi mayor interés realizar esta investigación para conocer cuál es la frecuencia con la que los psicofármacos causan farmacodermias, y a su vez afianzar mis conocimientos en dermatología y lograr reconocer diversas reacciones en piel en pacientes con medicación psiquiátrica.

Los resultados obtenidos en este trabajo serán comparados con trabajos similares realizados por otros autores.

MARCO TEÓRICO

Definición

Reacción adversa a fármacos: es todo efecto no buscado o no deseado, resultante de la administración de un fármaco con fines de diagnóstico, profilaxis o tratamiento, o para modificar una función fisiológica.

Farmacodermias: son las reacciones adversas que se expresan en mayor medida en la piel, mucosas o las faneras. 4

Epidemiología

Las reacciones cutáneas a fármacos representan una proporción importante de la totalidad de las reacciones adversas. Se producen en un 2 – 3% de los pacientes internados. Son más frecuentes en el sexo femenino, en personas de edad avanzada, pacientes polimedicados y en asociación con infecciones virales (VIH – VEB – CMV – VH tipo 6), así como en enfermedades intercurrentes (colagenopatías, Sme de Sjögren, LES, alteración de la función renal o hepática). También influyen factores intrínsecos del paciente, como variaciones individuales en el metabolismo de un fármaco, y asociaciones con HLA específicos). 5

Clasificación

Las reacciones adversas a fármacos se pueden clasificar:

- 1- **Según sean reacciones predecibles o no:**

- ✓ **tipo A o predecible:** se presentan en individuos normales, son dependientes de la dosis y forman parte de las acciones farmacológicas conocidas.
- ✓ **Tipo B o impredecible:** aparecen en un número limitado de individuos predispuestos, por lo general con una base genética; suelen ser independientes de la dosis y no forman parte de las acciones farmacológicas esperables.
- ✓ **Tipo C o crónicas:** Se asocian con la administración prolongada de medicamentos y en ellas se recogen aquellas alteraciones poco frecuentes pero que son de esperar en los casos de administración de dosis altas de un fármaco o de dosis normales durante mucho tiempo.

Dosis acumulada: ocurre por la administración de un fármaco durante un período prolongado de tiempo. Los síntomas cutáneos aparecen lentamente, a veces mucho tiempo después de iniciar la administración del fármaco. Se producen como consecuencia del depósito del fármaco en la piel donde interactúa con los sistemas enzimáticos.

- ✓ **Tipo D o retardadas:** las reacciones retardadas son infrecuentes, generalmente dosis dependientes y aparecen o se hacen evidentes después de un tiempo de utilización del fármaco. Dentro de estas reacciones se incluyen:
 - Carcinogénesis: la administración de medicamentos a largo plazo ha sido relacionada con la inducción de determinados tipos de cáncer.

- Teratogenia: el feto tiene un mayor riesgo de desarrollar malformaciones inducidas por medicamentos durante la organogénesis, entre la 3ª y 10ª semana de gestación.
- ✓ **Tipo E:** Este tipo de reacciones son las que aparecen tiempo después de la suspensión del medicamento con el que se las relaciona. Son poco frecuentes.
- ✓ **Tipo F:** Están favorecidas por interacciones medicamentosas en pacientes que toman muchos fármacos, en los cuales hay que tener en cuenta los problemas de absorción y excreción y las reacciones antagónicas y sinérgicas. ⁶

2- Según su mecanismo de producción pueden ser:

- ✓ generadas por un mecanismo **no inmunológico** (las más frecuentes)
- ✓ generadas por un mecanismo **inmunológico** o alergia a fármacos.

- **RCAM por mecanismos inmunológicos: clasificación de Gell y Coombs:**

Reacción	Patogenia	Fármaco causante	Clínica
Tipo I	Reacciones inmunológicas de tipo inmediato, mediadas por IgE	Penicilina	Urticaria/angioedema de piel u mucosas
Tipo II	El fármaco y los anticuerpos causan lisis de células como plaquetas y leucocitos.	Penicilina Sulfamidas Quinidina Isoniazida	Petequias por púrpura trombocitopénica, pénfigo inducido por fármacos
Tipo III	IgM o IgG formados contra el fármaco; los inmunocomplejos se depositan en vasos activando el complemento y reclutando granulocitos.	Inmunoglobulinas antibióticos	Vasculitis, urticaria, enfermedad del suero.
Tipo IV	Reacción inmunitaria mediada por células; linfocitos sensibilizados reaccionan con el fármaco liberando citosinas que desencadenan la respuesta inflamatoria cutánea.	Anticonvulsivos Sulfametoxazol Alopurinol	Reacciones exantemáticas morbiliformes, exantema fijo medicamentoso, erupciones liquenoides, Sme. de Steven – Johnson, necrólisis epidérmica tóxica.

- **RCAM por mecanismos no inmunológicos:**

- ✓ Idiosincrasia: Reacciones debidas a déficit enzimáticos hereditarios.
- ✓ Por acumulación: Estas reacciones dependen de la dosis, y se basan en la cantidad total del fármaco ingerida.
- ✓ Reacciones debidas a combinación de un fármaco a radiación UV (fotosensibilidad): estas reacciones pueden tener una patogenia tóxica o inmunológica.
- ✓ Irritación/toxicidad de un fármaco en aplicación tópica.
- ✓ Idiosincrasia individual frente a un fármaco tópico o sistémico.

Hallazgos que indican una posible RCAM potencialmente mortal:

Locales:

- ✓ Eritema confluyente
- ✓ Edema facial o afectación central de la cara
- ✓ Dolor cutáneo
- ✓ Púrpura palpable
- ✓ Necrosis cutánea
- ✓ Ampollas por desprendimiento epidérmico
- ✓ Signo de Nikolsky positivo
- ✓ Erosiones mucosas
- ✓ Urticarias
- ✓ Hinchazón de la lengua

Generales:

- ✓ Fiebre elevada (temperatura >40°C)
- ✓ Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos
- ✓ Artralgias o artritis
- ✓ Disnea, sibilancias, hipotensión

Tipos clínicos de reacciones adversas a psicofármacos:

Tipo	Fármacos	Comentario
Reacciones exantemáticas	Carbamazepina Hidantoínas Benzodiazepinas Barbitúricos Fenotiazinas	Las más frecuentes. Reacción inicial < 14 días de la toma del fármaco.
Exantemas fijos medicamentosos	Barbitúricos	Mácula bien delimitada, de forma redonda u ovalada, que aparece unas horas después de la ingestión del fármaco. Lesiones generalmente solitarias, eritematosas y posteriormente violáceas.
Enfermedad del suero	Bupropion	De 5- 21 días después de la exposición inicial: Forma menor: fiebre, urticaria y artralgias. Forma mayor: fiebre, urticaria, angioedema, artralgia, artritis, linfadenopatía, eosinofilia.
Erupción acneiforme	Litio Azatioprina Hidantoínas	Comedones, pápulas o papulopustulas, nódulos o quistes.
Reacciones semejantes a dermatosis	Carbamazepina	Rubefacción periorbitaria rojizo violáceo, asociada con cierto grado de edema. Puede extenderse al resto de la cara y cuero cabelludo.

		<p>Dermatitis papulosa con eritema violáceo en las mismas localizaciones.</p>
<p>Sme. de hipersensibilidad a fármacos</p>	<p>Fenitoína Fenobarbital</p>	<p>Imita a las reacciones exantemáticas con afectación sistémica.</p>
<p>Reacciones tipo lupus</p>	<p>Fenitoína</p>	<p>Compromiso cutáneo: eritema, pápulas y placas urticarianas, localizadas sobre todo en áreas fotoexpuestas (regiones malar y pectoral, y</p>
<p>Eritema multiforme, SSJ, necrólisis epidérmica tóxica (NET)</p>	<p>Anticonvulsivos</p>	<p>Véase a continuación.</p>
<p>Dermatitis exfoliativa</p>	<p>Fenitoína</p>	<p>Piel roja, engrosada, llena de escamas. Es uniforme y afecta toda la superficie corporal.</p>
<p>Pseudolinfoma</p>	<p>Fenitoína Carbamazepina Antidepresivos Benzodiazepinas</p>	<p>Erupciones papulares con una histología que simula un linfoma.</p>
<p>Reacciones esclerodermiformes</p>	<p>Ácido Valproico Bromocriptina</p>	
<p>Pigmentación</p>	<p>Hidantoínas Clofazimina</p>	<p>Hiperpigmentación, aumento de la síntesis de melanina y lipofuscina.</p>

Eritema multiforme: es una reacción cutánea a diversos estímulos antigénicos, principalmente fármacos como la fenitoína y barbitúricos. Las lesiones evolucionan a lo largo de varios días y pueden ser pruriginosas y dolorosas, en especial las lesiones en la boca. Éstas pueden formarse en 10 días o más lentamente: mácula (48hs) – pápula de 1 – 2 cm – vesículas y ampollas en el centro de la pápula. Color rojo mate. Son típicas las lesiones en escarapela o en diana. Localizado en manos, cara o generalizado. Bilateral y a menudo simétrico.

