

"Qué locura de antipsicóticos!!!!: Una revisión práctica"

Iria González Lema¹, Beatriz Ubeira Bao², Francisco Javier Maestro Saavedra³

¹ Residente de 4º año en el CAP Concepción Arenal, Santiago de Compostela

² Residente de 4º año en el CAP Concepción Arenal, Santiago de Compostela

³ Médico de Familia en CAP Elviña, A Coruña

Cad Aten Primaria
Ano 2013
Volume 19
Páx. 184-189

Palabras clave: Antipsicóticos, neurolépticos, típicos, atípicos

Llamados también neurolépticos o, con anacronismo, tranquilizantes mayores, los antipsicóticos constituyen un grupo de medicamentos de naturaleza química muy heterogénea pero con mecanismo de acción común (aunque no único): **el efecto antidopaminérgico**.

Las diferencias entre ellos se deben a su afinidad por los distintos receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos y por otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos.

Hay diferentes clasificaciones de los antipsicóticos, pero la más ampliamente aceptada es la que distingue entre **antipsicóticos típicos (AT) y atípicos (AA)**, en función de su perfil de seguridad y su eficacia sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia.¹

ANTIPSICOTICOS TIPICOS

Los «antipsicóticos típicos» son los más antiguos. Con acción fundamentalmente antidopaminérgica, han sido muy eficaces en el control de los llamados síntomas positivos de la esquizofrenia, como los delirios y las alucinaciones, pero poco eficaces en los llamados síntomas negativos (alteraciones cognitivas, síntomas depresivos, apatía, desinterés), los cuales determinan en gran parte el impacto futuro en la calidad de vida y la rehabilitación social.

La eficacia terapéutica de todos los antipsicóticos tradicionales es prácticamente la misma.

Los principales efectos secundarios producidos por ellos son la hiperprolactinemia y los síntomas extrapiramidales (SEP).

Los SEP más frecuentes consisten en:

- Parkinsonismo: Rigidez, bradicinesias, temblor y andar característico. Presenta una alta incidencia, con aparición gradual tras el inicio del tratamiento, y desaparece al suspender el fármaco.
- Disonía aguda: Espasmos musculares en lengua, cara, cuello y espalda. Con una frecuencia baja, aparece fundamentalmente en niños y adolescentes, generalmente rápidamente tras iniciar el tratamiento, y tras abandono del mismo también desaparece rápidamente.
- Acatisia: Agitación motora, sin sintomatología psíquica. Se produce en un porcentaje elevado de pacientes. Como tratamiento de la misma, usaremos propranolol, benzodiazepinas...
- Discinesia Tardía: Movimientos faciales de mascado y chupado, movimientos coreiformes en extremidad distal, distonía del tronco.. Aparición gradual, y frecuente, en especial en pacientes ancianos. Generalmente no desaparece al dejar el fármaco, pudiendo incluso agravarse la sintomatología.
- Temblor perioral (síndrome del conejo): Movimiento rápido de los labios hacia delante y atrás. Baja frecuencia de aparición.

Los efectos secundarios extrapiramidales constituyen, junto con la falta de respuesta, los principales factores limitantes de los tratamientos antipsicóticos. y pueden ser causa de abandono y fracaso de la terapia.²

Los antipsicóticos con alto poder sedante (clorpromazina, levomepromazina) son útiles sobre todo en enfermos agitados o violentos, y deben ser evitados en los casos donde interese el mantenimiento de la actividad diaria normal. La sedación sólo tiene un verdadero interés en la fase inicial del tratamiento de cuadros agudos.

La Tabla I es una lista de los principales antipsicóticos típicos, con una estimación de la incidencia de los cuatro efectos secundarios. En la tabla se ha seguido la clasificación tradicional de antipsicóticos según su estructura química, que no tiene repercusión en la práctica clínica.

