

ORGANIZA



ESKETAMINA – SISTEMA DOPAMINÉRGICO

Aprendiendo juntos

Lucas Macia Fuentes
FEA Farmacia Hospitalaria
Hospital Monte Naranco. UGC Farmacia.
Área Sanitaria IV

VII Jornada

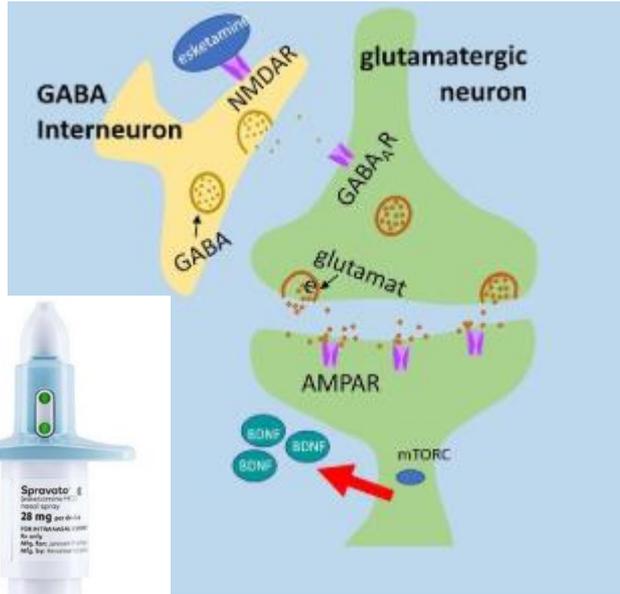
**CONTROVERSIAS SOBRE EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO ESPECIALISTA
EN FARMACIA HOSPITALARIA EN EL ÁMBITO DE LA PSIQUIATRÍA.
¿ES POSIBLE UN MODELO ÚNICO?**

AVANZANDO EN EL ABORDAJE DE NUEVOS ROLES



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Introducción

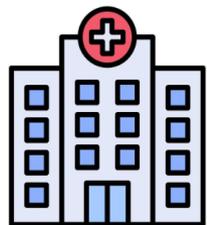


- MA: Antagonista no selectivo y no competitivo del R-NMDA.
- IND: DRT al menos 3 líneas antidepresivas, siendo una de ellas potenciación.
- IN:
 - Corticosteroide nasal o descongestivo nasal
 - ↑ Sedación - Otros depresores SNC (BDZ, Opioides, etc.)
 - ↑ TA - Psicoestimulantes (Metilfenidato, modafinilo, hormonas tiroideas)



 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<p>DIRECCIÓN DE ATENCIÓN Y EVALUACIÓN SANITARIA COMISIÓN DE USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS</p>
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DE ESKETAMINA	

Nombre y apellidos:	Edad:	NHC:
Diagnóstico (CIE-10):		



HMN



CSM I La Eria



CSM II La Corredoria



CSM V Naranco



Pelayo. Varón 50 años

Trastorno depresivo desde 2010

Dx: Trastorno depresivo recurrente episodio grave F32.2

Rasgos anancásticos de personalidad

Parkinson yatrogénico

Incluido en PRS



Bupropion 150 mg 2-0-0

Clonazepam 0.5 mg 1-0-0 + 0.5 mg PRN

Lormetazepam 2 mg 0-0-1 PRN

Levodopa/Carbidopa 100/25 2-2-2



Acude a consulta por empeoramiento:

- Anhedonia
- Inhibición psicomotora
- Tristeza
- Pesimismo
- Pérdida de apetito
- Insomnio global
- Aislamiento y clinofilia
- Disminución de la atención
- Ideas de muerte permanente
- Ideación autolítica en periodos de empeoramiento clínico