Síndrome de Stevens Johnson (SSJ) y Necrólisis epidérmica tóxica (NET): el SSJ es un eritema multiforme mayor y la NET es una forma clínica más severa. Ambos pueden comenzar con lesiones en diana, sin embargo el 50% de los NET no lo hacen y en ellos el trastorno evoluciona a partir de un eritema difuso, seguido inmediatamente de necrólisis y exfoliación de la epidermis.

SSJ < 10% de exfoliación epidérmica.

Superposición de SSJ y NET: 10 – 30% de exfoliación epidérmica.

NET > 30% de exfoliación epidérmica.

Etiología y patogenia: patrón de reacción de múltiples causas, pero los fármacos son la más frecuente. La patogenia del SSJ-NET sólo se conoce parcialmente. Se considera una reacción citotóxica inmunitaria dirigida a la destrucción de queratinocitos que expresan antígenos extraños relacionados con el fármaco. La lesión epidérmica se basa en la inducción de apoptosis.

Lesiones cutáneas: Exantema prodrómico: es morbiliforme, semejante al eritema multiforme; difuso. Inicialmente la epidermis se vuelve necrótica aparece al principio en forma de máculas de superficie arrugada, que aumentan de tamaño y confluyen unas con otras. Ampollas flácidas elevadas que se extienden con la presión lateral (signo de Nikolsky) sobre áreas eritematosas. Durante la recuperación, la epidermis comienza a reponerse a los pocos días y queda restablecida en 3 semanas o más.

Distribución: inicialmente en cara y extremidades; se vuelve confluyente en pocas horas o días. La exfoliación de la epidermis puede ser generalizada. El cuero cabelludo, las palmas y las plantas pueden estar menos afectados o incluso respetados. El 90% de los pacientes tienen lesiones mucosas, es decir, eritema y erosiones dolorosas en labio, mucosa de las mejillas, conjuntivas, piel de los genitales y ano. También hay afección ocular, del pelo y las uñas. 7, 8.

PSICOFARMACOS

ANTIDEPRESIVOS:

TRICICLICOS:

- Sudoración por la inhibición de la recaptación de noradrenalina, principalmente en tronco y cara.
- Dermatitis y rash cutáneo
- Fotosensibilidad

- Alopecia

ISRS:

- Sudoración
- Alopecia
- Síndrome de Stevens – Johnson y necrólisis epidérmica tóxica

ISRSNA:

- SUDORACIÓN
- Sme. de Stevens – Johnson

ANSIOLITICOS E HIPNOTICOS

BENZODIAZEPINAS:

- Reacciones alérgicas

BARBITURICOS:

- Hipersensibilidad cutánea
- Sme. De Steven – Johnson

ANTIPSICOTICOS

TÍPICOS O NEUROLEPTICOS:

- Urticaria
- Dermatitis por contacto
- Fotosensibilidad o pigmentación color azul en las zonas expuestas
- Seborrea (asociada al parkinsonismo)

ATÍPICOS

- Rash cutáneo (ziprasidona)
- Rash e hiperpigmentación (risperidona)

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ANIMO

LITIO:

- Psoriasis
- Acné
- Sequedad de la piel
- Foliculitis
- Rash eritematoso con importante picazón por irritación de los folículos pilosos debida a la excreción del litio por el sudor

- Por acumulación del litio en el pelo: caída del pelo, pérdida de ondulación, cambios en la textura o en el color
- Cambios en la pigmentación de las uñas
- Dermatitis exfoliativa

ANTICONVULSIVANTES

Valproato:

- Alopecia transitoria. El cabello nuevo tiende a ser más ondulado que el anterior; también cambios en la textura y el color.
- Hirsutismo

Carbamazepina: es el psicofármaco que se asocia con el índice mas alto de reacciones adversas cutáneas.

- Rash cutáneo
- Caída del pelo

Lamotrigina:

- Exantema benigno
- Necrólisis epidérmica tóxica (Sme. de Lyell) y Sme. de Steven – Johnson
- Rash severo: confluyente, de tipo purpúrico en cuello y tórax. Puede comprometer mucosas, ojos, labios o boca.

Gabapentina:

- Prurito

Topiramato:

- Rash cutáneo
- Disminución de la sudoración

FARMACOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DEMENCIAS

No se han observado reacciones adversas cutáneas con el uso de Memantina, Galantamina, Donepezilo ni Rivastigmina. 9, 10.

Anticonvulsivantes:

Son un grupo de medicamentos cuya utilización está ampliamente difundida. Las indicaciones de los anticonvulsivantes (ACD) son muy diversas: epilepsia, trastornos bipolares, neurocirugía, traumatismo craneo – encefálico, quimioterapia, metástasis cerebrales, neuralgias, etc. Clásicamente los ACD más empleados han sido la hidantoína, carbamazepina y fenobarbital, denominados “antiepilépticos aromáticos”. Sin embargo en los últimos años el número de ACD se ha ido incrementando incorporando nuevos medicamentos: clonazepina, primidona,

ácido valproico, lamotrigina, etosuximida, gabapentina, felbamato, tiagabina, oxcarbamacepina o topiramato.

Existen dos causas fundamentales que pueden condicionar los beneficios terapéuticos de éstos fármacos: la gravedad de los efectos secundarios y las interacciones que se producen entre los distintos ACD. La incidencia de alteraciones cutáneas causadas por ACD es muy elevada, siendo uno de los grupos medicamentosos que más reacciones producen en piel. La frecuencia con que aparecen es variable, dependiendo de fármaco utilizado: la incidencia de carbamazepina, hidantoína y fenobarbital es mayor que la del ácido valproico y lamotrigina, que producen cuadros semejantes.

Dentro de las diversas dermatosis que producen estos medicamentos, los Síndromes de hipersensibilidad (SDH), Síndrome de Stevens – Johnson (SSJ), y necrólisis epidérmica tóxica (NET) por ACD han sido los más estudiados. En algunos de los estudios se han podido develar parte de los mecanismos que producen éstos fármacos. En los pacientes con SDH, SSJ o NET no es suficiente la exposición al medicamento únicamente, además debe existir una susceptibilidad individual. Los factores genéticos y metabólicos son necesarios para iniciarse el cuadro, pero podrían existir factores coadyuvantes como las infecciones víricas. En cualquier caso, posiblemente se desencadenaría un proceso inmunológico con resultado de muerte de los queratinocitos por un mecanismo de apoptosis.

Toxicidad cutánea: los ACD clásicos son capaces de provocar numerosos cuadros cutáneos algunos tan graves que pueden producir la muerte, como el SSJ – NET, SDH – Pseudolinfoma.

Antidepresivos:

Los antidepresivos son medicamentos utilizados en el tratamiento de cualquier tipo de trastorno depresivo. Su acción fundamental consiste en aumentar los niveles de serotonina y noradrenalina en el SNC. Sin embargo, y debido a que poseen otros muchos efectos, los fármacos antidepresivos presentan un amplio abanico de acción que permite su utilización en múltiples patologías psiquiátricas: trastornos por ansiedad, obsesivo – compulsivo, de la alimentación, por dolor crónico, neuralgia post herpética, urticaria crónica, dermatitis artefacta y otras. Su efecto terapéutico tarda en aparecer 2 – 4 semanas, sin embargo, sus efectos indeseables pueden aparecer de forma inmediata tras la administración.