Correspondencia

Iria González Lema
iria.gonzalez.lema@sergas.es

ANTIPSIKOTICOS ATIPICOS

Los nuevos antipsicóticos venían a cubrir un importante hueco terapéutico: eficacia similar a la clozapina sin los efectos adversos hematológicos y extrapiramidales, junto con una acción positiva sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia.³

Los **antipsicóticos atípicos (AA)** han reemplazado en la práctica clínica actual a los convencionales, promocionándose como superiores clínicamente⁴. Sin embargo, la evidencia científica no siempre demuestra la superioridad de éstos.

Este grupo presenta propiedades diferenciales comunes frente a los AT:

- menos propensión a producir SEP, incluida la discinesia tardía (estos efectos aparecen con dosis mayores a las terapéuticas);
- no producen, en general, un aumento en la secreción de prolactina;
- parecen más eficaces para controlar los síntomas negativos de la esquizofrenia, y
- pueden ser eficaces en pacientes resistentes a los AT. Estas propiedades diferenciales parecen deberse a un menor efecto dopaminérgico y una mayor afinidad por los receptores serotoninérgicos⁵.

Sin embargo, los AA presentan otras reacciones adversas que deben tenerse en cuenta y su utilización requiere considerar la presencia de factores de riesgo, como la aparición de convulsiones o el aumento de peso que favorece el incumplimiento del tratamiento⁶.

Un criterio práctico de selección más fácil de deducir de la farmacología básica (pero tampoco totalmente) es el perfil de efectos adversos de cada uno de los fármacos, que figura recogido en la tabla II

SELECCION DE TRATAMIENTO

Las características favorables (eficacia en síntomas positivos y negativos, efectos extrapiramidales mínimo) convierten teóricamente a los antipsicóticos atípicos en el tratamiento de elección. Pero se aconsejan iniciar los tratamientos con un antipsicótico típico y reservar los atípicos a casos que no respondan a los primeros o que desarrollen cuadros extrapiramidales severos o incontrolables.

TRATAMIENTO DE DEPÓSITO

Debido a la notoria dificultad de conseguir que los enfermos tomen regularmente la medicación, tienen interés los medicamentos de muy larga duración de acción. Las presentaciones de antipsicóticos tradicionales de acción retardada (depot) fueron desarrolladas en los años sesenta en un intento de mejorar el tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia. La principal ventaja de las presentaciones depot sobre los

antipsicóticos orales es que facilitan el cumplimiento del tratamiento prescrito⁷. La administración intramuscular (cada 2-4 semanas habitualmente) hace que el medicamento se deposite en tejido celular subcutáneo y vaya liberándose lentamente a la sangre.

Los medicamentos depot disponibles en España son:

PREPARADO	NOMBRE COMERCIAL	INTERVALO DE ADMINISTRACION (SEMANAS)
Decanoato de flufenazina	Modecate®	2-4
Decanoato de zuclopentixol	Cisordinol®	2-4
Palmitato de pipotiazina	Lonseren®	4
Microesferas de risperidona	Risperdal Consta®	2
Haloperidol	Haloperidol Decan Esteve®	4

Por lo general la incidencia de efectos extrapiramidales es más alta con estos preparados que con las formas orales.

Antes de comenzar un tratamiento depot, debe ensayarse el uso de preparados no retardados del mismo fármaco con el fin de establecer: La dosis óptima.

La tolerancia del paciente a la medicación.

La primera inyección depot debe ser una pequeña dosis de prueba para ensayar definitivamente la tolerancia. No administrar nunca más de 2 ml de solución oleosa en el mismo punto de inyección.

TIPOS DE ANTIPSIKOTICOS TIPICOS:

EL HALOPERIDOL⁸

- 1.- HALOPERIDOL ESTEVE 5mg, 10mg comprimidos
- 2.- HALOPERIDOL ESTEVE sol. Gotas 2mg/mL
- 3.- HALOPERIDOL ESTEVE sol. Inyectable 5mg
- 4.- HALOPERIDOL PRODES comp.. 10mg
- 5.- HALOPERIDOL PRODES sol. Gotas 2mg/mL
- 6.- HALOPERIDOL PENSA comp.. 10mg
- 7.- HALOPERIDOL PENSA sol. Gotas 2mg/mL

Se trata del neuroléptico más utilizado, posee alta potencia antipsicótica. Además de para psicosis aguda y crónica, estados de agitación y alteraciones conductuales, se usa para el tratamiento de los tics motores y verbales y en pacientes con Síndrome de Gilles de la Tourette. En Gastroenterología también útil en el control de hipo resistente al tratamiento y vómitos de origen central.

