



Taller sobre monoterapia antipsicótica

Dr Luis Gutiérrez Rojas



**CONGRESO
NACIONAL**

61st NATIONAL CONFERENCE

AMPLIANDO
HORIZONTES

BROADENING HORIZONS

del 4 al 7 de octubre 2016

4-7 October 2016

Gijón



Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria



Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

**SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA HOSPITALARIA**

SPANISH SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACY

Supuesto clínico 1. Varón de 52 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide

Dr. Luis Gutiérrez-Rojas
Complejo Hospitalario Granada
Servicio Andaluz de Salud

Antecedentes

Varón de 52 años de edad, diagnosticado de **esquizofrenia paranoide**, a la edad de 21 años.

Múltiples episodios previos y múltiples hospitalizaciones

Fumador de 2 paquetes al día. Antecedentes de consumo de alcohol

Conciencia parcial de enfermedad y adherencia parcial al tratamiento oral

Intento **suicida** hace 28 años (inicio de la enfermedad)

Actualmente acude a un centro de día y vive con su madre (mujer de 80 años), acude a citas ambulatorias

Cuestiones previas

El paciente recibe un **tratamiento farmacológico** con:

- Decanoato de flufenazina cada 28 días.
- Risperidona oral 2 mgr (1-0-1)
- Quetiapina 150 mgr prolong (0-0-1)
- Biperideno 4 mgr retard (1-0-0).
- Clonazepam 2 mgr (1/2-1/2-1/2)
- Clotiapina 40 mgr condicional si insomnio

Actualmente se encuentra compensado y estable

¿Qué combinación antipsicótica tiene más lógica?

- A) Decanoato de flufenacina depot y risperidona oral
- B) Decanoato de flufenacina depot y quetiapina
- C) Decanoato de flufenacina depot y clotiapina
- D) Risperidona oral y quetiapina oral
- E) Quetiapina y clotiapina

¿Cómo podríamos plantear un plan terapéutico más sencillo?

- A) Pautar la flufenacina cada menos días (21 días) y reducir risperidona
- B) Cambiar la flufenacina por risperidona consta
- C) Cambiar la flufenacina por palmitato de paliperidona
- D) Suspender quetiapina y clotiapina aumentando dosis de risperidona nocturno
- E) Suspender biperideno intentando reducir dosis de antipsicótico
- F) Suspender todos los antipsicóticos orales e introducir clozapina

Estado psicopatológico

Actualmente el paciente lleva tres años sin ingresar

Aparecen síntomas **cognitivos, negativos y residuales** a los episodios previos

No se aprecian síntomas positivos en primer plano (sólo interpretaciones delirantes que no movilizan conductas)

El paciente nunca ha recibido consejo sobre hábito **tabáquico**

Presenta factores de riesgo asociados a síndrome **metabólico**: perímetro abdominal de 110 cm, HDL colesterol bajo, glucemias de 150 mgr

Cifras altas de prolactina: disfunción sexual

En los últimos 5 años nunca se ha intentado reducir el uso de antipsicóticos

¿Cuál sería el factor más asociado a mortalidad en este paciente?

- A) Uso de biperideno a largo plazo
- B) Politerapia antipsicótica
- C) Sintomatología extrapiramidal
- D) Hábito tabáquico
- E) Síndrome metabólico
- F) Suicidio
- G) Hiperprolactinemia

CONDUCTA RECOMENDADA EN LAS GUIAS TERAPÉUTICAS

El paciente se encuentra estable por lo que el miedo a que recaiga hace que sea más difícil plantearse cambios en el tratamiento

Lo ideal es buscar la monoterapia (o la politerapia con sólo dos antipsicóticos)

De forma gradual se plantea flufenacina cada 21 días, risperidona sólo nocturna (3 mgr) que posteriormente se reduce a 1,5 mgr.

