

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XIII)

Psicofarmacología. Manejo de psicofármacos en el paciente difícil (parte II)

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.

Presentación

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada es una sección que de modo permanente aparece en *NORTE de salud mental*. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente.

Los avances en psicofarmacología clínica están en continuo proceso de expansión. Nuevos conocimientos clínicamente fundados o no y exuberante información neurocientífica se acumulan a diario. Conocimientos científicos, aparentemente desordenados a veces, van tomando cuerpo a medida que la investigación madura y crece consolidando hipótesis previas. El futuro es prometedor para los clínicos y promisorio para los pacientes porque nuevos y potentes psicofármacos se irán incorporando al arsenal químico que clínicos de todo el mundo utilizarán en su práctica médica habitual.

En tres números de *NORTE de salud mental* (este es el 2º) se realizará un repaso a los Principios Básicos en Neurobiología y Neuropsicofarmacología, se abordará el **Manejo de psicofármacos en el paciente difícil** y finalmente se incidirá en el Manejo de psicofármacos en poblaciones médico quirúrgicas y el Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas.

Preguntas

Pregunta 108: Se han propuesto una serie de principios básicos para un adecuado tratamiento farmacológico del dolor. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es uno de estos principios?

- A) Es preferible la vía oral.
- B) Se debe evitar el empleo a demanda.
- C) Las dosis y los intervalos deben ser fijos.
- D) Se deben realizar reevaluaciones periódicas.
- E) Es preferible utilizar pocos medicamentos y compuestos por un solo fármaco.

Pregunta 109: ¿Cuál de los siguientes fármacos no es un opioide mayor?

- A) Morfina.
- B) Fentanilo.
- C) Codeína.
- D) Metadona.
- E) Buprenorfina.

Pregunta 110: ¿En que tipo de epilepsia es especialmente resolutiva la cirugía?

- A) Epilepsia del lóbulo temporal.
- B) Epilepsia del lóbulo frontal.
- C) Epilepsia del lóbulo occipital.

D) Epilepsia del lóbulo parietal.

E) En todas.

Pregunta 111: Una mujer con epilepsia quiere quedar embarazada ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las consideraciones a tener en cuenta es falsa?.

A) Si han pasado 2 años desde la última crisis, hay que valorar la retirada de fármacos.

B) Es aconsejable la monoterapia.

C) Hay que administrar ácido fólico desde el segundo mes de embarazo.

D) El menos teratogénico es la carbamazepina.

E) El más teratogénico es el valproato.

Pregunta 112: Un problema muy frecuente en los pacientes con Retraso Mental son las alteraciones de conducta, que usualmente se han tratado con neurolépticos, anticonvulsivos o estimulantes. Señale, de entre las siguientes, la asociación que en el momento actual es la recomendada:

A) Litio + olanzapina.

B) Litio + risperidona.

C) Carbamacepina + risperidona.

D) Ácido valpróico + risperidona.

E) Ácido valpróico + olanzapina.

Pregunta 113: Nos encontramos con un Paciente Terminal que padece Depresión. Señale, de entre los siguientes, el tratamiento de elección cuando predomina la astenia o cuando la esperanza de vida es escasa.

A) No hacer nada dada la escasa esperanza de vida y los efectos secundarios de los tratamientos.

B) Antidepresivos tricíclicos a dosis altas, dado el riesgo de suicidio.

C) Antidepresivos ISRS más neuroléptico dado el alto riesgo de suicidio.

E) Estimulantes: metilfenidato.

F) TEC.

Pregunta 114: ¿Cuál, de entre los siguientes, es un criterio de disposición para la aplicación de terapia hormonal en el *Paciente Transexual*?

A) Tener 18 años.

B) Someterse a la experiencia de la vida real.

C) Incrementar la consolidación de su identidad de género.

D) Someterse a psicoterapia.

E) Tener información acerca del tratamiento hormonal.

Pregunta 115: Señale, de entre las siguientes afirmaciones sobre el *Paciente Infectado por VIH/SIDA*, la que considere es FALSA:

A) Los ISRS son los antidepresivos de primera línea en el tratamiento de la depresión.

B) En caso de manía, la carbamacepina se considera el tratamiento de elección.

C) En caso de psicosis, el tratamiento con antipsicóticos de depósito debería ser evitado.

D) En caso de trastornos de ansiedad, los ISRS son una buena opción de tratamiento farmacológico.

E) En la terapia hormonal de reemplazo se suele utilizar testosterona esterificada de depósito, en dosis de 100 a 200 mg i.m./2 semanas.

