

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XIV)

Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica 2ª parte, 3ª entrega

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

Presentación

Con esta 3ª entrega damos por terminado el repaso a algunos aspectos introductorios en Psicofarmacología. En próximos números de *NORTE de salud mental* serán abordados los aspectos concretos de diferentes grupos de fármacos.

Esperamos que nuestros lectores disfruten al trabajar los ítems publicados, poniendo en práctica sus habilidades cognitivas y académicas, y nos conformaríamos si el material elaborado sirve para lo que fue propuesto: mantener la puesta al día en aspectos relevantes en psiquiatría y áreas afines así como ser un valioso material de autoevaluación para psiquiatras, MIRes y PIRes.

Preguntas

Manejo de psicofármacos en poblaciones médico quirúrgicas

Pregunta 116: Cuando se instaura tratamiento psicofarmacológico al paciente cardiópata se deben tener en consideración aspectos importantes. De las proposiciones siguientes señale la errónea:

- A) La depresión es un factor de riesgo de mortalidad en pacientes con infarto de miocardio.
- B) El empleo de trazodona se ha asociado a un incremento de la actividad ectópica ventricular.

- C) El haloperidol podría considerarse antipsicótico de elección en pacientes con enfermedad cardiovascular.
- D) Bupropión destaca por su seguridad cardiovascular.
- E) El empleo de metilfenidato es particularmente peligroso en pacientes cardiopatas.

Pregunta 117: Cuando se instaura tratamiento psicofarmacológico al paciente hepatópata se deben tener en consideración aspectos importantes. De las proposiciones siguientes señale la errónea:

- A) Excepcionalmente la toma de benzodiazepinas será causante de encefalopatía hepática.
- B) El primer paso hepático puede reducirse por shunts extrahepáticos e intrahepáticos ocasionando elevaciones en las concentraciones plasmáticas fármacos.
- C) La ascitis altera el volumen de distribución de fármacos hidrosolubles como el litio.
- D) Las reacciones metabólicas de fase I (desmetilación) se afectan intensamente en la hepatitis alcohólica y la cirrosis activa.
- E) Los antidepresivos heterocíclicos deben emplearse con extrema cautela.



Pregunta 118: Cuando se instaura tratamiento psicofarmacológico al paciente epiléptico se deben tener en consideración aspectos importantes. De las proposiciones siguientes señale la errónea:

- A) Los IMAOs están contraindicados por el alto riesgo de ataque comicial.
- B) Antidepresivos heterocíclicos y bupropión reducen el umbral convulsivo.
- C) Clozapina y maprotilina deben emplearse extremando las precauciones.
- D) El litio puede reducir el umbral convulsivo.
- E) Venlafaxina puede emplearse con seguridad porque tiene escaso poder proconvulsivante.

Pregunta 119: En el paciente que ha sufrido un accidente cerebral vascular -ACV-, todo lo siguiente es cierto, excepto:

- A) Nortriptilina, venlafaxina e ISRS están considerados de primera elección en el tratamiento de la depresión postACV.
- B) Fluoxetina facilita la recuperación de pacientes que están en rehabilitación tras un ictus.
- C) Citalopram o escitalopram pueden ser preferibles a otros ISRS al asociarse con menor riesgo de hemorragia tras el episodio vascular.
- D) Se ha apreciado un aceleramiento de la recuperación tras el ACV con trazodona y amitriptilina.
- E) Escitalopram mejora la recuperación de la memoria verbal y visual.

Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas

Pregunta 120: ¿Cuál de los siguientes ISRS parece estar asociado, cuando se emplea durante la gestación, a un incremento de malformaciones cardiovasculares?

- A) Sertralina.
- B) Citalopram.
- C) Paroxetina.
- D) Fluoxetina.
- E) Fluvoxamina.

Pregunta 121: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al empleo de benzodiazepinas (bzd) durante el embarazo es falsa?

- A) Es preferible el empleo de lorazepam debido a su baja capacidad de acumulación.
- B) Se debe realizar una suspensión gradual de bzd antes del parto para evitar fenómenos de abstinencia.
- C) La exposición a bzd antes del nacimiento puede dar lugar a hipotonía, hipotermia, e hipoactividad temporal.
- D) Existen datos fiables sobre la toxicidad postnatal y las consecuencias sobre el desarrollo de la exposición a las bzd.
- E) El empleo de diazepam poco antes del parto o durante este puede dar lugar al síndrome de bebe hipotónico o *floppy infant*.