Suspensión gradual de clotiapina, quetiapina y biperideno

Consejo antitabáquico (se reduce el consumo a 15 cigarros al día). Vareniciclina y parches nicotina

Se logra sustituir clonazepam 2 mgr por 0,5 mgr

Tratamiento final

El paciente recibe un tratamiento farmacológico con:

- Decanoato de flufenazina cada 21 días.
- Risperidona oral 3 mgr (0-0-1,5)
- Clonazepam 0.5 mgr (1-1-1)

Tras los cambios el paciente continúa compensado y estable

Mejora cognitiva en el paciente (Disminución sedación)

Supuesto clínico 2. Mujer de 32 años, diagnosticada de esquizofrenia paranoide

Dr. Luis Gutiérrez-Rojas
Complejo Hospitalario Granada
Servicio Andaluz de Salud

Antecedentes psiquiátricos

Mujer de 32 años de edad, diagnosticada de **esquizofrenia paranoide**, a la edad de 24 años, cuando presentó un primer episodio psicótico polimorfo agudo.

En un primer momento la paciente respondió a monoterapia con **olanzapina** (dosis de 15-20 mgr), hubo que reducir por aumento de peso (7,5 mgr).

Aparecieron síntomas autoreferenciales, se añade paliperidona 6 mgr que se aumentó hasta 12 mgr.

Se le añade aripiprazol 5 mgr para combatir **hiperprolactinemia** (amenorrea)

¿Cuál es el antipsicótico de elección en un episodio psicótico?

- A) Clozapina.
- B) Amisulpride.
- C) Risperidona.
- D) Paliperidona.
- E) Olanzapina.
- F) Quetiapina.
- G) Aripiprazol.
- H) Ziprasidona.
- I) Asenapina.
- J) Sertindol.
- K) Antipsicóticos típicos.