Se puede clasificar a las reacciones cutáneas por antidepresivos según su frecuencia, morfología y gravedad clínica:

- ✓ Reacciones cutáneas comunes: pueden aparecer con cualquier antidepresivo: prurito, reacciones exantemáticas, urticaria, angioedema y exantema fijo. De todas ellas, las de mayor frecuencia son los exantemas, que se manifiestan con la aparición de lesiones maculopapulosas pruriginosas y de distribución asimétrica, en la parte superior del tronco. En

casos graves, las lesiones pueden generalizarse llegando a afectar las mucosas y superficies palmoplantares.

Las reacciones urticarianas son menos frecuentes y suelen aparecer a los pocos minutos u horas de la toma del fármaco, mediadas por una reacción de hipersensibilidad tipo 1.

- ✓ Reacciones de fotosensibilidad, también son frecuentes con la medicación antihipertensiva. Se pueden encontrar reacciones fototóxicas. Hay reacciones fototóxicas, que son las más comunes e imitan a una quemadura solar que aparece rápidamente tras el inicio de la medicación con la exposición solar, así como reacciones fotoalérgicas en las que la luz UV actúa como desencadenante de una serie de reacciones inmunológicas, localizadas en las zonas expuestas.

- ✓ Alopecia: es un efecto frecuente de los antidepresivos. Se presenta como una alopecia difusa del cuero cabelludo de tipo no-cicatricial, que se instaura unos meses después de haber iniciado el tratamiento y que en la mayoría de los pacientes corresponde a un efluvio telogénico. La recuperación suele ser normal.

- ✓ Reacciones cutáneas graves: eritema multiforme, Síndrome de Stevens – Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, Síndrome de hipersensibilidad y

vasculitis leucocitoclástica. Mucho menos frecuente son la enfermedad del suero, eritrodermia y eritema nodoso.

- ✓ Desencadenamiento o exacerbación de enfermedades dermatológicas: acné o erupciones acneiformes, foliculitis, psoriasis e hiperhidrosis, entre las más habituales. Las erupciones acneiformes son muy frecuentes entre todas las producidas por las distintas clases de antidepresivos. Se caracterizan por la aparición de lesiones pustulosas de carácter monomorfo en cara, tórax y parte superior de la espalda, con escasa presencia de comedones.

Estabilizadores del estado de ánimo: Litio

Uno de los cuadros cutáneos más típicos provocados por el litio son las erupciones acneiformes, caracterizadas por la aparición de lesiones papulosas bastante uniformes, sin comedones ni lesiones quísticas, en zonas que normalmente no se afectan en el acné vulgar, como los hombros o las piernas. También pueden aparecer cuadros de foliculitis debidos a obstrucción del orificio folicular por un tapón queratósico. Otro cuadro menos frecuente es la hidradenitis supurativa relacionada a la obstrucción del orificio folicular.

El litio se caracteriza por desencadenar o exacerbar brotes de psoriasis en individuos predispuestos. Otras enfermedades descritas fueron: exantemas morbiliformes, urticaria, dermatitis exfoliativas, eritema exudativo multiforme, ictiosis, hiperqueratosis palmolantar, queratosis folicular, alopecia, alteraciones ungueales, verrugas vulgares glosodinia y queilitis angular, entre otras. 11

PROBLEMA:

¿Cuál es la frecuencia de las reacciones adversas en piel, en una población que consume uno o más psicofármacos?

OBJETIVO GENERAL:

Investigar en una población de enfermos con patología psiquiátrica las afecciones dermatológicas provocadas por la medicación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar sexo y edad de los pacientes estudiados.
- ✓ Identificar nivel de instrucción.
- ✓ Determinar la prevalencia de las farmacodermias provocadas por psicofármacos en la población estudiada.
- ✓ Determinar el tipo de farmacodermia más frecuente.
- ✓ Determinar cuáles fueron los psicofármacos más frecuentemente involucrados en la producción de farmacodermias y si se vincularon con alguna forma clínica en particular.
- ✓ Interpretar si existe alguna relación con el tiempo de exposición a dicho medicamento.
- ✓ Analizar si la farmacodermia fue provocada por una interacción con otros medicamentos que tome el paciente.
- ✓ Evaluar si el paciente ante una reacción en piel consultó al dermatólogo.
- ✓ Conocer si al consultar al dermatólogo, éste lo trató y cómo lo trató.

MATERIALES Y METODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo transversal. Se realizó en base a datos obtenidos mediante un cuestionario en el cual se declara conocer y respetar la ley de Protección de Datos Personales (República Argentina N°25326/2000), completado por medio de una entrevista a pacientes internados en el Servicio de Psiquiatría del Sanatorio La Merced, Ciudad de Santa Fe, durante el periodo de tiempo comprendido entre Mayo y Agosto del año 2015. Con un n de 130 pacientes.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes del Sanatorio La Merced, ciudad de Santa Fe, de ambos sexos, mayores de 18 años de edad que estén en tratamiento con psicofármacos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes de ambos sexos, menores de 18 años o que no estén en tratamiento con psicofármacos.

Variables utilizadas:

- Edad: Variable cuantitativa continua
- Sexo: Variable cualitativa nominal
- Nivel de instrucción: Variable cuantitativa nominal
- Psicofármaco/s utilizado/s: Variable cuantitativa nominal
- Tiempo desde que toma el/los psicofármaco/s: Variable cuantitativa continua

- Interacción con otros medicamentos que tome el paciente: Variable cualitativa nominal
- Tipo de farmacodermia provocada: variable cualitativa nominal
- Consulta previa al dermatólogo: variable cualitativa nominal
- Tratamiento recibido por farmacodermia: variable cualitativa nominal

Procesamiento de datos:

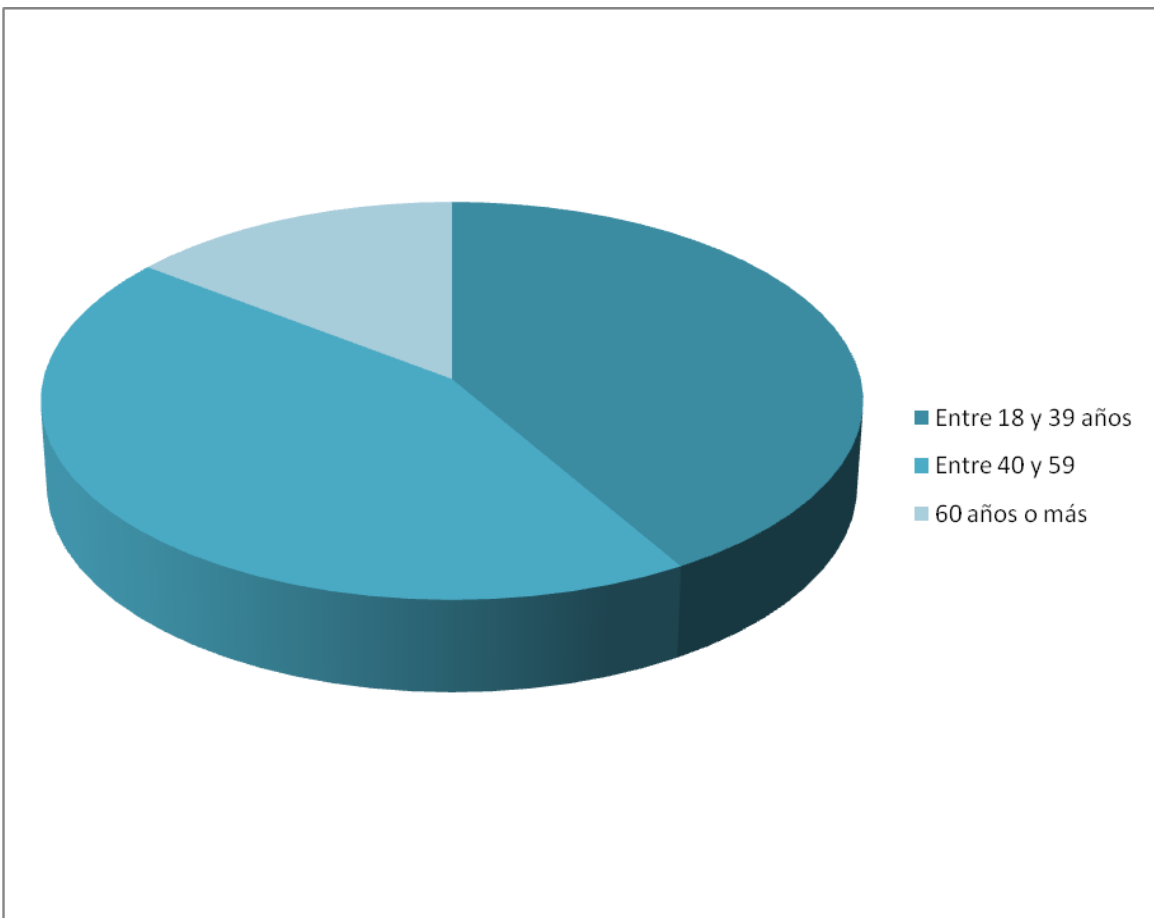
Los datos obtenidos se volcarán en una base de datos de Microsoft Excel y se tabularán para su presentación. Para su análisis, se confeccionarán tablas y gráficos de sectores circulares y de barras, se realizarán técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes, factor de corrección) y además, para las variables de tipo cuantitativas se utilizarán medidas resúmenes de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desvío estándar).