Respuestas

Pregunta 108. Respuesta correcta: C

Comentario: La OMS recomienda un enfoque ascendente para el tratamiento del dolor en función de su intensidad, basada en dos grupos principales de fármacos, los analgésicos menores y los opioides, a los que se les puede añadir diversos fármacos coadyuvantes para potenciar su acción. Hay una serie de principios básicos en la administración de fármacos para el dolor, como son: es preferible la vía oral, la vía transdérmica puede ser una alternativa. La dosis y los intervalos deben ser apropiados según la farmacocinética de los medicamentos, modificándose según cambien las circunstancias, evitando el empleo a demanda. La dosis inicial debe ser individualizada. Se deben realizar reevaluaciones periódicas para modificaciones posteriores. Es

preferible utilizar pocos medicamentos y compuestos por un solo fármaco. Hay que ser flexible en la aplicación de la escalera analgésica. Vigilar y tratar los efectos secundarios de los fármacos

Bibliografía: López Alvarez M.P. Alfonso Gomez R. El paciente con dolor. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 180-183.

Pregunta 109. Respuesta correcta: C

Comentario: Los opioides son un grupo de fármacos que actúan sobre los receptores opioides de las neuronas imitando el poder analgésico de los opiáceos endógenos. Dentro de ellos se distinguen los opioides mayores y los menores. Los primeros tienen una mayor acción analgésica. Son los fármacos analgésicos más potentes conocidos. *Morfina, petidina, pentazozina, fentanilo, metadona, meperidina, y buprenorfina* son **opioides mayores**. *Codeina, dihidrocodeina, tramadol y dextropropoxifeno* son **opioides menores** de acción más débil. Los opioides menores están incluidos en el segundo escalón de la escalera analgésica de la OMS, y los opioides mayores en el tercero.

Bibliografía: López Álvarez M.P. Alfonso Gómez R.. El paciente con dolor. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 182-183.

Pregunta 110. Respuesta correcta: A

Comentario: La cirugía es una alternativa válida y eficaz en la epilepsia siempre y cuando esté correctamente indicada. Se precisa un diagnóstico seguro de epilepsia, identificación del foco de descarga, ausencia de contraindicaciones (como epilepsia en el seno de enfermedades degenerativas o progresivas, o trastornos psiquiátricos asociados), y existencia de farmacorresistencia (uso de al menos tres antiepilépticos en monoterapia o politerapia, en indicación, dosis y tiempo adecuados). Es especialmente resolutiva en la **epilepsia temporal**, de foco único e identificado, en la que es preciso tratar a dos pacientes para dejar a uno libre de crisis discapacitantes. En otras localizaciones, especialmente si el foco no es único o está pobremente identificado, los resultados son más pobres.

Bibliografía: Álvaro Gonzalez L.C. Cortina Garai-corta C. El paciente epiléptico. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 189.

Pregunta 111. Respuesta correcta: C

Comentario: El 4-8% de los hijos de madres epilépticas nacen con malformaciones congénitas. Se recomienda planificar el embarazo en las mejores condiciones de control de las crisis. Si han pasado 2 años desde la última crisis, hay que valorar la retirada de fármacos. Es aconsejable la monoterapia, con el fármaco más indicado para el tipo de crisis, a la menor dosis eficaz. Hay que administrar ácido fólico (1-4mg/día) desde el comienzo del embarazo; se realizará además ecografía a las 12 semanas y a las 18-20 semanas, así como determinación de -fetoproteína sérica en la semana 18. El menos teratogénico es la **carbamazepina** y el más el **valproato**, sobre todo por causar malformaciones del tubo neural (espina bífida).

Bibliografía: Álvaro González L.C. Cortina Garai-corta C. El paciente epiléptico. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 190.

Pregunta 112. Respuesta correcta: D

Comentario: El Retraso Mental se asocia con un aumento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en comparación con la población general, tanto en niños como en adultos.

Como es por todos sabido, el retraso mental no tiene tratamiento psicofarmacológico específico que mejore los déficits intelectivos o cognitivos y, en general, se debe recordar que las variables clínicas más importantes que se han de tener en cuenta son el adecuado diagnóstico psiquiátrico de la patología comórbida y la especial sensibilidad de este tipo de población a los efectos adversos asociados a psicofármacos.

En general, es conveniente empezar con dosis mucho más bajas de lo habitual y aumentarlas lentamente hasta alcanzar la dosis estándar; diferenciar entre tratamiento y "sujeción química"; evitar en lo posible el uso de benzodiacepinas y anticolinérgicos; realizar exploraciones sistemáticas de los posibles efectos adversos

de los psicofármacos sin esperar a que los pacientes, o los familiares, los refieran espontáneamente.