Como efectos secundarios frecuentes destacan la somnolencia y la sedación. En pacientes con enfermedad cardiovascular severa, existe riesgo de hipotensión y desencadenamiento de dolor anginoso. En pacientes con trastorno bipolar, el uso de haloperidol puede desencadenar un episodio depresivo.

LA LEVOMEPRMACINA⁹

- 1.- SINOGAN 25mg, 100mg, comprimidos
- 2.- SINOGAN 40mg/mL gotas orales
- 3.- SINOGAN ampollas 25mg/1mL

Indicado además de para psicosis, también para el tratamiento de estados de ansiedad, algias graves y trastornos del sueño. Posee propiedad analgésica propia, sobretodo usado vía parenteral y en dolores de origen neuropático. Ha de usarse con precaución en pacientes ancianos, por mayor susceptibilidad a efectos de sedación e hipotensión. En tratamientos prolongados, se recomienda la vigilancia de presión ocular y controles hematológicos. Puede potenciar la prolongación del intervalo QT, con mayor riesgo de arritmias ventriculares potencialmente fatales, así como desencadenar estados de hiperglucemia.

LA CLORPROMACINA¹⁰

- 1.- LARGACTIL 25mg, 100mg, comprimidos
- 2.- LARGACTIL 40mg/ml gotas orales
- 3.- LARGACTIL ampollas 25mg/5mL

Se trata de la primera sustancia en la que se descubrió la actividad neuroléptica y antipsicótica. Presenta un abaja potencia antipsicótica. Indicado en estados de agitación psicomotriz y en psicosis. También útil en curas de sueño y com antiemético. Características prácticamente superponibles a la levomepromazina. Riesgo de hiperprolactinemia y desórdenes metabólicos como hiperglucemia.

EL SULPIRIDE¹¹

- 1.- DIGTON comp. 50mg
- 2.- DIGTON FORTE comp. 200mg
- 3.- DOGMATIL 50mg, 200mg
- 4.- DOGMATIL sol 25mg/5mL
- 5.- DOGMATIL ampollas 100mg/2mL
- 6.- GUASTIL caps 50mg
- 7.- GUASTIL susp 25mg/5mL
- 8.- PSICOCEN caps 50mg
- 9.- TEPAVIL comp. 50mg

Neuroléptico de baja potencia antipsicótica, con pocos efectos secundarios. A dosis bajas se usa como desinhibidor y ansiolítico, a dosis altas como antipsicótico. Se usa también en alucinosis alcohólica, hipo rebelde, corea de Huntington, trastornos de personalidad graves, vértigo periférico y síndromes neuroasténicos. Sus principales efectos secundarios son la sedación y la somnolencia.

LA TIAPRIDA¹²

- 1.- TIAPRIZAL amp 100mg/2mL
- 2.- TIAPRIZAL comp. 100mg
- 3.- TIAPRIZAL gotas 12mg/mL

Neuroléptico de baja potencia antipsicótica. Usada en privación alcohólica. También en discinesias y corea de Huntington. Como secundarismos principales, a dosis elevadas somnolencia, galactorrea y amenorrea.

LA FLUFENAZINA¹³

- 1.- MODECATE ampollas 25mg/1mL

Neuroléptico depot de alta potencia antipsicótica. De gran utilidad en pacientes con poca adherencia la tratamiento. Puede ser empleado en niños. Alta de frecuencia de síntomas extrapiramidales, sobre todo en mujeres jóvenes. No ha de usarse en estados de ansiedad y agitación.

EL PIMOZIDE¹⁴

- 1.- ORAP comp. 1mg
- 2.- ORAP FUERTE comp. 4mg

De perfil similar al haloperidol. Posee efecto prolongado, lo que permite una sola toma diaria. Se usa sobretodo en estados psicóticos, trastornos de conducta y agitación. Empíricamente se usa en delirios dermatozoicos derivados del uso de cocaína y en trastorno delirante crónico.