RESULTADOS

Se encuestaron a 130 pacientes internados en el Servicio de Psiquiatría del Sanatorio de La Merced, ciudad de Santa Fe, de ambos sexos, mayores de 18 años de edad que estén en tratamiento con psicofármacos.

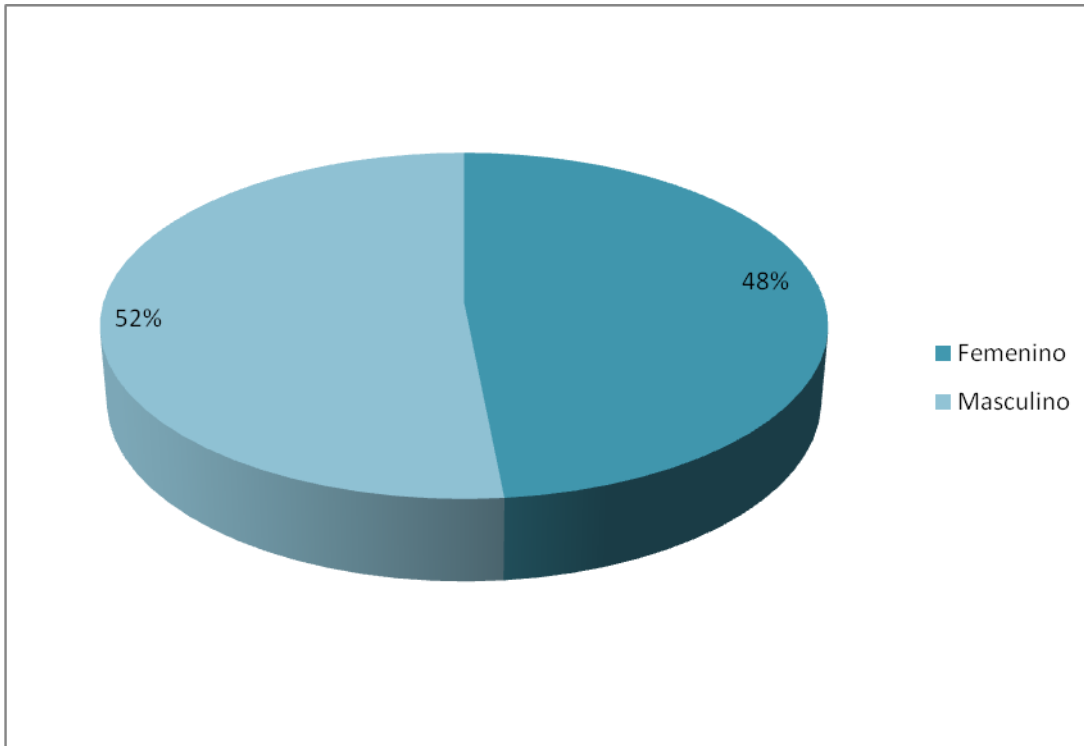
La edad promedio de los pacientes es de 43 con un desvío estándar de 15.

Gráfico I - Edad



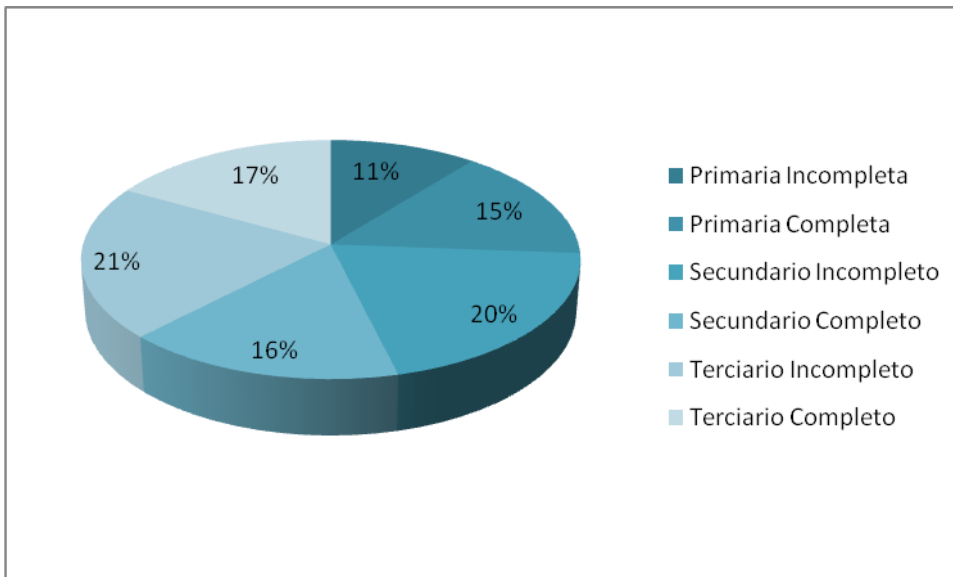
La mayoría de los pacientes entrevistados tienen entre 40 y 59 años.

Gráfico II - Sexo



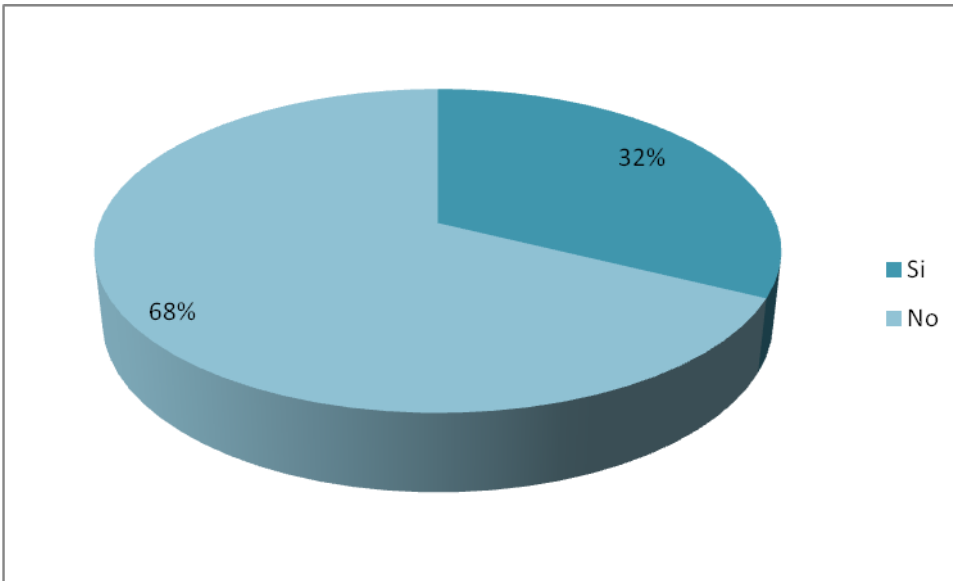
La mayoría de los pacientes encuestados son de sexo masculino.

Gráfico III – Nivel de Instrucción



La mayoría de los pacientes encuestados tienen como nivel de instrucción Terciario Incompleto.

Gráfico IV – Presencia de farmacodermia



La mayoría de los pacientes internados en el Servicio de Psiquiatría del Sanatorio de La Merced, ciudad de Santa Fe, que están en tratamiento con psicofármacos no presenta farmacodermias.

De los 42 pacientes con farmacodermias, se estudiará el tipo más frecuente.