Un problema muy frecuente en los pacientes con retraso mental son las alteraciones de conducta, (asociados o no a conductas agresivas), que usualmente se han tratado con neurolépticos, anticonvulsivos o estimulantes, en función de los síntomas diana predominantes. Entre los fármacos utilizados hay un claro predominio del ácido valpróico y de risperidona.

El **ácido valpróico** es el anticonvulsivo de elección en estos momentos, sobre todo teniendo en cuenta la alta comorbilidad entre los trastornos de conducta, las conductas agresivas y la presencia de epilepsia. La **risperidona** es el único fármaco que, hasta la fecha, dispone de estudios doble ciego comparados con placebo, que valoran específicamente la reducción de síntomas conductuales (agresiones, impulsividad, desafío de la autoridad, destrucción de la propiedad) asociados a los trastornos de conducta y el trastorno negativista desafiante en niños con CI inferior a la media.

El análisis muestra una reducción significativa de las cifras basales y finales del grupo con risperidona, medidas por el Nisonger y Aberrant Behavior Checklist. Los efectos adversos más comunes fueron somnolencia, cefaleas, aumento de apetito y dispepsia.

Bibliografía: Gutiérrez Casares JR, Busto Arenas FJ, Franco Martín MA: El paciente con Retraso Mental/ Discapacidad intelectual. Manejo de psicofármacos en paciente difícil. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 206-208. Madrid 2009.

Pregunta 113. Respuesta correcta: D

Comentario : La prevalencia de la Depresión en pacientes Terminales se sitúa entre el 27 y 77%. Como factores de riesgo destacan la edad avanzada, los antecedentes personales de trastornos afectivos, la falta de red social de apoyo, el menoscabo funcional intenso, la angustia existencial, ciertas enfermedades físicas o tratamientos y el dolor insuficientemente tratado. Parece ser más frecuente en pacientes que desconocen su pronóstico.

La depresión, más frecuente en fases avanzadas de la enfermedad, responde al tratamiento farmacológico y psicoterápico de forma más rápida

y completa cuanto antes se instaure la terapia. El suicidio, con una tasa que duplica la de la población normal es la complicación más grave. El antidepresivo, ha de usarse en dosis bajas y con una escalada muy lenta, debe seleccionarse en función de los efectos secundarios y la esperanza de vida del paciente.

Cuando predomina la astenia o la esperanza de vida es escasa son de elección los estimulantes, en especial **metilfenidato**, que ha de usarse en dosis bajas, evitando la toma nocturna para no interferir el sueño.

Este producto, que puede combinarse con otros fármacos, obtiene rápidas mejorías (24-72h) en el ánimo, la concentración y la energía frente a las semanas que deben transcurrir con antidepresivos, al tiempo que mejora el apetito. *No se desarrolla tolerancia a su acción timoléptica.* Sus efectos secundarios son ansiedad, insomnio, anorexia a dosis altas y delirium en situaciones preagónicas.

El tratamiento puede iniciarse con metilfenidato en dosis de 2,5mg en dos tomas, incrementándola progresivamente a los largo de varios días hasta conseguir la mejoría clínica o hasta la aparición de efectos secundarios. Lo habitual son las dosis de hasta 30mg/día, aunque algunos pacientes puede precisar pautas de hasta 60mg/día.

Una estrategia acertada sería empezar tratamiento con psicoestimulantes para, una vez apreciada mejoría, asociar antidepresivos convencionales, y retirar los anfetamínicos transcurrido el periodo de latencia de los antidepresivos.

Bibliografía: Medrano Albeniz J. Hernández Palacio R. en Paciente Terminal en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 209-210. Madrid 2009.

Pregunta 114. Respuesta correcta: C

Comentario: Una vez que se determina el diagnóstico de **transexualidad**, el profesional de salud mental emite un informe de recomendación de tratamiento hormonal. Para ello se determinan criterios de elegibilidad y disposición.

Por **elegibilidad** se entienden los criterios específicos que deben documentarse antes de pasar a un siguiente escalón en la secuencia terapéutica. Por **disposición** se entienden los criterios específicos que se fundamental en la evaluación

del clínico antes de dar el siguiente paso de la secuencia terapéutica.

- Criterios de elegibilidad para la aplicación de terapia hormonal: tener 18 años, someterse a la experiencia de la vida real debidamente documentada por lo menos 3 meses antes de la administración de hormonas, someterse a psicoterapia durante un periodo específico después de la evaluación inicial y tener información acerca del tratamiento hormonal, ventajas, objetivos y riesgos.
- Criterios de disposición para la aplicación de terapia hormonal: el paciente debe incrementar la consolidación de su identidad de género durante la experiencia de la vida real o la psicoterapia, debe realizar progresos en el dominio de otros problemas de identidad que conduzcan a la mejora o continuidad de su estabilidad psíquica.