LA PERFENACINA¹⁵

- 1.- DECENTAN 8mg, comprimidos

Neuroléptico de alta potencia antipsicótica. Alta frecuencia de síntomas extrapiramidales.

TIPOS DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS:

LA CLOZAPINA¹⁶ (COMPRIMIDOS)

- 1.- LEPONEX comprimidos 25mg.

Tiene una eficacia muy alta, se usa exclusivamente en casos resistentes al tratamiento convencional (responden el 30%-50%) o con cuadros extrapiramidales severos que contraindican otro tratamiento, ya que este fármaco apenas produce efectos extrapiramidales.

El importante inconveniente es que puede producir neutropenia o agranulocitosis (se produce en un 2% de los pacientes durante los seis primeros meses de iniciar tratamiento), por lo que requiere controles periódicos. Otros de sus efectos secundarios más frecuentes son la sedación y los síntomas metabólicos (probable aumento de peso, riesgo de hiperglucemia secundaria). No conviene usar clozapina en combinación con otros antipsicóticos.

LA ZIPRASIDONA¹⁷ (CÁPSULAS, INYECTABLE)

- 1.- ZELDOX® 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg cápsulas duras
- 2.- ZELDOX® 20 mg/ml polvo y disolvente para solución inyectable .
- 3.- GEODON® 10mg/ml

Es el único antipsicótico que inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina. Puede prolongar el intervalo QT. Debe ajustarse la dosis en insuficiencia hepática. Habitualmente no produce aumento de peso.

LA RISPERIDONA¹⁸ (INYECTABLE, COMPRIMIDOS, SOLUCIÓN)

- 1.- RISPERDAL CONSTA® 25 mg, 37,5 mg, 50 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable
- 2.- RISPERDAL® 1 mg, 3 mg, 6 mg comprimidos recubiertos
- 3.- RISPERDAL® 1 mg/ml solución oral
- 4.- ARKETIN® 1 mg, 3 mg, 6 mg comprimidos recubiertos
- 5.- DIAFORIN® 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg

Es el único antipsicótico que se puede usar en pacientes demenciados, así está indicado en el tratamiento de las alteraciones del comportamiento y cuadros psicóticos asociados a la demencia.

También se considera el neuroléptico de elección en los trastornos de conducta en niños con retraso mental.

Hemos de ajustar dosis en insuficiencia renal y hepática. Tener en cuenta, que en la demencia aumenta el riesgo de sufrir episodios isquémicos. Destaca también la presencia de ansiedad e insomnio al inicio del tratamiento.

LA OLANZAPINA¹⁹ (COMPRIMIDOS, COMP. BUCODISPERSABLES, INYECTABLE)

- 1.- ZYPREXA® 2,5 mg, 5mg, 7,5 mg, 10 mg comprimidos
- 2.- ZOLAFREN® 5mg, 10 mg
- 3.- ZYPREXA VELOTAB® 5 mg, 10 mg comprimidos bucodispersables
- 4.- ZYPREXA® 10 mg/vial polvo para solución inyectable

Útil en el tratamiento de los episodios maníacos y en la prevención de las recaídas. Puede provocar inicialmente un aumento de las transaminasas de modo transitorio y aumento del intervalo QT. Considerar que es el NA que más aumenta de peso, pero el que menos hipo-

tensión ortostática produce. Riesgo de sedación excesiva al inicio del tratamiento.

Está contraindicado en pacientes con riesgo de glaucoma de ángulo estrecho.

LA QUETIAPINA²⁰ (COMPRIMIDOS)

- 1.- SEROQUEL® 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg comprimidos recubiertos con película
- 2.- ILUFREN® 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg comprimidos recubiertos con película
- 3.- PSICOTRIC® 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg comprimidos recubiertos con película
- 4.- QUDIX® 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg comprimidos recubiertos con película
- 5.- ROCOZ® 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg comprimidos recubiertos con película

Indicado en casos de depresión mayor (sólo los comprimidos prolong) cuando no han respondido adecuadamente a Antidepresivos en monoterapia.

