

JORNADA SOBRE CONTROVERSIAS EN FARMACIA PSIQUIÁTRICA: MONOTERAPIA *vs* POLITERAPIA EN ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN



ORGANIZA:



PATROCINA:



JORNADA
SOBRE CONTROVERSIAS
EN FARMACIA PSIQUIÁTRICA:
MONOTERAPIA vs POLITERAPIA EN
ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN



MANEJO DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN UNA PACIENTE EN TRATAMIENTO CON TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC): EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO

Romero Martín C¹, Padilla Romero P², López Arteaga T²
¹Servicio de Farmacia. ²Servicio de Psiquiatría

Carlota Romero Martín
Residente de tercer año
Hospital Nra. Sra. del Prado
(Talavera de la Reina)

24 de enero de 2019



- ❖ La TEC es uno de los principales tratamientos disponibles en psiquiatría de **alta eficacia** y **seguridad clínica** probada.
- ❖ En España se estima que en 2012 fueron tratados **3090** pacientes y que en el **55%** de las unidades se aplica esta técnica.
- ❖ **Infrautilización de TEC:** temor a posibles interacciones.



- ❖ No disponibilidad de guías clínicas sobre el **manejo farmacoterapéutico** previo a sesiones de TEC -> decisión final criterio clínico



Descripción del caso:



Presentación clínica

- Mujer de 34 años, soltera, sin hijos. Vive con su madre.

Antecedentes somáticos

- Alergia penicilinas
- Intolerancia quetiapina
- Asma alérgica
- Fumadora
- No consumo de tóxicos

Antecedentes Salud Mental

- Seguimiento Psiquiatría: desde año 2000.
- **Trastorno Bipolar tipo I**
- Múltiples ingresos en UHB: episodios maníacos graves con síntomas psicóticos.



Descripción del caso:

Presentación clínica

- En los últimos 2 años múltiples descompensaciones que requieren de ingreso en UHB, destacando gran dificultad para mantener la eutimia interepisódica.

Tratamiento no psiquiátrico habitual	
Atorvastatina 20 mg	0-0-1
Gestodeno-etinilestradiol 0,075-0,02 mg	0-0-1
Ramipril 5 mg	1-0-0
Salmeterol-fluticasona 50-250 mcg inh.	1-0-1

Tratamiento psicofarmacológico actual	
Sales de litio 400 mg	1-0-1
Olanzapina 10 mg	1-0-1
Clonazepam 2 mg	1-0-1
Lorazepam 1 mg	0-0-0-2



Descripción del caso:

Enfermedad actual

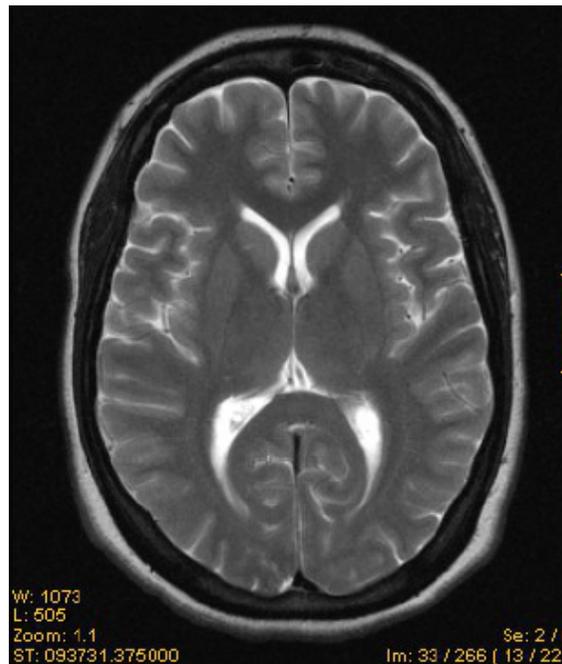
- ❖ La paciente es traída al **Servicio de Urgencias** por un hermano refiriendo que escapó de domicilio hace días y en ese tiempo ha estado deambulando por la calle en estado de manía (irritable, vociferante, delirante).
- ❖ En la valoración por parte de **Psiquiatría** la paciente se niega a hablar, grita y amenaza por lo que precisa de contención farmacológica e inmovilización terapéutica. Dada la inestabilidad psicopatológica se cursa ingreso involuntario en UHB.
- ❖ **Exploración psicopatológica:** consciente, no colaboradora. Nula conciencia de enfermedad. No es posible realizar una exploración completa.
- ❖ **Exploración complementaria:** hemograma y bioquímica sin alteraciones, sistemático de orina normal, tóxicos negativos. **Valores de litio:** 0,68 mmol/l [0,6-1.2]