Eficacia antipsicótica metanálisis

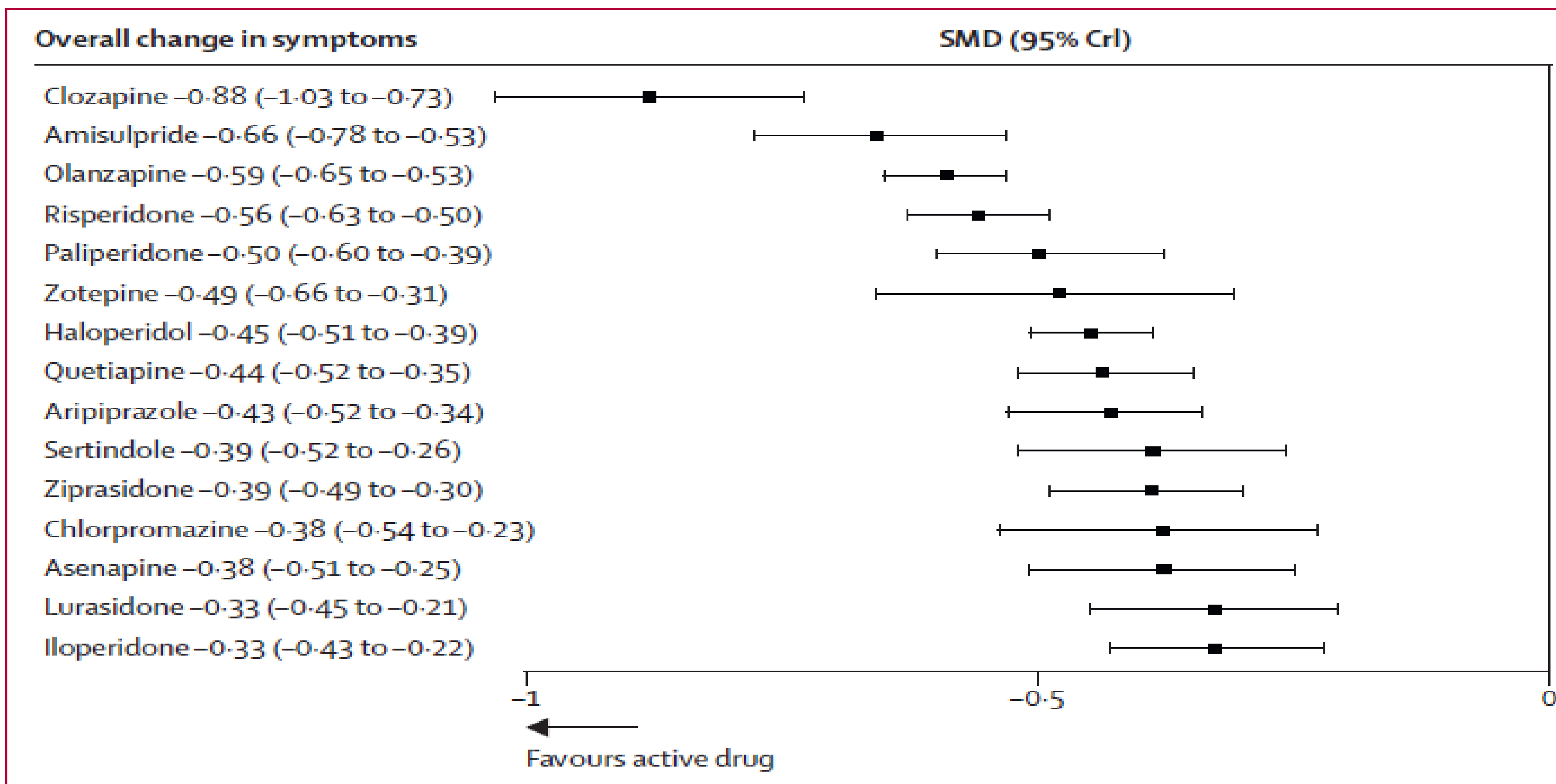


Figure 3: Forest plot for efficacy of antipsychotics drugs compared with placebo

Treatments are ranked according to their surface under the cumulative ranking (SUCRA) values (appendix p 98).

SMD=standardised mean difference. CrI=credible interval.

Estado clínico de la paciente y tratamiento previo

La paciente ha empezado a consultar páginas web y duda del diagnóstico.

Quiere suspenderlo. Achaca los episodios previos a estrés y depresión.

Posible mala adherencia (avisada por la familia), no quiere seguir con tratamiento oral

Tratamiento actual:

- Olanzapina 7,5 mg (0-0-1)
- Paliperidona 6 mg (2-0-0)
- Aripiprazol 5 mg (1-0-0)
- Bromazepam 1,5 mgr (1-0-1) y uno condicional si ansiedad

¿Qué opción terapéutica es la que considera más oportuna?

- A) Optar por la monoterapia con olanzapina (futuro con pamoato).
- B) Optar con la monoterapia con paliperidona (futuro con palmitato).
- C) Optar por la monoterapia con aripiprazol (futuro con LAI).
- D) Suspender todo y buscar clozapina en monoterapia

Buscando la monoterapia

Se decide comenzar con palmitato de paliperidona 150 mgr y a la semana 100 mgr y se suspenden los dos fármacos orales

Con 100 mgr mensuales hay problemas de hiperprolactinemia, al reducir la dosis de 100 a 75 mgr aparecen síntomas leves autoreferenciales

Se plantea usar aripiprazol a dosis bajas?

¿Cuándo se debe tratar la hiperprolactinemia?

- A) Cuando las cifras de PRL son >50 ngr/ml.
- B) Cuando las cifras de PRL son >100 ngr/ml.
- C) Cuando aparecen síntomas clínicos independientemente de las cifras de PRL
- D) Si el paciente está estable psicopatológicamente no debe tratarse
- E) A, B y C son ciertas

REVISIÓN

Consenso español sobre los riesgos y detección de la hiperprolactinemia iatrogénica por antipsicóticos