Precisa del control de función hepática y tiroidea (disminuye T4). Puede favorecer la aparición de cataratas.

EL ARIPRIPIAZOL²¹ (COMPRIMIDOS, COMP.BUCODISPERSABLES, SOLUCIÓN, INYECTABLE)

- 1.- ABILIFY® 10 mg, 15 mg comprimidos bucodispersables
- 2.- ABILIFY® 5 mg, 10 mg, 15 mg comprimidos
- 3.- ABILIFY® 1 mg/ml solución oral
- 4.- ABILIFY® 7.5 mg/ml solución inyectable

Indicado en el tratamiento de la ansiedad y del delirio. Útil también en los episodios maníacos, tanto para tratamiento agudo como para prevención de recurrencias.

Habitualmente no provoca aumento de peso. Puede disminuir el umbral convulsivo.

EL AMISULPRIDE²² (COMPRIMIDOS)

- SOLIAN® 100 mg, 200 mg, 400 mg comprimidos
 - ARACALM® 100 mg, 200 mg, 400 mg comprimidos
 - MISULMYLAN® 100 mg, 200 mg, 400 mg comprimidos
- A diferencia del resto de antipsicóticos, no tiene afinidad por los receptores de serotonina. Puede provocar insomnio y ansiedad con el inicio del tratamiento.

LA ASENAPINA²³ (COMPRIMIDOS SUBLINGUALES)

1.- SYCREST® 5mg, 10 mg comprimidos sublinguales

Indicado en tratamiento de episodios moderados- graves de manía asociados a trastorno bipolar en adultos. Menos efectos metabólicos que otros antipsicóticos.

LA PALIPERIDONA²⁴ (COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA)

INVEGA® 3mg, 6mg, 9mg comprimidos de liberación prolongada
XEPLION® 50mg, 75mg, 100mg, 150mg suspensión inyectable de liberación prolongada

Es un metabolito activo de la risperidona. Usar con precaución en situaciones de calor extremo y en enfermos cardiopatas. Frecuentemente produce cefalea.

EL SERTINDOL²⁵ (COMPRIMIDOS)

SERDOLECT® 4mg, 12mg, 16mg, 20mg comprimidos

Retirado en 1998 del mercado por reacciones adversas cardíacas. Posteriormente se levantó la limitación, pero usado en esquizofrenia pero sólo en aquellos pacientes intolerantes al menos a otro antipsicótico. Requiere una estrecha monitorización del EKG.

ANTIPSIKÓTICOS. EFECTOS ADVERSOS

A continuación, se presenta una tabla (Tabla III) que recoge los principales efectos adversos que han de tenerse en cuenta.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA TRATAMIENTO CON ANTIPSIKÓTICOS:

1. La elección de un antipsicótico debe hacerse de forma conjunta entre el paciente y el médico, basándose en los beneficios y los efectos adversos del fármaco²⁶.
2. Cuando hay más de un antipsicótico que se considera adecuado, se debe prescribir el de menor coste.
3. Se recomienda mantener un tratamiento entre 3 y 6 semanas para valorar adecuadamente el efecto y aumentar la dosis o cambiar de fármaco si no se observan beneficios²⁷.
4. En casos de no respuesta o intolerancia a un fármaco se recomienda considerar una de las alternativas siguientes:
 - a. Cambiar de fármaco: clozapina se ha considerado el antipsicótico más eficaz en pacientes refractarios a otros tratamientos, aunque presenta notables problemas de seguridad.
Al cambiar de tratamiento, es conveniente reducir paulatinamente las dosis del que se retira, a la vez que se aumentan las del fármaco que se incorpora.
 - b. Asociar otros tratamientos coadyuvantes como benzodiazepinas, litio, etc. Puede ser útil cuando se observan otros sínto-

mas como ansiedad, inestabilidad, que podrían beneficiarse de los mismos

- c. Asociar otro antipsicótico (práctica habitual aunque difícil de justificar, dado que la acción de los antipsicóticos está mediada por el mismo receptor dopaminérgico).