Tabla I – Tipo de Farmacodermia

	Frecuencia	Proporción
Reacciones Cutáneas Comunes	25	0,59
Reacciones de Fotosensibilidad	0	0
Alopecia	1	0,02
Reacciones Cutáneas Graves	0	0
Otras Reacciones	16	0,39
TOTAL	42	1

Multiplicando la Proporción por el factor de Corrección 10 se observa que 6 de cada 10 pacientes presentaron Reacciones Cutáneas Comunes y 4 de cada 10 Otras reacciones. Sólo 1 paciente presenta Alopecia.

Se estudiarán los casos de cada farmacodermia.

Tabla II – Reacciones Cutáneas Comunes

	Frecuencia	Proporción
Prurito	4	0.16
Reacciones exantemáticas	17	0.68
Urticaria	3	0.12
Exantema fijo	0	0
Prurito y reacciones exantemáticas	1	0.04
TOTAL	25	1

Multiplicando la Proporción por el factor de Corrección 10 se observa que de los pacientes que presentaron reacciones cutáneas comunes, 7 de cada 10 pacientes

refiere reacciones exantemáticas. 2 de cada 10 pacientes presentó prurito y solo 1 de cada 10 refirió urticaria.

Tabla III – Otras Reacciones

	Frecuencia	Proporción
Acné	1	0.06
Foliculitis	0	0
Psoriasis	1	0.06
Hiperhidrosis	2	0.13
Pigmentación	1	0.06
Candidiasis de los pliegues	1	0.06
Descamación piel rostro	3	0.19
Ictericia	1	0.06
Seborrea	3	0.19
Sequedad de la piel	2	0.13
Glosodinia, Aftas	1	0.06
TOTAL	16	1

Multiplicando la Proporción por el factor de Corrección 10 se observa que de los pacientes que presentaron otras reacciones, 1 de cada 10 refirió seborrea. La misma proporción de pacientes presentó descamación de la piel del rostro, hiperhidrosis, sequedad de la piel, acné, psoriasis, pigmentación, candidiasis de los pliegues, ictericia y aftas.

De los 42 pacientes con farmacodermias, se determinó cuáles fueron los psicofármacos más frecuentemente involucrados en la producción de las mismas.

Tabla IV – Psicofármacos utilizados en la producción de farmacodermias

	Frecuencia	Proporción
Antidepresivos	4	0.09
Ansiolíticos	1	0.02
Hipnóticos	0	0
Antipsicóticos	4	0.09
Litio	2	0.04
Anticonvulsivantes	13	0,3
Tratamiento demencias	0	0
Antidepresivos y Ansiolíticos	1	0.02
Ansiolíticos y Antipsicóticos	6	0.14
Antipsicóticos y Anticonvulsivantes	1	0.02
Antidepresivos, Ansiolíticos y Hipnóticos	1	0.02
Antidepresivos, Ansiolíticos y Antipsicóticos	3	0.07
Antidepresivos, Ansiolíticos y Anticonvulsivantes	2	0.04
Ansiolíticos, Hipnóticos y Antipsicóticos	1	0.02
Ansiolíticos, Antipsicóticos y Anticonvulsivantes	1	0.02
Hipnóticos, Antipsicóticos y Litio	1	0.02
Antidepresivos, Hipnóticos, Antipsicóticos y Anticonvulsivantes	1	0.02
TOTAL	42	1

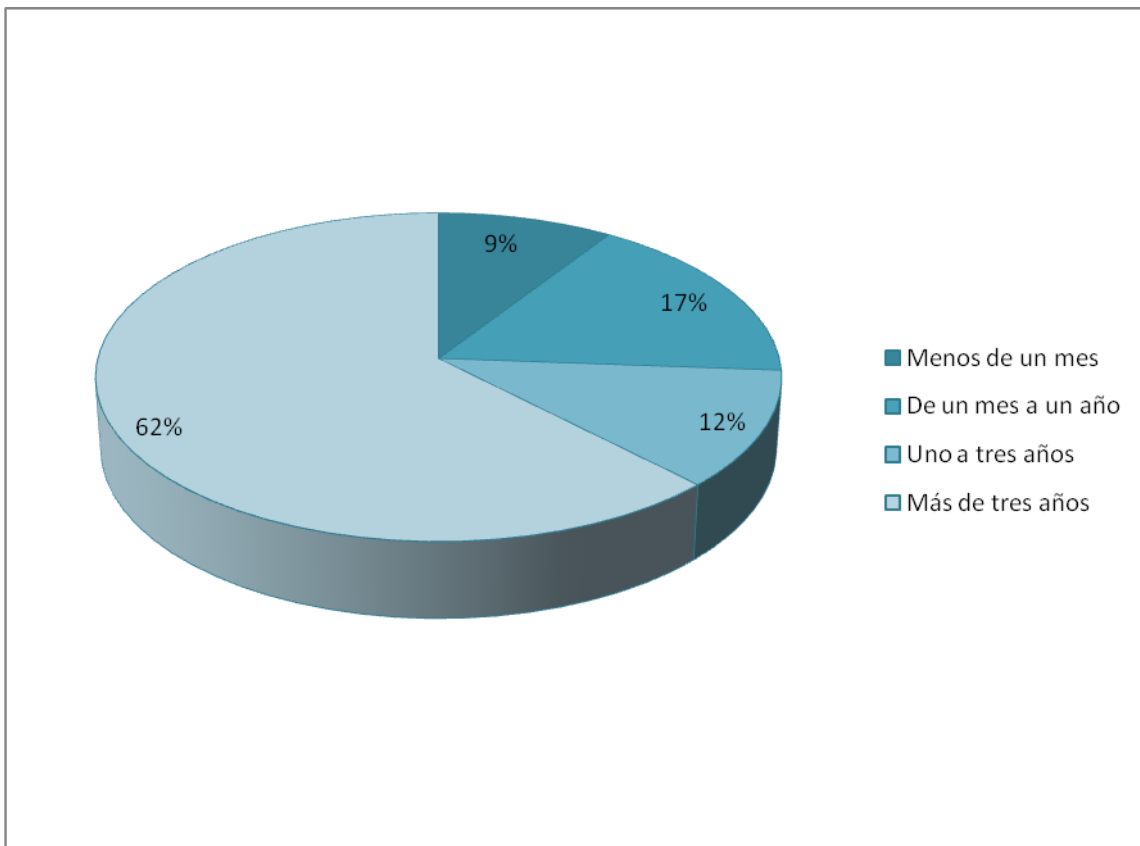
En los pacientes con farmacodermias los psicofármacos más utilizados fueron los anticonvulsivantes.

Tabla V – Relación de los Psicofármacos utilizados y la forma clínica de farmacodermias

PSICOFÁRMACO UTILIZADO	FORMA CLÍNICA DE LA FARMACODERMIA			TOTAL
	Reacciones Cutáneas Comunes	Alopecia	Otras Reacciones	
Antidepresivos	0	0	4	4
Ansiolíticos	0	0	1	1
Antipsicóticos	3	0	1	4
Litio	0	0	2	2
Anticonvulsivantes	11	1	1	13
Antidepresivos y Ansiolíticos	1	0	0	1
Ansiolíticos y Antipsicóticos	3	0	3	6
Antipsicóticos y Anticonvulsivantes	0	0	1	1
Antidepresivos, Ansiolíticos y Hipnóticos	1	0	0	1
Antidepresivos, Ansiolíticos y Antipsicóticos	1	0	2	3
Antidepresivos, Ansiolíticos y Anticonvulsivantes	2	0	0	2
Ansiolíticos, Hipnóticos y Antipsicóticos	0	0	1	1
Ansiolíticos, Antipsicóticos y Anticonvulsivantes	1	0	0	1
Hipnóticos, Antipsicóticos y Litio	1	0	0	1
Antidepresivos, Hipnóticos, Antipsicóticos y Anticonvulsivantes	1	0	0	1
Ansiolíticos, Antipsicóticos, Litio y Anticonvulsivantes	0	0	0	0
TOTAL	25	1	16	42

Los psicofármacos más frecuentemente utilizados en los pacientes que presentaron reacciones cutáneas comunes y alopecia fueron los anticonvulsivantes, mientras que los más utilizados en pacientes que desarrollaron otras reacciones fueron los antidepresivos.