1. FACTORES QUE CONTRAINDICAN LA PRESCRIPCIÓN DE ESKETAMINA:

Hipersensibilidad a esketamina, ketamina o a alguno de sus excipientes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ausencia de respuesta a esketamina en pulverización nasal o a ketamina intravenosa en el episodio depresivo mayor actual	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pacientes en quienes el aumento de la presión arterial o de la presión intracraneal suponga un riesgo grave (vasculopatía aneurismática, antecedentes de hemorragia intracerebral, o cualquier episodio cardiovascular en las 6 semanas previas)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
El paciente no es capaz de autoadministrarse correctamente la medicación intranasal	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mujeres embarazadas o mujeres en edad fértil que no empleen un método anticonceptivo eficaz	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Insuficiencia hepática de clase C de Child-Pugh (grave)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



- Requisitos para la solicitud de esketamina:
 - Pacientes adultos entre 18 y 74 años con trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento, descartando comorbilidad psiquiátrica activa o comorbilidades médicas (hipertiroidismo no suficientemente tratado, síntomas del tracto urinario, etc.) que puedan interferir con el tratamiento.
 - Pacientes que **no han respondido al menos a tres estrategias diferentes con antidepresivos** (incluyendo antidepresivos de distinta clase), siendo al menos **una de ellas una estrategia de combinación o potenciación**, en el episodio depresivo grave actual.



Historial psicofarmacológico (disponible desde 2014)

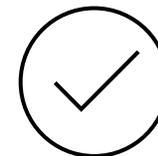
1. VORTIOXETINA+CLOMIPRAMINA+BUPROPION+ARIPRAZOL
2. BUPROPION + FLUOXETINA
3. BUPROPION + MIRTAZAPINA
4. BUPROPION + MIRTAZAPINA + VENLAFAXINA
5. BUPROPION + MIRTAZAPINA + VENLAFAXINA + RISPERIDONA
6. TEC



HMN



CSM II La Corredoria



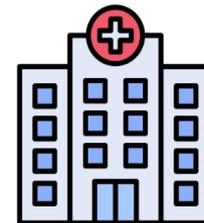
¿Es Bupropion el mejor AD?

VII
Jornada

**CONTROVERSIAS SOBRE EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO ESPECIALISTA
EN FARMACIA HOSPITALARIA EN EL ÁMBITO DE LA PSIQUIATRÍA.
¿ES POSIBLE UN MODELO ÚNICO? AVANZANDO EN EL ABORDAJE DE NUEVOS ROLES**



HMN



UHP - HUCA

Fase de inducción en UHP

ISRS – Citalopram menos efecto anticolinérgico

MADRS basal: 39

Dosis inicio 56 mg + Citalopram 10 mg 1-0-0

2ª sesión aumento 84 – Buena tolerancia

Neurología. 2018;33(6):395–402



NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



REVISIÓN

**Antidepresivos en la enfermedad de Parkinson.
Recomendaciones del grupo de trastornos del
movimiento de la Asociación Madrileña de Neurología[☆]**



E. Peña^{a,*}, M. Mata^b, L. López-Manzanares^c, M. Kurtis^d, M. Eimil^e,
J.C. Martínez-Castrillo^f, I. Navas^g, I.J. Posada^h, C. Prietoⁱ, C. Ruiz-Huete^j,
L. Vela^k y B. Venegas^l, en nombre del grupo de trastornos del movimiento
de la Asociación Madrileña de Neurología

VII
Jornada

**CONTROVERSIAS SOBRE EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO ESPECIALISTA
EN FARMACIA HOSPITALARIA EN EL ÁMBITO DE LA PSIQUIATRÍA.
¿ES POSIBLE UN MODELO ÚNICO? AVANZANDO EN EL ABORDAJE DE NUEVOS ROLES**





Fin semana 2. ALTA - CTI Corredoria.



HMN



CSM II La Corredoria



Final semana 4. Intento autolítico - ingreso en UHP

MARDS: 30 – Fin fase inducción. Continuar mantenimiento semanal.



Mejoría de síntomas motores durante administración de ESK.



Parkinson yatrogénico a seguimiento por Neurología.