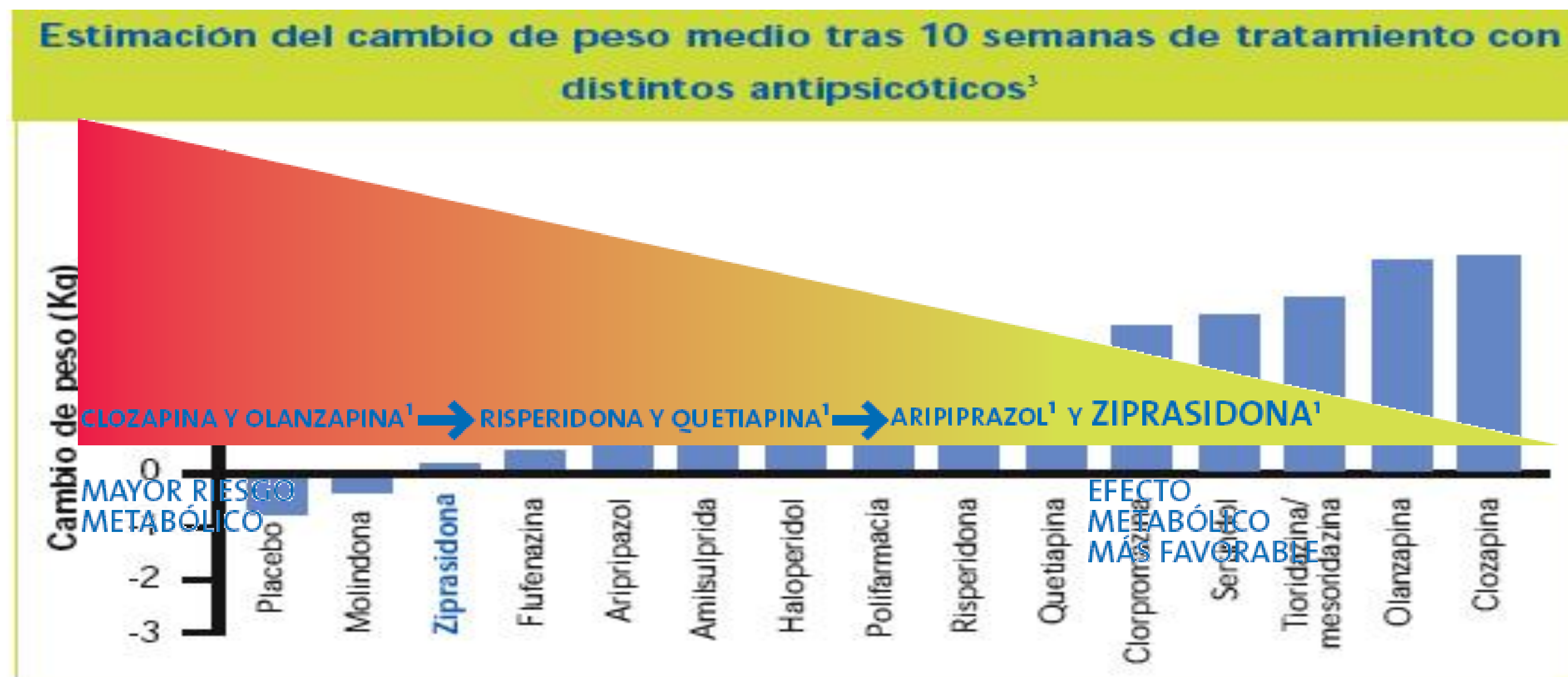
Ángel L. Montejo^{a,*}, Celso Arango^b, Miguel Bernardo^c, José L. Carrasco^d,
Benedicto Crespo-Facorro^e, Juan J. Cruz^f, Javier del Pino^g,
Miguel A. García Escudero^h, Clemente García Rizo^c, Ana González-Pintoⁱ,
Ana I. Hernández^j, Manuel Martín Carrasco^{k,l}, Fermin Mayoral Cleries^m,
Jaqueline Mayoral van Sonⁿ, M. Teresa Mories^o, Isabella Pachiarotti^p,
Salvador Ros^q y Eduard Vieta^p

Recomendaciones terapéuticas

1. Niveles superiores a 50 ng/ml o con repercusión clínica (incluyendo exploración sistemática de DS mal tolerada) requieren una intervención en el tratamiento adecuada a cada caso particular, como disminución de dosis, cambio de APS o adición de fármacos con demostrada capacidad para disminuir los niveles de PRL (aripiprazol) (NE: I; GR: A).
2. En casos de HPRL grave (>100 ng/ml) debería siempre intervenirise aunque no exista amenorrea-galactorrea por el riesgo a medio/largo plazo de osteoporosis, enfermedad cardiovascular y posible incremento de los factores de riesgo de cáncer de mama o endometrio (NE: II; GR: B).

¿Qué debería tenerse en cuenta para ELEGIR un tratamiento antipsicótico?