JORNADA
SOBRE CONTROVERSIAS
EN FARMACIA PSIQUIÁTRICA:
MONOTERAPIA vs POLITERAPIA EN
ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN



Evolución

- ❖ Durante la primera semana en **UHB** la paciente continuó en estado de manía aguda con síntomas psicóticos: ánimo irritable, sensación de aumento de energía, discurso delirante.
- ❖ Se decide dado el resultado satisfactorio en una ocasión anterior **aplicar TEC**.



RMN de la paciente para descartar patología neurológica

JORNADA
SOBRE CONTROVERSIAS
EN FARMACIA PSIQUIÁTRICA:
MONOTERAPIA vs POLITERAPIA EN
ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN



✓ **Valoración preanestésica**



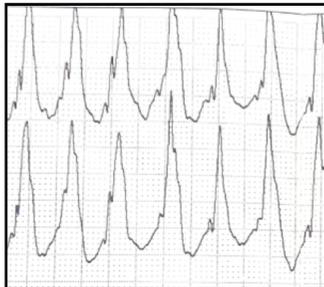
✓ **Historia farmacoterapéutica completa**



✓ **Interacciones de Psicofármacos y
medicación no psiquiátrica**



UMBRAL CONVULSIVO



Anestesia



JORNADA
SOBRE CONTROVERSIAS
EN FARMACIA PSIQUIÁTRICA:
MONOTERAPIA vs POLITERAPIA EN
ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN



Qué entendemos por convulsión efectiva

Thymatron System IV S/N 40252

07:47:55

Indicadores de
respuesta
automatizados

% Energy Set..... **“carga terapéutica”** .. 55 %
Charge Delivered..... 282.8 mC

Actividad ictal
bilateral
sincrónica de
alta amplitud



Electroencefalograma de la paciente de una convulsión efectiva

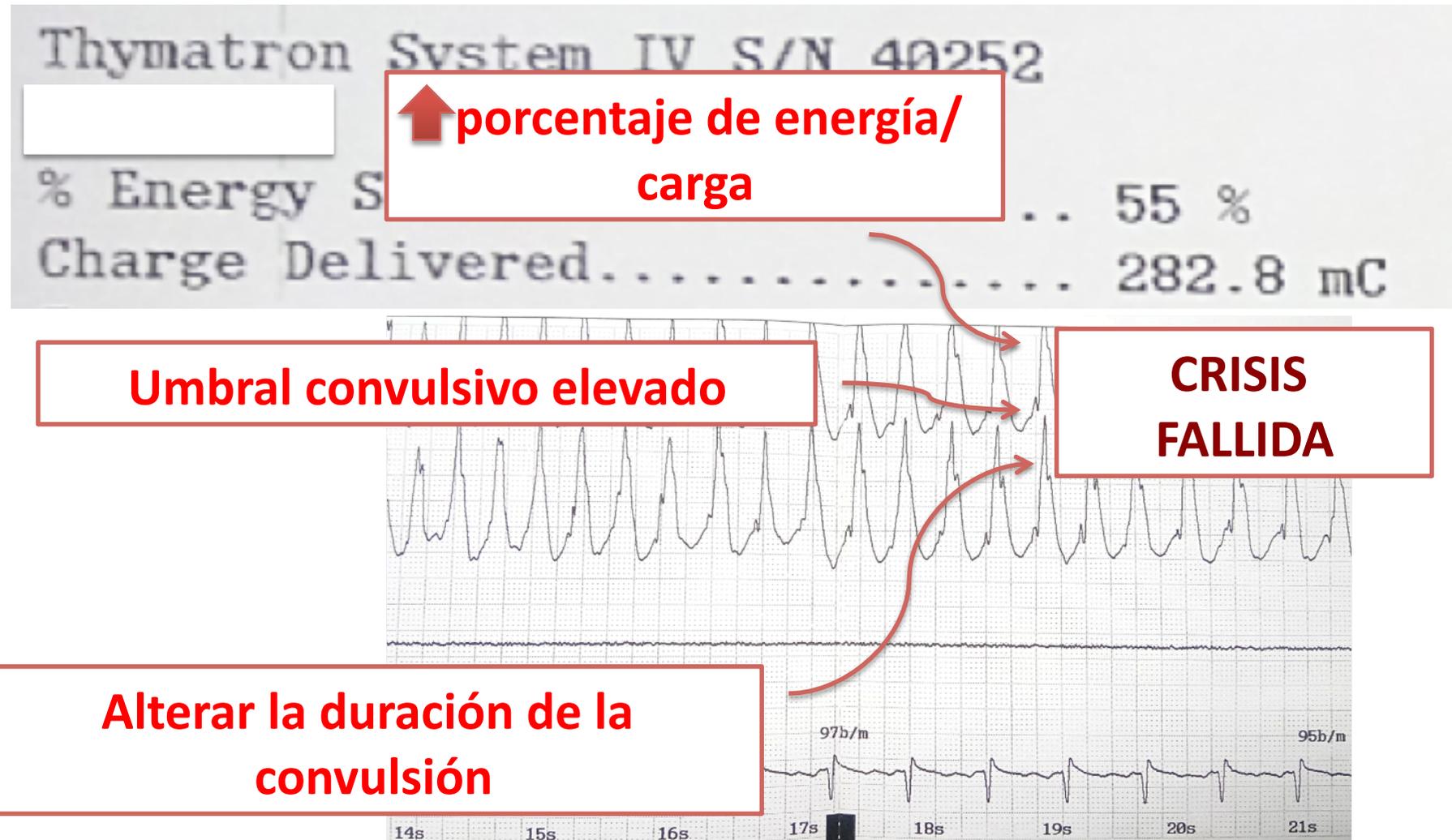
CRISIS EFECTIVA



duración



Interacción de fármacos con el procedimiento





Consideraciones clínicas en la combinación de TEC y medicación somática

PRINCIPIO ACTIVO	RECOMENDACIONES
Gestodeno-Etinilestradiol	No se encuentran recomendaciones al respecto
Atorvastatina	No se encuentran recomendaciones al respecto
<p>Ramipril: Procurar que el paciente tenga las cifras de tensión arterial (TA) dentro de valores normales. Debe tomar su medicación habitual 2-3 horas antes de la TEC con un poco de agua. Si el paciente mantiene cifras hipertensivas, se puede administrar tratamiento intravenoso antes de la administración del estímulo. El urapidilo es una buena alternativa para contrarrestar la HTA post-TEC. Diuréticos contraindicados.</p>	
<p>Salmeterol – fluticasona: en los enfermos con bronquitis crónica, se recomienda administrar broncodilatadores la mañana antes de la TEC y durante la recuperación. Los glucocorticoides y agonista beta adrenérgicos deben administrarse antes de la TEC para prevenir broncoconstricción.</p>	