TABLA 1: Principales antipsicóticos típicos

MEDICAMENTO	SEDACION	EFECTOS EXTRAPIRAMIDALES	EFECTOS ANTICOLINÉRGICOS	HIPOTENSION ORTOSTÁTICA
Fenotiazinas				
Clopromazina	+++	+	+++	+++
Flufenazina	+	+++	+	+
Levomepromazina	+++	+	+++	+++
Perfenazina	++	++	++	+
Pipotiazina	+	+	++	+++
Tiopropazina	+	+++	+	+
Tioridazina	++	+	+++	+++
Trifluoperazina	+	+++	+	+
Butirofenonas				
Haloperidol	+	+++	+	+
Tioxantenos				
Zuclopentixol	+++	+++	+	+
Ortopramidas				
Amisulprida	+	+	+	+
Sulpirida	+	++	+	+
Tiaprida	+	+	+	+
Otros				
Loxapina	+	+	+	+
Pimozida	+	+	+	+

TABLA 2: Perfiles de efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos

	CLOZAPINA	OLANZAPINA	QUETIAPINA	RISPERIDONA
Agranulocitosis	Si	No	No	No
Efectos extrapiramidales	No	A dosis altas	No	A dosis altas
Hipotensión ortostática	Alta	Baja	Alta	Moderada
Convulsiones	Si	No	No	Raras
Sedación	Alta	Baja	Alta	Baja
Efectos anticolinérgicos	Si	Si	Moderado	No
Taquicardia	Si	No	Moderada	Si
Aumento de peso	Si	Si	Si	Si
Hipersecreción de prolactina	No	No	No	Si

TABLA 3: Antipsicóticos. Efectos adversos

Fármaco	QTc	Sedación	↑Peso	↑Glucosa	SEP	AntiACH	↑PRL
Amisulpiride	+	-	+	+	+	-	+++
Aripiprazol	-	-	+	-	++	-	-
Asenapina	+	+	+	+	+	-	+
Clozapina	+	+++	+++	+++	-	+++	-
Olanzapina	+	++	+++	+++	+/-	+	+
Quetiapina	++	++	++	++	-	+	-
Risperidona	+	+	++	++	++	+/-	+++
Ziprasidona	++	+	+/-		+		+/-
Paliperidona	+	+	++	++	+		++

BIBLIOGRAFÍA

1. Ceruelo Bermejo J et al. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. FMC. 2007;14(10):637-47
2. Catálogo Oficial del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. 2006.
3. Baos-Vicente V. Eficacia de los nuevos antipsicóticos frente a los viejos en el paciente con trastornos mentales graves. Aten Primaria. 2006;37(4):185-6
4. Gardner DM, Baldessarini RJ, Waraich P. Modern antipsychotic drugs: a critical overview. CMAJ. 2005;172:1703-11.
5. Masand PS. Differential pharmacology of atypical antipsychotics: clinical implications. Am J Health-Syst Pharm. 2007;64:3S-8.
6. Antipsicóticos atípicos: ¿presentan ventajas? Vitoria: Servicio Vasco de Salud; 2003.
7. Keith SJ, Kane JM. Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. J Clin Psychiatry. 2003;64:1308-15.
8. Haloperidol. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
9. Levomepromacina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
10. Clorpromacina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
11. Sulpiride. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
12. Tiaprida. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
13. Flufenazina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
14. Pimozide. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
15. Perfenacina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
16. Clozapina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
17. Ziprasidona. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
18. Risperidona. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
19. Olanzapina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
20. Quetiapina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
21. Aripiprazol. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
22. Amisulpirida. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
23. Asenapina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
24. Paliperidona. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios.
25. Sertindol. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
26. Freedman R. The choice of antipsychotic drugs for schizophrenia. N. Engl J Med. 2005;353:1286-9.
27. Kane JM, Leucht S, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. Introduction: methods, commentary, and summary. J Clin Psychiatry. 2003;64 Suppl 12:5-19.