Pregunta 122: Según la clasificación de la FDA de teratogenicidad psicofarmacológica ¿Cual de los siguientes fármacos está clasificado en el grupo de mayor riesgo?

- A) Benzodiazepinas hipnóticas.
- B) Clozapina.
- C) IMAOS.
- D) Litio.
- E) Carbamacepina.

Pregunta 123: En relación con el empleo de antipsicóticos en la tercera edad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- A) Las personas mayores tienen una sensibilidad incrementada a los efectos extrapiramidales de estos fármacos.
- B) Tanto los antipsicóticos típicos como los atípicos, incrementan el riesgo de accidentes cardiovasculares en pacientes con demencia.
- C) Se recomienda evitar antipsicóticos de alta potencia.
- D) La clozapina es mal tolerada y existe un riesgo aumentado de agranulocitosis con la edad.
- E) En caso de hipotensión ortostática, aripiprazol puede ser una buena elección.

Respuestas

Pregunta 116, Respuesta correcta: E

Comentario: El empleo de metilfenidato es seguro en el paciente cardiópata. En muchas ocasiones resulta más beneficioso por su poder activador y estimulante que el uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión “funcional” o somatógena.

Bibliografía: Salazar M., Peralta C., Pastor J. Manual de Psicofarmacología 2ª edición. Salazar M, Peralta C., Pastor J., autores-editores. Editorial Médica Panamericana 2011, 68-76.

Pregunta 117, Respuesta correcta: A

Comentario: Algunos sedantes como las benzodiazepinas, pueden desencadenar *encefalopatía* en pacientes con afectación hepática, al contrario que el flumacenoilo, que puede producir efectos beneficiosos en pacientes con encefalopatía.

Las reacciones metabólicas de fase I (desmetilación) tienden a afectarse más por procesos como la hepatitis alcohólica y la cirrosis activa. El aclaramiento de lorazepam, oxazepam y temazepam, que sufren principalmente reacciones de fase II (glucoronización), resultará poco afectado en estos trastornos, al contrario que el de diazepam, alprazolam o nitrazepam.

A la hora de decidir los fármacos que pautar deben tenerse en cuenta las ventajas de los fármacos con amplio índice terapéutico (ISRS de corta semivida media, venlafaxina o bupropión), y evitar aquellos con un índice terapéutico estrecho (antidepresivos heterocíclicos).

Bibliografía: Salazar M., Peralta C., Pastor J. Manual de Psicofarmacología 2ª edición. Salazar M, Peralta C., Pastor J., autores-editores. Editorial Médica Panamericana 2011, 78-81.

Pregunta 118, Respuesta correcta: A

Comentario: Algunos trastornos, como depresión o psicosis, se presentan con mayor frecuencia de lo esperable en pacientes epilépticos. Aunque los ISRS o la venlafaxina podrían considerarse de primera elección, los IMAO son los más seguros, si hay alto riesgo de crisis. La epilepsia es una contraindicación relativa al uso de antidepresivos heterocíclicos y bupropión, ya

que reducen el umbral convulsivo. Deberían evitarse la maprotilina y la clomipramina. Aunque la mayoría de los antipsicóticos puede *reducir el umbral convulsivo*, este efecto es más importante con alguno de ellos, como los de baja potencia y, sobre todo, clozapina. Otros compuestos que pueden reducir el umbral convulsivo son los estimulantes, el litio y los inhibidores de la colinesterasa.

Bibliografía: Salazar M., Peralta C., Pastor J. Manual de Psicofarmacología 2ª edición. Salazar M, Peralta C., Pastor J., autores-editores. Editorial Médica Panamericana 2011, 83-84.

Pregunta 119, Respuesta correcta: D

Comentario: Nortriptilina, venlafaxina e ISRS están considerados de primera elección en el tratamiento de la depresión postACV. Fluoxetina, aparte de la mejora en la depresión, facilita la recuperación de pacientes que están en rehabilitación tras un ictus, así como reduce la *incontinencia emocional* en aquellos que sufren accidentes cerebrovasculares.

Sertralina puede prevenir la aparición de la depresión postictus y citalopram o escitalopram pueden ser preferibles a otros ISRS al asociarse con menor riesgo de hemorragia tras el episodio vascular. El uso de escitalopram en pacientes con ACV reciente previene significativamente la aparición de depresión. Escitalopram mejora la recuperación de la función cognitiva global post-ACV y, específicamente, la memoria verbal y visual. Por el contrario, se ha apreciado un entorpecimiento de la recuperación tras el ACV con trazodona y amitriptilina.