- 6 meses UPDRS III: 23
- **3 meses UPDRS III: 25**
 - Dolor y rigidez MSD
 - Subida de dosis de Sinemet 250 2-2-2

REVIEW

The effects of ketamine on dopaminergic function: meta-analysis and review of the implications for neuropsychiatric disorders

M Kokkinou^{1,2}, AH Ashok^{1,2,3} and OD Howes^{1,2,3}

Molecular Psychiatry (2018) 23, 59–69

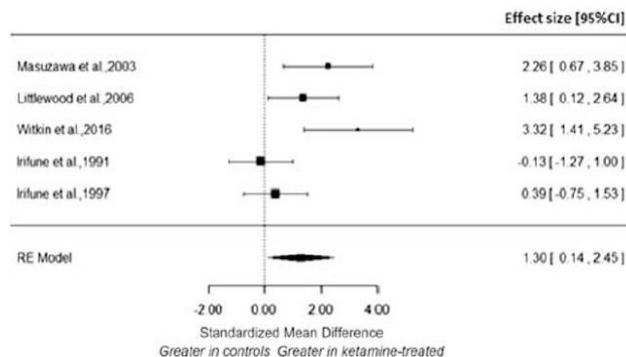
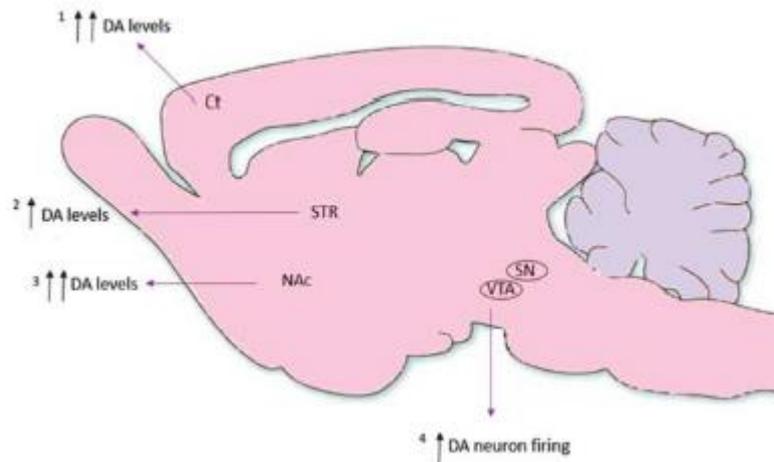


Figure 3. Meta-analysis of the effect of acute ketamine on nucleus accumbens dopamine levels. There was a significant increase in dopamine levels in the nucleus accumbens following ketamine with a large effect size (summary effect size = 1.30; $P = 0.028$).





Mejoría de síntomas motores durante administración de ESK.

Parkinson yatrogénico a seguimiento por Neurología.

IC NEUROLOGIA

UPDRS III : 19

↓ Dosis L-DOPA y monitorización estrecha



Fin semana 8 estabilización y ALTA
UPDRS III 15 -19



CRPS San Lázaro



Levodopa/Carbidopa 100/25 1-1-1



El día previo a ESK IN 1-1-½

El día de la inhalación 0-0-½



CSM II La Corredoria

Distanciamiento progresivo de ESK IN - c/2 semanas

6 meses MADRS: 24 - Se decide suspender tratamiento ESK IN



Levodopa/Carbidopa 100/25 2-1-2

UPDRS III - 24



1. Monitorización integral de la respuesta a nuevos tratamientos
2. Gestión de transiciones asistenciales en pacientes complejos



Mejora del registro de tratamiento psicofarmacoterapéutico.

- Adherencia
- Respuesta
- Efectos adversos



Muchas
Gracias

VII
Jornada

**CONTROVERSIAS SOBRE EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO ESPECIALISTA
EN FARMACIA HOSPITALARIA EN EL ÁMBITO DE LA PSIQUIATRÍA.
¿ES POSIBLE UN MODELO ÚNICO? AVANZANDO EN EL ABORDAJE DE NUEVOS ROLES**

ORGANIZA