La administración de antipsicóticos en la esquizofrenia se ha asociado a un mayor riesgo de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia



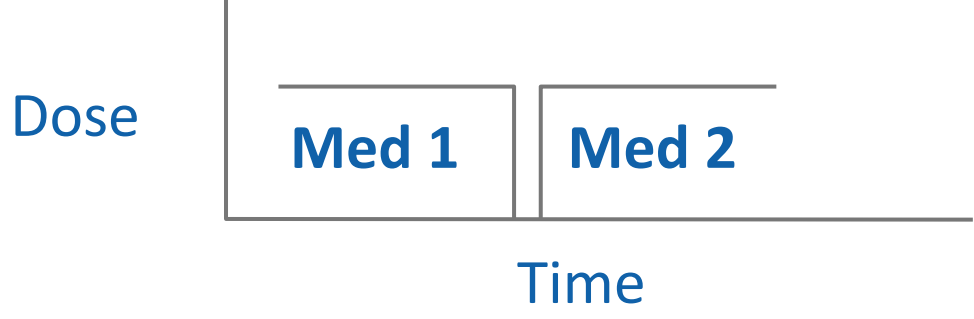
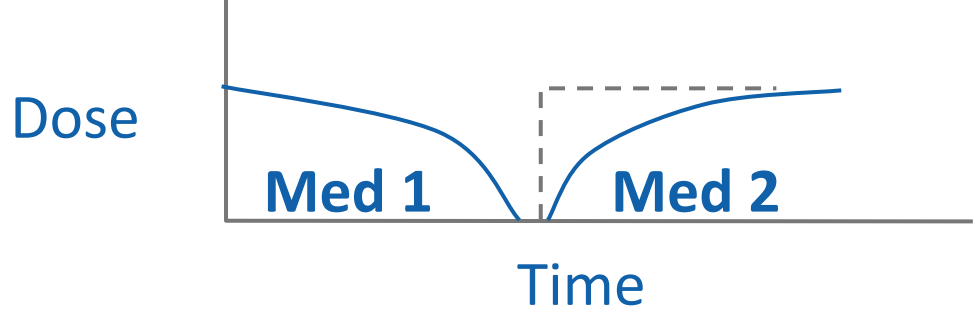
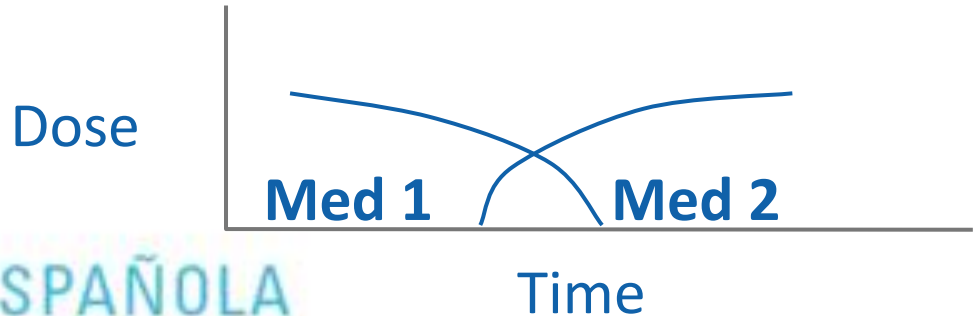
1.-Rodríguez Artalejo, E. et al. Assessment and control of metabolic and cardiovascular risk in patients with schizophrenia. Med Clin (Barc). 2006;127:542-8.

CONDUCTA RECOMENDADA EN LAS GUIAS TERAPÉUTICAS

Se plantea usar aripiprazol a dosis de 15 mgr y suspender el palmitato para introducir aripiprazol LAI en el futuro

¿Cómo se tiene que hacer el cambio?

Estrategias de cambio: Ventajas y Desventajas

	Advantage	Disadvantage	Recommended for
Abrupt switching	Low risk of drug interactions 	Withdrawal reactions	Patients with serious adverse event(s)
Gradual switching	Low risk of withdrawal reactions, hardly any drug interactions 	Danger of symptom exacerbation	Patients with low risk of relapse
Cross-tapering	Safest to prevent relapse 	Drug interactions complicated	Recently stabilised patients

Evolución del cuadro

Se aumenta la dosis de aripiprazol a 15 mgr al día. En caso de acatisia o insomnio se recomienda aumentar bromazepam (no es necesario)