Gráfico V - Tiempo que hace que consume



La mayoría de los pacientes reciben tratamiento psicofarmacológico hace más de 3 años.

Tabla V – Relación de otros fármacos y la forma clínica de farmacodermias

FORMA CLÍNICA DE LA FARMACODERMIA	INGIERE OTRO MEDICAMENTO		TOTAL
	SI	NO	
Reacciones Cutáneas Comunes	10	15	25
Alopecia	0	1	1
Otras Reacciones	9	7	16
TOTAL	19	23	42

La mayoría de los pacientes que tuvieron reacciones cutáneas comunes y alopecia no ingieren otro medicamento, mientras que la mayoría de los pacientes que tuvieron otras reacciones reciben medicaciones concomitantes para otras patologías.

Tabla VI – Consulta al dermatólogo y la forma clínica de farmacodermias

FORMA CLÍNICA DE LA FARMACODERMIA	CONSULTA AL DERMATÓLOGO		TOTAL
	SI	NO	
Reacciones Cutáneas Comunes	3	22	25
Alopecia	0	1	1
Otras Reacciones	1	15	16
TOTAL	4	38	42

Sin importar la forma clínica de la farmacodermia, la mayoría de los pacientes no consultó al dermatólogo.

Tabla VII – Consulta al dermatólogo vs indicación del tratamiento

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO	CONSULTA AL DERMATÓLOGO		TOTAL
	SI	NO	
Si	4	4	8
No	0	34	34
TOTAL	4	38	42

De los 42 pacientes que tuvieron farmacodermias, solamente 4 consultaron al dermatólogo y recibieron tratamiento específico.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en Sanatorio La Merced, ubicado en la ciudad de Santa Fe, en un período comprendido entre Mayo y Septiembre de 2015. En el mismo se obtuvo una muestra de 130 pacientes internados en la institución, para investigar la prevalencia de afecciones dermatológicas provocadas como efecto indeseable de la medicación psiquiátrica.

Se identificó sexo, edad y nivel de instrucción de los pacientes, Se determinó el tipo de farmacodermia más frecuente, cuáles fueron los psicofármacos más frecuentemente involucrados, y la relación con la duración del tratamiento, se analizó si la farmacodermia fue provocada por la interacción con otro medicamento, si el paciente consultó al dermatólogo y si recibió tratamiento, o no.

El Servicio de Dermatología del Htal. Dr. T. Alvarez realizó un trabajo llamado “Farmacodermias: un estudio prospectivo”¹² durante el período comprendido entre enero de 2011 y junio de 2013. Se seleccionaron 65 pacientes con sospecha clínica de farmacodermia, que consultaron a dicho servicio. El rango etario predominante en la población estudiada fue de 20 a 39 años. El 38.5% de los casos consumía numerosos fármacos indicados por prescripción médica, considerándose polimedicados a los que consumieron más de tres fármacos por un período mínimo de tres meses. El 81.6% de los pacientes presentaron reacciones leves. Las más frecuentemente halladas fueron el exantema máculopapular y las misceláneas (placas eritematoescamosas, maculas hipocrómicas, vasculitis). Las drogas más frecuentemente implicadas fueron los

AINES, psicofármacos, antibióticos, inhibidores de la tirosin cinasa y antihipertensivos.

En relación a mi trabajo, de los pacientes que presentaron farmacodermia (42), el 43% de ellos estaba medicado con 2 o más psicofármacos y estos pacientes presentaron principalmente reacciones cutáneas comunes y alopecia. El 26% consumían además del tratamiento psiquiátrico, otra clase de fármacos como AINES, antihipertensivos, levotiroxina y TAR. Estos presentaron predominantemente otras reacciones no especificadas en la encuesta como seborrea, sequedad de la piel, candidiasis de los pliegues y descamación de la piel del rostro.

A su vez, la mayor parte de los pacientes con medicación múltiple la consumió durante tiempo prolongado, el 62% de los casos por más de 3 años.

Con respecto a la edad de las personas evaluadas, el rango etario predominante es entre los 40 y 59 años.

En el estudio “Reacciones adversas cutáneas poco frecuentes y de alta gravedad asociadas al tratamiento con psicofármacos”¹³ realizado por miembros de la ANMAT en Buenos Aires en el año 2014, se analizaron 764 pacientes con farmacodermia, de los cuales el 12% fueron graves: SSJ, eritrodermia, necrólisis epidérmica tóxica, eritema multiforme, Sme de DRESS, Sme. de hipersensibilidad a drogas. Los anticonvulsivos fueron el grupo más implicado (91%), y mucho menos frecuente otros fármacos como clobazam, risperidona, fluoxetina y desvenlafaxina (9%).

Comparado con mi estudio, el principal grupo de psicofármacos productor de farmacodermias es el mismo, pero el porcentaje de reacciones cutáneas de alta gravedad fue de 0%.

En el estudio “Rash from antiepileptic drugs: Influence by Gender, Age, and Learning Disability”¹⁴ realizado en Trondheim, Noruega, en el año 2007, se incluyeron 663 pacientes, de los cuales el 48% fueron varones y el 52% fueron mujeres. Trastornos del aprendizaje se observaron en el 23% de los pacientes. Las farmacodermias se hallaron en el 14% de los expuestos a un solo anticonvulsivo (93 pacientes), y en un 5% de los expuestos a más de un anticonvulsivo (118 pacientes). El tratamiento se interrumpió en todos los pacientes excepto dos. Las farmacodermias más frecuentemente encontradas fueron: reacciones maculopapulosas y rash.

En mi trabajo, si bien la muestra de pacientes es menor, la distribución genérica es similar, pero con una leve predominancia masculina. La monoterapia anticonvulsivos fue la principal causante de farmacodermia (31%) pero vale destacar que no solo se focalizó en ellos si no en distintas clases de psicofármacos. También la manifestación clínica predominante fue el rash. No se evaluó trastornos del aprendizaje, pero si nivel de instrucción y observé que el 11% de los pacientes no terminaron la escuela primaria. El tratamiento de las farmacodermias fue en la mayoría de los casos la suspensión del o los fármacos que las provocó, y solo ocho pacientes recibieron tratamiento específico.

En el trabajo denominado “Psychiatric medications: adverse cutaneous drug reactions”¹⁵ realizado en el departamento de psiquiatría del centro de Cs. de la Salud de la Universidad Oklahoma en el año 2013 se observó que las farmacodermias están asociadas con medicación psiquiátrica en un 2 – 5% de los individuos que la reciben. La mayoría de las farmacodermias asociadas a psicofármacos son benignas y fáciles de tratar, y otras amenazan la vida, particularmente las asociadas a estabilizadores de estado de ánimo.

En mi investigación constaté que las farmacodermias se dieron en un porcentaje mayor de pacientes con medicación psiquiátrica, el 32%. Esta cifra ampliamente mayor, la puedo asociar a la polimedicación recibida por los pacientes que estudiamos, debido a los cuadros agudos que provocaron su internación. Si coincido en que la mayoría fueron benignas, con fácil tratamiento y buena evolución.

“Adverse cutaneous reactions to antipsychotics”¹⁶ fue un estudio realizado en el Centro de Cs. De la Salud de la Universidad de Oklahoma en el año 2002 en donde se observó que los agentes antipsicóticos son conocidos por causar farmacodermias en aproximadamente en el 5% de los individuos que los reciben. La mayoría de estas son benignas y fáciles de tratar, y no ponen en riesgo la salud del paciente. Las más frecuentes reportadas incluyen: erupciones exantemáticas, cambios en la pigmentación cutánea, fotosensibilidad, urticaria y prurito. Solo un pequeño porcentaje amenazan la vida. Si la erupción ocurre en un paciente ambulatorio, discontinuar el fármaco y considerar el tratamiento con otra clase de

agentes. Si la reacción es leve, y los beneficios terapéuticos exceden el riesgo de los síntomas, se debe continuar el tratamiento.

