



Estrategias para el cambio de antipsicótico en el tratamiento del trastorno bipolar

Iria Grande

Unidad de Trastornos Bipolares, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, Universidad of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, España

RESUMEN

Palabras clave:
Trastorno bipolar
Antipsicóticos
Cambio

Con el uso creciente de los antipsicóticos en el trastorno bipolar, el cambio de estrategia farmacológica entre antipsicóticos y entre estos y los estabilizadores del ánimo se ha convertido en una práctica generalizada, sobre todo desde la introducción de los antipsicóticos atípicos, algunos de ellos con funciones estabilizadoras del ánimo. Esta cuestión ha sido ampliamente estudiada en los trastornos psicóticos, sin embargo, menos atendida en el trastorno bipolar. De momento solo existe evidencia indirecta o descripción de casos al respecto y en la mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo aparecen muestras mixtas. Aunque aun no existen guías articuladas sobre el cambio de antipsicóticos en esta enfermedad, las recomendaciones básicas indican asegurar que el tratamiento escogido es el idóneo para el paciente, alcanzar la dosis máxima optimizando el tratamiento ya instaurado y si el paciente muestra intolerabilidad al fármaco o escasa respuesta proceder al cambio, de la forma más paulatina posible para evitar descompensaciones clínicas. Esperemos que prontamente la evidencia se amplíe a partir de la publicación de los ensayos clínicos que se están llevando a cabo en la actualidad.

© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Todos los derechos reservados.

Strategies for antipsychotic switch in bipolar disorder treatment

ABSTRACT

Keywords:
Bipolar disorder
Antipsychotic
Switch

With the increasingly widespread use of antipsychotics in bipolar disorder, the switch between antipsychotics and between antipsychotics and mood stabilizers has become more usual, especially since the introduction of the atypical antipsychotics, some of which have mood stabilizer properties. The evidence-based medicine for antipsychotic switch in psychotic disorders has been broadly described, however, in bipolar disorder, is far more meager. Despite the extensive work in the field of antipsychotics in bipolar disorder and the expected prompt results of the ongoing clinical trials, a formally evaluated and clearly articulated approach of antipsychotic switch in bipolar disorder is still lacking. Nevertheless, some sensible rules are recommended to be followed in the management of antipsychotics in bipolar disorder: first of all, take time to choose the appropriate treatment for each particular patient; thereafter reach the maximum optimal dose and in the case that the patient shows intolerance to treatment or low response to treatment, proceed to the antipsychotic switching.

© 2015 Published by Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. All rights reserved.

Introducción

Con el uso creciente de los antipsicóticos en el trastorno bipolar (TB), el cambio de estrategia farmacológica entre antipsicóticos y entre estos y los estabilizadores del ánimo se ha convertido en una práctica generalizada, sobre todo desde la introducción de los antipsicóticos atípicos, algunos de ellos con funciones estabilizadoras del

ánimo¹. En esta revisión se tratará el tema del cambio de antipsicóticos en el TB. Una cuestión ampliamente estudiada en los trastornos psicóticos^{2,3}, sin embargo, menos atendida en el TB debido al acotado uso que se hacía de los antipsicóticos en los tiempos previos, mayormente en los episodios maníacos⁴, donde la rápida actuación de los antipsicóticos típicos era muy valorada, a pesar del riesgo de inducción de viraje a depresión y de los efectos extrapiramidales que podían inducir^{5,6}. En la actualidad, la prescripción de antipsicóticos en el TB se ha extendido y su uso se ha aprobado en las diferentes fases de la enfermedad: en fase aguda, tanto en manía⁷ como depresión⁸, así como en la fase de mantenimiento⁹.

Correo electrónico: igrande@clinic.ub.es

Motivos de cambio

En el TB, como en el resto de enfermedades psiquiátricas, alcanzar una adecuada estrategia farmacológica a veces conlleva cambios entre las diferentes alternativas terapéuticas existentes. Sin embargo, antes de optar por un cambio de tratamiento, lo más apropiado es no precipitarse en la elección del tratamiento y determinar el que sea más idóneo en un paciente concreto considerando sus características individuales¹⁰. Por ejemplo, si el paciente tiende al sobrepeso convendrá evitar los antipsicóticos con repercusión en el perfil metabólico, como puede ser olanzapina, a pesar de la efectividad de dicho tratamiento, ya que este puede mermar la salud física y el cumplimiento terapéutico del paciente¹¹. En un paciente para quien el peso es una preocupación primordial y que tiende a presentar virajes depresivos después de episodios maníacos, asenapina¹² puede ser una buena alternativa¹³ así como también en pacientes con episodios mixtos¹⁴, trastornos de personalidad comórbidos¹⁵ o disfunción sexual secundaria a psicótropos¹⁶.

Una vez esté asegurado que el tratamiento escogido es el idóneo para el paciente y se observe que este no muestra la eficacia esperada, se intentará alcanzar la dosis máxima optimizando el tratamiento ya instaurado. Las diferentes estrategias para determinar la dosis máxima óptima incluyen alcanzar mejoría clínica, detectar efectos adversos intolerables o lograr la dosis máxima descrita. Es importante recordar que hay diferentes grados de metabolización hepática y que esta determina las concentraciones de los fármacos en sangre. Mientras que los pacientes metabolizadores rápidos pueden precisar dosis más elevadas, los metabolizadores lentos pueden precisar menos dosis y presentar efectos secundarios con dosis menores a las habituales. Conocer las vías de metabolización puede llevar, por lo tanto, a un correcto plan terapéutico. Por ejemplo, en un paciente con pluripatología médica y toma consecuente de múltiples fármacos, un antipsicótico altamente recomendable sería paliperidona, al tener un mínimo paso hepático¹⁷. La optimización del tratamiento también conlleva evitar la polifarma-

cia¹⁸ y optar por ella solo en los casos de percibir respuesta, aunque parcial, al tratamiento iniciado a dosis terapéuticas y después de un tiempo prudencial de valoración¹⁹. Si después de una correcta elección de tratamiento antipsicótico y de la optimización de este, no se evidencia mejoría clínica o el paciente muestra quejas sobre la tolerabilidad del fármaco, se valorará el cambio de tratamiento antipsicótico.