La psicoterapia no intenta curar el trastorno. El objetivo fundamental de la psicoterapia es lograr un estilo de vida estable a largo plazo en los ámbitos personal, familiar, laboral y social. La experiencia de la vida real es el acto por el cual se adopta plenamente un rol nuevo o evolutivo de identidad sexual ante los acontecimientos y circunstancias de la vida cotidiana. En algunas ocasiones es **test de la vida real** se usa como la prueba definitiva para el diagnóstico. El paciente deberá hacer esta experiencia por lo menos 1 año antes de aplicar la cirugía genitoplástica.

- Criterios de elegibilidad para la cirugía genitoplástica y mastectomía: debe ser mayor de edad, llevar 12 meses de tratamiento hormonal en los casos en los que no existan contraindicaciones médicas para ello, 12 meses de experiencia de la vida real continua con éxito, poseer información acerca de las características de la intervención quirúrgica, de las distintas técnicas susceptibles de ser aplicadas, sus posibles complicaciones, requisitos de rehabilitación posoperatoria y conocer a los cirujanos competentes.
- Criterios de disposición para la cirugía genitoplástica y mastectomía: deberá demostrar progresos en la consolidación de la nueva identidad de género y en sus relaciones familiares, laborales y sociales que tengan como consecuencia una mejora o al menos una mayor estabilidad psíquica.

Bibliografía: Berguero Miguel T. Esteva de Antonio I. Giraldo Ansio F. Asiain Vierge S. Mayoral Cleries F en *El Paciente Transexual (Trastorno de identidad de género)*, en *Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 213-215. Madrid 2009.

Pregunta 115. Respuesta correcta: B

Comentario: La atención del paciente con infección HIV comienza en el momento del diagnóstico y continúa durante toda la vida del paciente. La depresión es el principal diagnóstico psiquiátrico entre estos pacientes, con una tasa de prevalencia vital del 50%. Los ISRS son los antidepresivos de primera línea, ya que son mejor tolerados que los tricíclicos e igual de eficaces. Las dosis recomendadas son las mismas que en pacientes depresivos sin infección.

La manía asociada a infección HIV, ó **manía SIDA**, suele aparecer en estadios finales y tiende a ir asociada a deterioro cognitivo y/o demencia. El tratamiento de episodios maníacos en los estadios iniciales de la infección no se diferencia del recomendado en el trastorno bipolar. Los antipsicóticos están indicados. En el uso del litio deben tenerse en cuenta situaciones que modifiquen o alteren la función renal. La **carbameceptina** no está recomendada dado su efecto inductor enzimático que pudiera provocar niveles de antirretrovirales insuficientes. A esto se añade el riesgo de hepatopatía y toxicidad hematológica, que se suman a las provocadas por la infección. El ácido valproico tiene menos interacciones nivel del CYP3A4.

La relación entre psicosis e infección por HIV/SIDA es bidireccional. Se estima que la tasa de psicosis de inicio reciente en estos pacientes es del 0,5 al 15%. Cuando se planifica un tratamiento con antipsicóticos, se debe considerar la susceptibilidad a síntomas extrapiramidales (SEP) por el daño en los ganglios de la base inducido por HIV. Los antipsicóticos típicos y neurolépticos de depósito deberían ser evitados, y si se utilizan deben pautarse dosis bajas. Los antipsicóticos atípicos son el tratamiento de elección. Se recomienda dosis bajas de inicio, lenta titulación y administración el menor tiempo posible. Recordar que con olanzapina y clozapina hay que considerar, además, el riesgo de desarrollar dislipemias e hiperglucemias.



Los trastornos de ansiedad, fobia social, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico se han descrito en un 8-25% de estos pacientes. Como opción terapéutica se aconseja plantear de inicio tratamientos psicoterapéuticos, como entrenamiento en relajación y abordaje con técnicas de reducción de estrés. Si es necesario el tratamiento farmacológico, los ISRS son una buena opción de tratamiento. Las BZD deberían utilizarse durante periodos cortos de tiempo. Se recomienda el uso de lorazepam, clonacepam, y oxacepam.

Cerca de la mitad de los hombres con infección VIH sufre deficiencia de testosterona. Hombres y mujeres pueden tener deficiencia de andrógenos

suprarrenales, en particular DHEA, asociada con la progresión del VIH y la pérdida de masa corporal magra. En la terapia de reemplazo se suelen utilizar testosterona esterificada de depósito, en dosis de 100 a 200 mg i.m. cada 2 semanas. La dosis máxima es de 400,g i.m. por semana.

Bibliografía: Bayon Pérez C. Bonan MV. en el Paciente infectado por VIH/SIDA, en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2^o Edición. Pág. 222-228. Madrid 2009.