Consideraciones clínicas en la combinación de TEC y psicofármacos

PRINCIPIO ACTIVO	RECOMENDACIONES
Lorazepam Clonazepam	Las benzodiacepinas elevan el umbral convulsivo , disminuyen la duración de las convulsiones y la eficacia de la TEC. Deben reducirse y suspenderse siempre que sea posible debido a su propiedad anticonvulsivante . En el caso que sea necesaria su continuación debería cambiarse de vida media larga a corta.
Litio	No está contraindicado en la TEC, aunque se recomiendan ciertas precauciones respecto al estímulo. Es deseable mantener niveles plasmáticos no muy altos . Reajustar dosis al finalizar la TEC.
Olanzapina	Los antipsicóticos pueden influir al umbral convulsivo . Puede ser necesario ajustar la dosis para prevenir convulsiones prolongadas.

JORNADA
SOBRE CONTROVERSIAS
EN FARMACIA PSIQUIÁTRICA:
MONOTERAPIA vs POLITERAPIA EN
ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN



Plan farmacoterapéutico



PRINCIPIO ACTIVO	COMENTARIO
Atorvastatina	Continúa su administración habitual
Gestodeno-etinilestradiol	Continúa su administración habitual
Ramipril	Se mantiene y se aseguran cifras tensionales normales
Salmeterol-fluticasona	Continúa su administración habitual y antes de TEC
Olanzapina	No recomendaciones precisas sobre su potencial interacción
Clonazepam	Vida media larga, potencial interacción
Lorazepam	Vida media corta, reduce ansiedad previa a la terapia
Litio	Se suspende <u>únicamente</u> dosis nocturna, valores en rango terapéutico

JORNADA
SOBRE CONTROVERSIAS
EN FARMACIA PSIQUIÁTRICA:
MONOTERAPIA vs POLITERAPIA EN
ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN



Evolución global



- ❖ La evolución global fue **satisfactoria**. La paciente se mantuvo ingresada durante 3 meses realizándose un total de 16 sesiones (frecuencia 3/semana) en **fase aguda** y, se incluyó en **TEC de continuación** ambulatorio (frecuencia 2/semana el primer mes).
- ❖ Al alta se mantiene mismo tratamiento farmacológico.

JORNADA
SOBRE CONTROVERSIAS
EN FARMACIA PSIQUIÁTRICA:
MONOTERAPIA vs POLITERAPIA EN
ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN



DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

La TEC se encuentra **infrautilizada** a pesar de ser una técnica segura y de elevada eficacia clínica, debido en parte al temor a **posibles interacciones**.

La Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) ha elaborado recientemente un **consenso** con el que se pretende protocolizar este procedimiento y **fomentar su utilización**.

La inclusión del farmacéutico hospitalario en el **equipo multidisciplinar** supondría un aumento en la **seguridad y calidad** del **manejo farmacoterapéutico** en pacientes sometidos a TEC.



JORNADA
SOBRE CONTROVERSIAS
EN FARMACIA PSIQUIÁTRICA:
MONOTERAPIA vs POLITERAPIA EN
ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN



BIBLIOGRAFÍA

1. Vera I, Sanz-Fuentenebro J, Urretavizcaya M, et al. Electroconvulsive Therapy Practice in Spain: A National Survey. J ECT. 2016;32(1):55-61.
2. Tess AV, Smetana GW. Medical evaluation of patients undergoing electroconvulsive therapy. N Engl J Med. 2009;360(14):1437-44.
3. Schak KM, Mueller PS, Barnes RD, Rasmussen KG. The safety of ECT in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Psychosomatics. 2008;49(3):208-11.
4. Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Silesia in Katowice. Combined use of ECT and psychotropic drugs. Psychiatr. Pol. 2015; 49 (6):1241-1253
5. Bernardo Arroyo M, González-Pinto A, Urretavizcaya M, et al. Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva TEC; 2018. Disponible en: <http://sepb.es/consenso-tec>

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN



carlotar@sescam.jccm.es