Comparándolo observo que el consumo de antipsicóticos ha provocado el 10% de las farmacodermias en mi población (4 pacientes), esto se lo podemos atribuir a que la mayoría de los pacientes internados consume antipsicóticos típicos debido a su mayor efectividad en cuadros agudos, a pesar de su mayor producción de efectos adversos. Coincido en que los cuadros cutáneos producidos fueron fáciles de tratar y no pusieron en riesgo la vida de los pacientes afectados. Otra similitud es que en la mayoría de los pacientes, los antipsicóticos provocaron reacciones exantemáticas. La mayor parte de mis encuestados no ha consultado al dermatólogo ni recibido tratamiento específico, ya que se les rota la medicación, o bien si la reacción cutánea es tolerable y es mayor el beneficio del efecto del psicofármaco se continúa con la misma.

En el trabajo denominado “Cutaneous Adverse Reactions to Psychotropic Drugs: Data from Multicenter Surveillance Program”¹⁷ realizado en el Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia de la Universidad Heinrich-Heine, Düsseldorf en el año 2009 se informó que 214 casos de reacciones cutáneas adversas clínicamente relevantes atribuidas a un solo psicofármaco fueron identificadas en una población de 208.401 pacientes (0.1%) hospitalizados monitoreados por el “multicenter drug safety surveillance Project Drug Safety in Psychiatry” durante los años 1993 y 2005, de las cuales siete pusieron en riesgo la vida del paciente. Las erupciones ocurrieron principalmente en mujeres, independientemente de la edad, principalmente con anticonvulsivantes y estabilizadores del estado de ánimo. Las

sustancias con mayor producción de reacciones cutáneas adversas fueron los anticonvulsivos, principalmente lamotrigina y carbamazepina. Con respecto a los antidepresivos, las nuevas generaciones (IRSS) provocaron menos efectos adversos en la piel que los tricíclicos y tetracíclicos. Tanto los antipsicóticos convencionales como los atípicos provocaron bajas tasas de reacciones cutáneas adversas.

En relación a mi estudio, constaté que el mismo grupo de fármaco fue el mayor productor de farmacodermias, las cuales también fueron producidas en diversos rangos etarios. También las hubo producidas por antipsicóticos y antidepresivos. La principal diferencia es la frecuencia de estas en los pacientes estudiados.

En el trabajo denominado “A control study of the cutaneous side effects of chronic lithium therapy”¹⁸ realizado en el Departamento de medicina y terapéutica en The Chinese University of Hong Kong en el año 2000, se evaluaron 51 pacientes con litio y 57 pacientes con otros psicotrópicos. Los pacientes tratados con litio presentaron más reacciones adversas cutáneas que el grupo control, principalmente acné y psoriasis.

En mi trabajo, dos de los pacientes con farmacodermias tratados con litio, presentaron Otras reacciones, dentro de las cuales se incluyen acné y psoriasis.

El estudio denominado “Adverse cutaneous reactions to antidepressants”¹⁹ realizado en la Universidad de Oklahoma en el año 2002, se concluyó que los antidepresivos están entre las medicaciones más extensamente prescritas en US. Las reacciones cutáneas adversas asociadas a drogas son comunes,

principalmente asociada a psicofármacos. La mayoría son benignas y fáciles de tratar, y las serias que ponen en riesgo la vida, raramente ocurren con antidepresivos. Algunas características que predisponen a desarrollo de estas son el sexo femenino, edad avanzada, afro-americano, medicación múltiple y comorbilidades. Si la farmacodermia ocurre en un paciente ambulatorio, es aconsejable suspender el antidepresivo, sustituirlo por otro y/o realizar tratamiento sintomático. En caso de presentar signos de gravedad, conviene consultar a un dermatólogo. Cuando se diagnostica la farmacodermia y la misma es benigna, se debe evaluar el riesgo de discontinuar la medicación ya que esto provocara una recaída en el trastorno psiquiátrico.

Al igual que en Estados Unidos, en nuestro país los antidepresivos son prescritos para el tratamiento de múltiples patologías y en pacientes de diversas edades. A su vez, las farmacodermias también se observan muy frecuentemente asociadas a psicofármacos y afortunadamente son autolimitadas y fáciles de tratar. Dentro de los factores predisponentes los pacientes estudiados presentaron polimedicación. Si bien los pacientes analizados no son ambulatorios, se procedió de la misma manera con respecto al tratamiento.

Según el estudio denominado “Adverse cutaneous reactions to psychopharmaceuticals”²⁰, realizado en el departamento de dermatología de la Universidad de Zagreb – Croacia en el año 2010, la mayoría de las farmacodermias son autolimitadas, incluso de se debería hacer diagnóstico diferencial con exantemas virales. Los fármacos mas frecuentemente involucrados en la producción de las mismas son lo AINES y los anticonvulsivantes. En mi

estudio observe que las reacciones también fueron autolimitadas y el principal fármaco productor fueron los antiepilépticos.

CONCLUSIÓN

Luego de realizado este trabajo de investigación, de tipo descriptivo transversal, puedo inferir que se han cumplido satisfactoriamente todos los objetivos propuestos obteniéndose los resultados anteriormente detallados. En base a ellos, puedo concluir que el 32% de la población estudiada presentó farmacodermias en algún momento de su tratamiento psicofarmacológico.

El grupo de fármacos mas frecuentemente implicado en la producción de reacciones adversas cutáneas fue el de los anticonvulsivantes, en pacientes que realizaron el tratamiento por más de 3 años.

Las afecciones cutáneas principalmente halladas fueron el grupo de las reacciones cutáneas comunes, dentro de las que se incluyen prurito, reacciones exantemáticas y urticaria.

El tratamiento de la gran mayoría de los casos fue proporcionado por el Servicio de psiquiatría al rotar la medicación, ya que solo el 9% de los casos consultó a un dermatólogo, el cual proporcionó tratamiento específico para las lesiones.

Con respecto a otros trabajos similares, la prevalencia de reacciones cutáneas adversas por medicamentos en mi estudio es mayor, y esto probablemente sea atribuible a la polimedicación recibida por los pacientes encuestados, debido a las crisis agudas que desencadenan su internación.

De acuerdo a las conclusiones arribadas se estima prudente realizar trabajos interdisciplinarios entre dermatólogos y psiquiatras.

ANEXO I:

Consentimiento informado

Se me explicó que mi participación es voluntaria y que toda la información personal obtenida para este estudio será estrictamente confidencial, conforme a la ley de protección de los datos personales N° 25326.

Por el presente, presto mi consentimiento a participar en este estudio en los términos precedentes.

Santa Fe,.... de.....de 2015.

Firma.....

Cuestionario

Edad:

- 18 – 39
- 40 – 59
- 60 – 79
- Más de 80

Sexo:

- F
- M

Nivel de instrucción:

- Primario Completo Incompleto
- Secundario Completo Incompleto
- Terciario Completo Incompleto

Psicofármaco utilizado:

- Antidepresivos
- Ansiolíticos
- hipnóticos
- Antipsicóticos
- Estabilizadores del estado de ánimo (litio)
- Anticonvulsivantes
- Fármacos para el tratamiento de las demencias

¿Cuánto tiempo hace que consume el/los medicamentos?

- Menos de 30 días
- 30 días a un año
- Un año a 3 años
- Más de 3 años

¿Consumes algún otro medicamento?

- Sí ¿Cuál?
- No

¿Presentó alguna farmacodermia?

- Sí ¿Cuál?
 - Reacciones cutáneas comunes:
 - Prurito
 - Reacciones exantemáticas
 - Urticaria/angioedema
 - Exantema fijo
 - Reacciones de fotosensibilidad:
 - Reacciones fototóxicas
 - Reacciones fotoalérgicas
 - Alopecia
 - Reacciones cutáneas graves:
 - EM – SSJ – NET
 - Sme. De hipersensibilidad
 - Pseudolinfoma
 - Enfermedad del suero

 - Acné
 - Foliculitis
 - Psoriasis
 - Hiperhidrosis
 - Pigmentación
 - Otras. ¿Cuáles?.....
- No

¿Consultó al dermatólogo?

- Sí
- No

¿Recibió tratamiento?