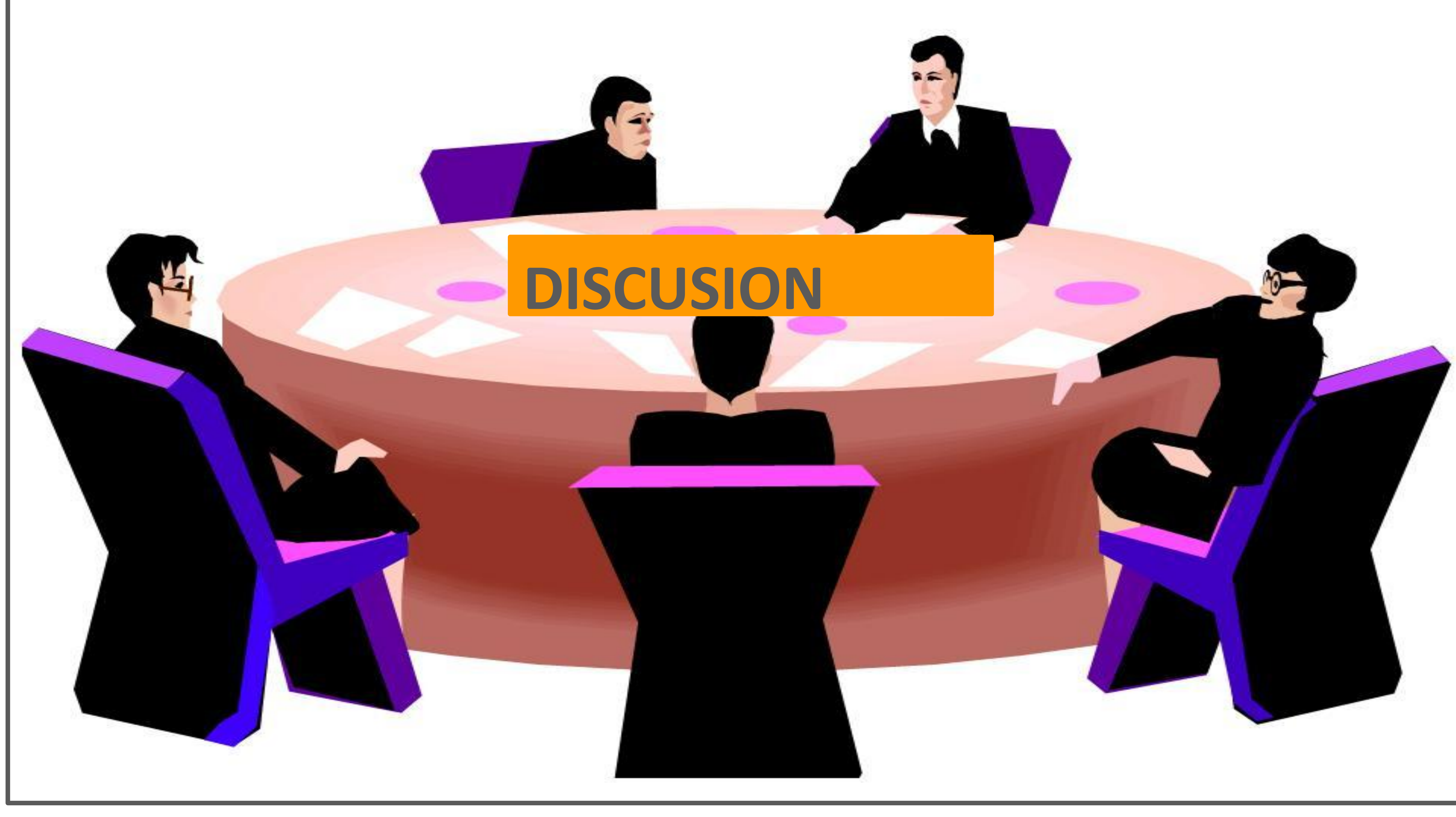
Cuando toca la dosis de palmitato se introduce aripiprazol IM

Se deja aripiprazol oral los primeros 20 días y luego se deja el inyectable en monoterapia

Muchas gracias!!!!



gutierrezrojasl@hotmail.com



The illustration depicts a group of five people in a meeting. They are seated around a large, light-brown circular table. The participants are shown from a three-quarter perspective. Two people are seated at the top of the frame, one on the left and one on the right. Two people are seated at the bottom, also one on the left and one on the right. A fifth person is seated in the center, facing away from the viewer. The table is covered with several white rectangular papers and four small, light-blue circular markers. The chairs are black with light-blue frames. The overall style is a flat, modern illustration with a limited color palette of black, white, light blue, and light brown.

DISCUSSION