Bibliografía: Salazar M., Peralta C., Pastor J. Manual de Psicofarmacología 2ª edición. Salazar M, Peralta C., Pastor J., autores-editores. Editorial Médica Panamericana 2011, 81-82.

Pregunta 120, Respuesta correcta: C

Comentario: Diversos estudios parecen sugerir que no hay una asociación de fluoxetina, citalopram y sertralina, con una mayor tasa de anomalías en el nacimiento. En cambio sí parece que existe una asociación de la toma de fluoxetina con una mayor tasa de abortos espontáneos, con bajo peso (sobre todo a altas dosis), con alteraciones conductuales transitorias, incluyendo



efectos motores, irritabilidad y molestias gastro-intestinales tras el parto, así como hipertensión pulmonar postnatal. La paroxetina debe evitarse durante la gestación ya que con él sí parece darse un incremento de malformaciones cardiovasculares, incluyendo defectos auriculares y septales.

Bibliografía: Govantes Esteso C., Vázquez Souza M.I., Oca Bravo L. Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 246.

Pregunta 121, Respuesta correcta: D

Comentario: Las benzodicepinas atraviesan la barrera placentaria durante la gestación. Aunque no está clara su teratogeneidad, se han asociado a la aparición de labio leporino y paladar hendido en el recién nacido. En general, se recomienda evitar su empleo durante el primer trimestre debido a este riesgo potencial. No hay evidencias claras de una evolución negativa del embarazo debido al empleo de benzodicepinas, de forma esporádica, después del primer trimestre. No existen tampoco datos fiables sobre la toxicidad postnatal y las consecuencias sobre el desarrollo de la exposición a benzodicepinas. Se ha observado disminución de los reflejos, déficit en la memoria o dificultades en el aprendizaje e incluso la posibilidad de retrasos en el desarrollo o de influencia en la aparición de trastornos conductuales.

Bibliografía: Govantes Esteso C., Vázquez Souza M.I., Oca Bravo L. Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 244-245.

Pregunta 122, Respuesta correcta: A

Comentario: La FDA (Food and Drug Administration) clasifica a los diferentes fármacos que atraviesan la placenta según el riesgo potencial de provocar defectos posnatales. Se clasifican en A, B, C, D y X. Los del grupo A son los de menor riesgo, que se incrementa hasta el X (teratógenos). En el grupo A los estudios controlados no muestran riesgo en seres humanos. En el grupo B no hay evidencia de riesgo en seres humanos, pero

no se han realizado estudios adecuados en humanos. En el C el riesgo no puede ser calculado. Hay evidencias de teratogenidad en animales, pero no existen estudios controlados en mujeres o no están disponibles. En el Grupo D existen evidencias de riesgo en seres humanos, riesgo que puede sobrepasar los beneficios, pero pueden ser indicados en situaciones concretas. El grupo X hay riesgo de teratogeneidad. Las benzodicepinas hipnóticas están incluidas en este grupo. La clozapina está clasificada en el grupo B. Los IMAOS en el C. El litio y la carbamazepina en D.

Bibliografía: Govantes Esteso C., Vázquez Souza M.I., Oca Bravo L. Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 243-244.

Pregunta 123, Respuesta correcta: C

Comentario: La farmacoterapia con antipsicóticos tiene como escollos fundamentales la sensibilidad incrementada a efectos extrapiramidales y la aparición de discinesia tardía. Aunque inicialmente se relacionaron exclusivamente los antipsicóticos atípicos con una mayor mortalidad por accidentes cerebrovasculares en pacientes con demencias, posteriormente se ha comprobado que ese riesgo también se asocia a los convencionales. La elección del antipsicótico se realiza según el perfil de efectos secundarios. Se recomienda evitar los antipsicóticos de baja potencia debido a los efectos anticolinérgicos, el riesgo de hipotensión, sedación y alteración de la conducción cardíaca. Es preferible el empleo de los de alta potencia en dosis bajas. La clozapina es mal tolerada y existe un riesgo aumentado de agranulocitosis con la edad; el incremento rápido de dosis es particularmente problemático. Para los casos con hipotensión ortostática, aripiprazol puede ser un buen candidato, ya que tiene muy poca afinidad por el receptor 1-adrenérgico.

Bibliografía: Govantes Esteso C., Vázquez Souza M.I., Oca Bravo L. Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 253.