Los motivos de cambio pueden ser diversos y, principalmente, se centran en 4 ámbitos: *a)* el paciente con sus expectativas, creencias, su adherencia al tratamiento y sus experiencias previas y respuestas a tratamientos²⁰; *b)* la enfermedad en sí, con una duración comorbilidades asociadas²³; *c)* la mediación con su farmacocinética y farmacodinamia considerando posibles tratamientos concomitantes prescritos, y *d)* el entorno que puede ser contenedor o contraproducente para la evolución de la enfermedad²⁴. A amplios rasgos, los motivos se limitan a problemas de eficacia, tolerabilidad y cumplimiento (tabla 1).

Estrategias de cambio

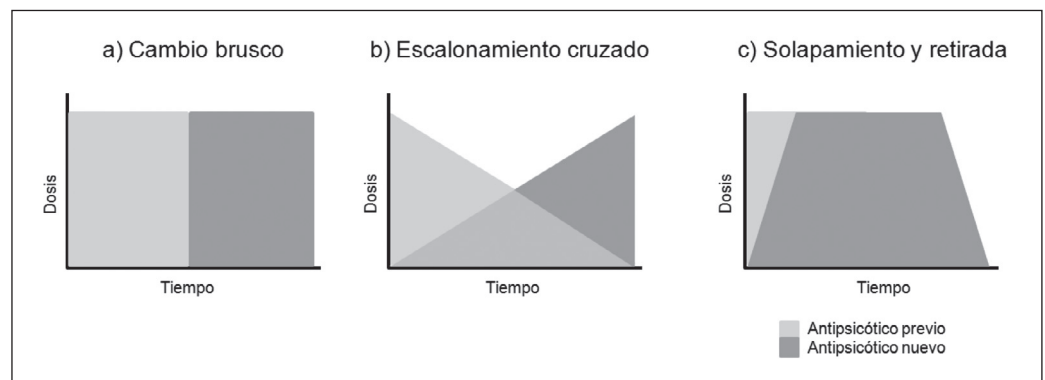
El proceso de cambio farmacológico está sujeto a dificultades y potenciales complicaciones clínicas que, con un óptimo manejo clínico, se pueden minimizar o incluso prevenir. Entre estas consecuencias se encuentran descompensaciones clínicas y problemas de tolerabilidad al fármaco, que pueden disminuir asimismo la adherencia e incrementar el riesgo de descompensaciones clínicas. La tolerabilidad de un antipsicótico está principalmente relacionada con su perfil receptorial²⁵. Los efectos adversos considerados más molestos por parte de los pacientes y los psiquiatras son los síntomas extrapiramidales y la hiperprolactinemia relacionados con el receptor dopaminérgico, así como el aumento de peso y la sedación, más vinculados a los receptores histaminérgicos y muscarínicos²⁶. Las alteraciones cognitivas también se han ligado a este último receptor²⁷. Clozapina, olanzapina y quetiapina tiene una alta unión al receptor colinérgico y, por ello, tienden a presentar mayor sedación, incremento ponderal y posible afectación cognitiva.

En función de las características de los antipsicóticos se optará por una estrategia de cambio u otra (fig. 1; tabla 2). Si el paciente presenta efectos secundarios intolerables se elegirá un cambio brusco de tratamiento, a pesar de incrementar el riesgo de desestabilización clínica. Sin embargo, si el paciente tolera hasta cierto punto los efectos secundarios, nos inclinaremos más por un cambio más paulatino de tratamiento como el de escalonamiento cruzado o solapamiento y retirada, con el que podremos evitar descompensaciones clínicas (fig. 1; tabla 2). Esta segunda opción se escogería, por ejemplo, para un paciente estable en tratamiento con antipsicóticos típicos que verbaliza quejas sobre apatía, anhedonia y disfunción cognitiva. Un cambio paulatino hacia un antipsicótico más atípico sería recomendable. Otro factor a tener en cuenta cuando se escoge entre las diversas estrategias de cambio de tratamiento antipsicótico es la ubicación donde se va a realizar. Un cambio brusco puede ser factible en sala de hospitalización, pero es casi inviable en el ámbito ambulatorio.

Tabla 1
Motivos de cambio de antipsicóticos

<i>Falta de eficacia</i>
• Sintomatología persistente
• Recaída a pesar del buen cumplimiento
<i>Falta de tolerabilidad</i>
• Efectos extrapiramidales
• Trastornos metabólicos
• Sedación
• Disfunción sexual
• Incremento del QT
• Déficits cognitivos
<i>Cumplimiento terapéutico</i>
• Por parte del paciente
• Por parte de la familia

Figura 1. Estrategias de cambio de antipsicóticos: *a)* cambio brusco del antipsicótico previo e implementación inmediata del antipsicótico nuevo; *b)* escalonamiento cruzado del antipsicótico previo con el antipsicótico nuevo, y *c)* continuación del primer antipsicótico a dosis plena y solapamiento progresivo del nuevo antipsicótico hasta una dosis óptima, con posterior retirada del antipsicótico previo.



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4188571>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4188571>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)