

PSICOFARMACOLOGÍA

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno a las SMI y la psicofarmacología.

MITO

No debe recetar clozapina hasta que todos los demás medicamentos hayan fallado.

REALIDAD

No piense en la clozapina como una opción de último recurso. La Guía de práctica de la APA para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia recomienda la clozapina para estas situaciones:

- ✔ Un paciente muestra una respuesta mínima o nula a dos medicamentos antipsicóticos a una dosis adecuada.¹
- ✔ El riesgo de intentos de suicidio o suicidio sigue siendo sustancial a pesar de otros tratamientos.¹
- ✔ El riesgo de comportamiento agresivo sigue siendo alto a pesar de otros tratamientos.¹

MITO

El aumento de peso a causa de los antipsicóticos es un efecto secundario que no se puede tratar.

REALIDAD

¡Hay opciones para ayudar a controlar este efecto secundario!

Algunos medicamentos tienen un mayor riesgo de aumento de peso que otros. Simplemente cambie de un medicamento de mayor riesgo a uno de menor riesgo.² Entre los fármacos de segunda generación, el aripiprazol, el brexpiprazol, la lurasidona y la ziprasidona son de menor riesgo.^{3, 3}

Hay otros enfoques que pueden ser útiles:⁴

- ✔ Asesoramiento nutricional
- ✔ Ejercicio
- ✔ Terapia cognitiva conductual

Por último, puede potencializarlo con medicamentos que pueden ser útiles para el aumento de peso. La opción mejor estudiada es la metformina.⁵

MITO

Los medicamentos inyectables de acción larga son solo para personas no adherentes.

REALIDAD

Incluso si la adherencia no es un problema, algunos pacientes prefieren los medicamentos antipsicóticos inyectables de acción prolongada (LAI, por sus siglas en inglés).^{6, 7, 8}

De hecho, algunas personas consideran que los LAI son más convenientes porque no necesitan recordar tomar una pastilla todos los días.⁹ Los estudios en diferentes entornos muestran que los LAI pueden prevenir la recaída. Esto incluye a las personas que experimentan un primer episodio de psicosis.¹⁰

Los médicos pueden discutir acerca de las LAI en el contexto de un enfoque compartido de toma de decisiones. Puede:

- ✔ Informar a sus pacientes sobre las formulaciones de acción prolongada.
- ✔ Hablar acerca de las ventajas y desventajas disponibles.
- ✔ Deje que los pacientes tomen la mejor decisión por sí mismos.

MITO

No debe recetar antidepresivos a personas que tienen trastorno bipolar.

REALIDAD

De hecho, un subconjunto de personas parece beneficiarse de los antidepresivos.

Esto sucede cuando se combinan con estabilizadores del estado de ánimo o antipsicóticos atípicos para la depresión bipolar. Sin embargo, en general, esto no se considera una estrategia de primera línea.^{11, 12, 13} Cuando se agregan antidepresivos a estabilizadores adyuvantes del estado de ánimo o antipsicóticos atípicos, el riesgo de cambio afectivo emergente del tratamiento es similar al placebo a corto plazo.¹⁴

Debe evitar los antidepresivos:^{12, 14}

- ✔ en personas que tienen antecedentes de manía o hipomanía inducida por antidepresivos.
- ✔ para quienes con ciclismo rápido reciente.
- ✔ Para personas con características mixtas actuales.
- ✔ Como monoterapia para personas con trastorno bipolar I.

Fuentes:

1. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia (Guía de práctica de la Asociación Americana de Psiquiatría para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia), tercera edición 2020 [9/24/2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>.
2. Stroup TS, McEvoy JP, Ring KD, Hamer RH, LaVange LM, Swartz MS, et al. A Randomized Trial Examining the Effectiveness of Switching from Olanzapine, Quetiapine, or Risperidone to Aripiprazole to Reduce Metabolic Risk: Comparison of Antipsychotics for Metabolic Problems (CAMP) (Un ensayo aleatorizado que examina la efectividad de cambiar de olanzapina, quetiapina o risperidona a aripiprazol para reducir el riesgo metabólico: comparación de antipsicóticos para problemas metabólicos (CAMP, por sus siglas en inglés)). Am J Psychiatry. 2011; 168(9):947-56.
3. Pillingier T, McCutcheon RA, Vano L, Mizuno Y, Arumuham A, Hindley G, et al. Comparative Effects of 18 Antipsychotics on Metabolic Function in Patients with Schizophrenia. Predictors of Metabolic Dysregulation, and Association with Psychopathology: a Systematic Review and Network Meta-Analysis (Efectos comparativos de 18 antipsicóticos sobre la función metabólica en pacientes con esquizofrenia, predictores de desregulación metabólica y asociación con psicopatología: una revisión sistemática y metaanálisis en red). The Lancet Psychiatry. 2020; 7(1):64-77.
4. Alvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González-Blanch C, Gleason JF, McGorry PD. Non-Pharmacological Management of Antipsychotic-Induced Weight Gain: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials (Manejo no farmacológico del aumento de peso inducido por antipsicóticos: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados). The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science. 2008; 193(2):101-7.
5. de Silva VA, Suraweera C, Ratnatunga SS, Dayabandara M, Wanniarachchi N, Hanwella R. Metformin in Prevention and Treatment of Antipsychotic Induced Weight Gain: A Systematic Review and Meta-Analysis (Metformina en la prevención y el tratamiento del aumento de peso inducido por antipsicóticos: una revisión sistemática y metaanálisis). BMC Psychiatry. 2016; 16(1):341.
6. Kane JM, Schooler NR, Marcy P, Achtyes ED, Correll CU, Robinson DG. Patients with Early-Phase Schizophrenia Will Accept Treatment with Sustained-Release Medication (Long-Acting Injectable Antipsychotics): Results From the Recruitment Phase of the PRELAPSE Trial (Los pacientes con esquizofrenia en fase temprana aceptarán el tratamiento con medicación de liberación sostenida (antipsicóticos inyectables de acción prolongada): resultados de la fase de reclutamiento del ensayo PRELAPSE). J Clin Psychiatry. 2019; 80(3).
7. Blackwood C, Sanga P, Nuamah I, Keenan A, Singh A, Mathews M, et al. Patients' Preference for Long-Acting Injectable versus Oral Antipsychotics in Schizophrenia: Results from the Patient-Reported Medication Preference Questionnaire (Preferencia por los antipsicóticos inyectables de acción prolongada frente a los antipsicóticos orales en la esquizofrenia: resultados del cuestionario de preferencia de medicación informado por el paciente). Patient Preference Adherence (Preferencia por los antipsicóticos inyectables de acción prolongada frente a los antipsicóticos orales en la esquizofrenia: resultados del cuestionario de preferencia de medicación informado por el paciente). Patient Preference Adherence (El paciente prefiere la adherencia). 2020; 14:1093-102.
8. Heres S, Schmitz FS, Leucht S, Pajonk FG. The Attitude of Patients Towards Antipsychotic Depot Treatment (La actitud de los pacientes hacia el tratamiento antipsicótico de depósito). International Clinical Psychopharmacology. 2007; 22(5):275-82.
9. Iyer S, Banks N, Roy MA, Tibbo P, Williams R, Manchanda R, et al. A Qualitative Study of Experiences with and Perceptions Regarding Long-Acting Injectable Antipsychotics: Part I-Patient Perspectives (Un estudio cualitativo de las experiencias y percepciones con respecto a los antipsicóticos inyectables de acción prolongada: Parte I-perspectivas del paciente). Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie. 2013; 58(5 Suppl 1):145-225.
10. Kane JM, Schooler NR, Marcy P, Correll CU, Achtyes ED, Gibbons RD, et al. Effect of Long-Acting Injectable Antipsychotics vs Usual Care on Time to First Hospitalization in Early-Phase Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial (Efecto de antipsicóticos inyectables de acción prolongada frente a la atención habitual a tiempo hasta la primera hospitalización en la esquizofrenia en fase temprana: un ensayo clínico aleatorizado). JAMA Psychiatry. 2020.
11. Gitlin MJ. Antidepressants in Bipolar Depression: An Enduring Controversy (Antidepresivos en la depresión bipolar: una controversia duradera). International Journal of Bipolar Disorders. 2018; 6(1):25.
12. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 Guidelines for the Management of Patients with Bipolar Disorder (Directrices de la red canadiense para el tratamiento del estado de ánimo y la ansiedad (CANMAT) de 2018 y la sociedad internacional de trastornos bipolares (ISBD) para el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar). Bipolar Disord. 2018; 20(2):97-170.
13. McGirr A, Vöhringer PA, Ghaemi SN, Lam RW, Yatham LN. Safety and Efficacy of Adjunctive Second-Generation Antidepressant Therapy with a Mood Stabiliser or an Atypical Antipsychotic in Acute Bipolar Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Placebo-Controlled Trials (Seguridad y eficacia del tratamiento antidepresivo adyuvante de segunda generación con un estabilizador del estado de ánimo o un antipsicótico atípico en la depresión bipolar aguda: una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados con placebo). The Lancet Psychiatry. 2016; 3(12):1138-46.
14. Pacchiarotti J, Bond DJ, Baldessarini RJ, Nolen WA, Grunze H, Licht RW, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force Report on Antidepressant Use in Bipolar Disorders (El informe del grupo de trabajo de la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares (ISBD), por sus siglas en inglés) sobre el uso de antidepresivos en los trastornos bipolares). The American Journal of Psychiatry. 2013; 170(11):1249-62.