- Sí ¿Cuál?
- No

ANEXO II

Rosario, 13 de Abril de 2015

Sr. Director Médico del Sanatorio "La Merced"

Dr. Pablo Lizarraga

Presente

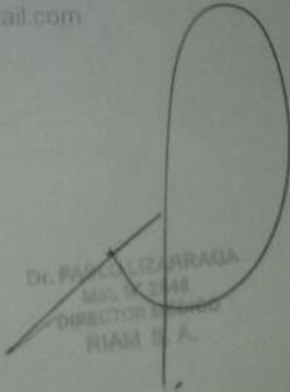
Mi nombre es Domínguez Lucía, D.N.I. 36.001.840, soy alumna de 6º año de la Universidad Abierta Interamericana (U.A.I) y estoy desarrollando el Trabajo Final de la carrera de medicina, denominado "Farmacodermias causadas por Psicofármacos". Solicito a través de esta nota, autorización para realizar encuestas a pacientes internados de vuestra institución, aproximadamente cien, para completar mi trabajo de investigación.

Aprovecho dicha oportunidad para saludarlo muy atentamente y a la espera de una pronta y favorable respuesta.

Lucía Domínguez

D.N.I. 36001840 e-Mail: lu_dominguez21@hotmail.com

Cel: 0342 154094040



Dr. PABLO LIZARRAGA
M.D. 19548
DIRECTOR M.D.
RIAM S.A.

Rosario, 18 de Noviembre de 2015

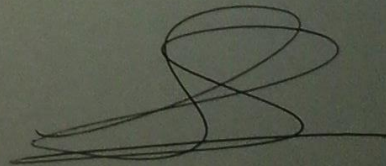
Sr. Director de la Carrera de Medicina
Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Prof. Dr. Guillermo Weisburd

De mi mayor consideración:

La que suscribe, Dra. Recarte Mónica, declara por medio de la presente haber finalizado la tutoría de la tesis denominada "Farmacodermias causadas por psicofármacos", cuya autora es la alumna Domínguez Lucía.

Por lo antes expuesto, doy mi conformidad para que el presente Trabajo Final sea defendido y comprometo mi presencia en tal evento.

Sin más, lo saluda atentamente.



Prof. Dra. Mónica Recarte

Rosario, 24 de Noviembre de 2015

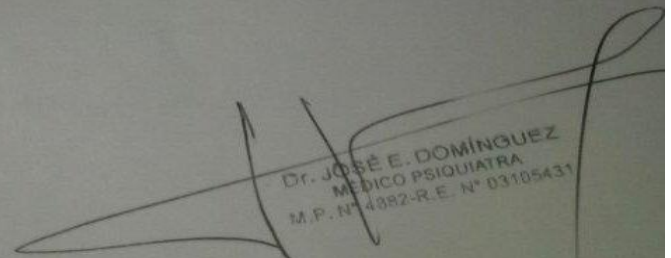
Sr. Director de la Carrera de Medicina
Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Prof. Dr. Guillermo Weisburd

De mi mayor consideración:

El que suscribe, Dr. Domínguez José Emilio, declara por medio de la presente haber finalizado la co-tutoría de la tesis denominada "Farmacodermias causadas por psicofármacos", cuya autora es la alumna Domínguez Lucía.

Por lo antes expuesto, doy mi conformidad para que el presente Trabajo Final sea defendido y comprometo mi presencia en tal evento.

Sin más, lo saluda atentamente.



Dr. JOSÉ E. DOMÍNGUEZ
MÉDICO PSIQUIATRA
M.P. N° 4882-R.E. N° 03105431

Dr. Domínguez José Emilio

Rosario, 24 de Noviembre de 2015

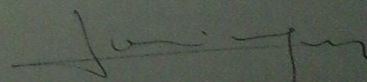
Sr. Director de la Carrera de Medicina
Universidad Abierta Interamericana
Sede Regional Rosario
Prof. Dr. Guillermo Weisburd

De mi mayor consideración:

El que suscribe, Dr. Domínguez José Luis, declara por medio de la presente haber finalizado la co-tutoría de la tesis denominada "Farmacodermias causadas por psicofármacos", cuya autora es la alumna Domínguez Lucía.

Por lo antes expuesto, doy mi conformidad para que el presente Trabajo Final sea defendido y comprometo mi presencia en tal evento.

Sin más, lo saluda atentamente.



Dr. Domínguez José Luis

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fitzpatrick. “Reacciones cutáneas adversas a medicamentos”. Dermatología clínica. 5ªEd. Editorial: Mc Graw Hill – Interamericana. Buenos Aires, Argentina. 2008. 20: 542.
2. Castillo, A. “Manual de psiquiatría Humberto Rotondo”. 1º Ed. Editorial de la Universidad de San Marcos. Lima, Perú. 2008. Cap. 28.
3. Hiroshi, R. Inocenti, M. “Consumo de psicofármacos por pacientes de clínica médica y quirúrgica de un hospital general”. Rev. Latino-Am Enfermagem.
4. Fuentes, C., Orozco, R. “Farmacodermias y su relación genotípica”. Dermatología Rev Mex. México. 2007. Vol. 51 N° 2 págs. 73-79.
5. Woscoff, A. y Kaminsky, A. “Farmacodermias”. Dermatológica en medicina interna. 3ªEd. Editorial: Alfaomega. Buenos Aires, Argentina. 2010. 20: 721 – 7.
6. Fernandez Herrera, J. “Erupciones cutáneas medicamentosas clasificadas por grupos de medicamentos responsables”. Erupciones cutáneas medicamentosas. Editorial: Signament Edicions, S.L. Bracelona, España. 2003. 3: 239-76.
7. Fitzpatrick. “Reacciones cutáneas adversas a medicamentos”. Dermatología clínica. 5ªEd. Editorial: Mc Graw Hill – Interamericana. Buenos Aires, Argentina. 2008. 20: 542.

8. Fernández Bussy, R. Porta Guardia, C. “Farmacodermias es enfermedades de la piel: bases para su atención primaria”. Fundamentos en dermatología clínica. 3° Ed. U.N.R Editora. Rosario, Argentina. 2006.
9. Jufe, Gabriela. Psicofarmacología práctica. 3°Ed. Editorial Polemos. Buenos Aires, Argentina. 2012. 1:51-98. 2:210-2. 3:297-320. 4:421-9.
- 10.Kaplan. Sadock, B. “Terapias Biológicas”. Sinopsis de Psiquiatría. 10° Ed. Editorial: Wolters Kluwer. Barcelona, España. 2008. 36:976 – 1113.
- 11.Fernandez Herrera, J. “Erupciones cutáneas medicamentosas clasificadas por grupos de medicamentos responsables”. Erupciones cutáneas medicamentosas. Editorial: Signament Edicions, S.L. Bracelona, España. 2003. 3: 239-76.
- 12.Tassier, C. Anodal, M. Villani, M. “Farmacodermias, un estudio prospectivo”. Rev. Dermatología Argentina Buenos Aires, Argentina. 2014. Vol.20 N°3.
- 13.Gil Aguer, Ma. Florencia. “Reacciones adversas cutáneas poco frecuentes y de alta gravedad asociadas al tratamiento con psicofármacos”. 22° congreso internacional de psiquiatría. (Se puede obtener en <http://www.aap.org.ar>. Buenos Aires, Argentina. 2014.
- 14.Silje, A. Stian, L. Rash from Antiepileptic Drugs: Influence by Gender, Age, and Learning Disability. Trondheim, Noruega; Epilepsia; 2007;48(7):1360–1365.
- 15.Bliss, SA. Warnock, JK. Psychiatric medications: adverse cutaneous drug reactions. Oklahoma, USA; Clinics in Dermatology; 2013;31(1):101-9.

16. Warnock, JK. Morris, DW. Adverse cutaneous reactions to antipsychotics. Oklahoma, USA; American Journal of Clinical Dermatology; 2002;3(9):629-36.
17. Lange-Asschenfeldt, C. Grohmann, R. Cutaneous adverse reactions to psychotropic drugs: data from a multicenter surveillance program. Düsseldorf, Germany; Journal Clinical of Psychiatry; 2009 Sep;70(9):1258-65.
18. Chan, HH. Wing, Y. A control study of the cutaneous side effects of chronic lithium therapy. Hong Kong, China; Journal of affective disorders; 2000 Jan-Mar;57(1-3):107-13.
19. Warnock, JK. Morris, DW. Adverse cutaneous reactions to antidepressants. Oklahoma, USA; American Journal of Clinical Dermatology; 2002;3(5): 329-39.
20. Lamer, V. Lipoznic, J. Adverse cutaneous reactions to psychopharmaceuticals. Zagreb, Croacia; Acta Dermatovenerológica Croacia; 2010;18(1):56-67.