



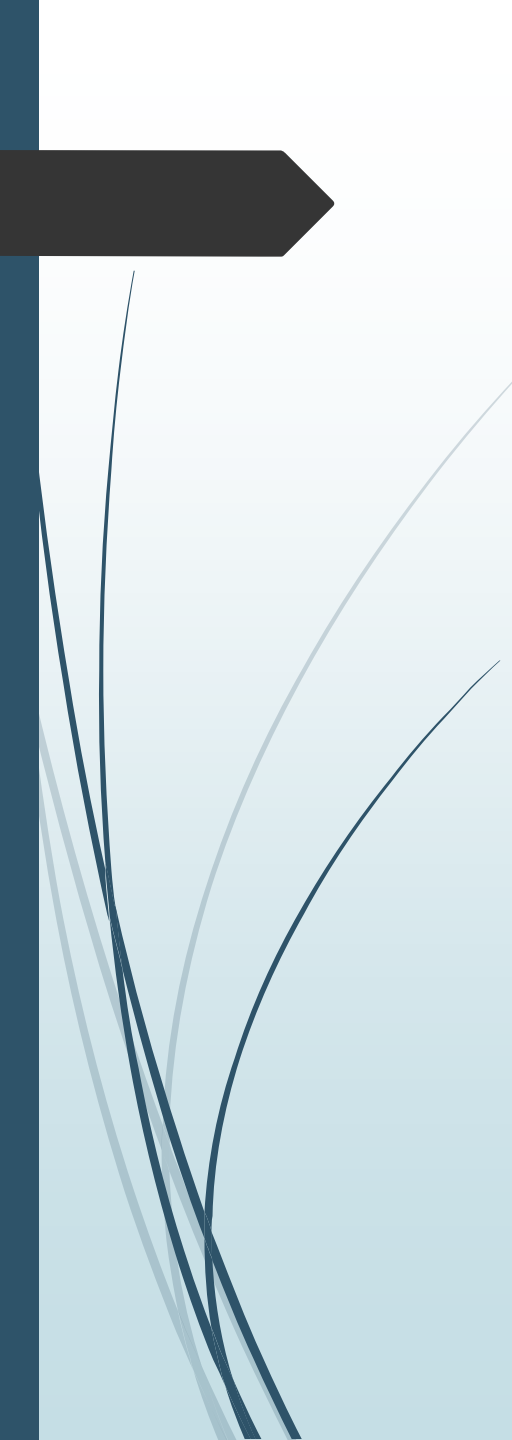
ACTUALIZACION TERAPEUTICA EN PSIQUIATRIA

TRASTORNOS PSICOTICOS

*EWA RYBAK KOITE
LEA PSIQUIATRIA*

COMPLEJO HOSPITALARIO SEGOVIA

2 DE NOVIEMBRE 2022

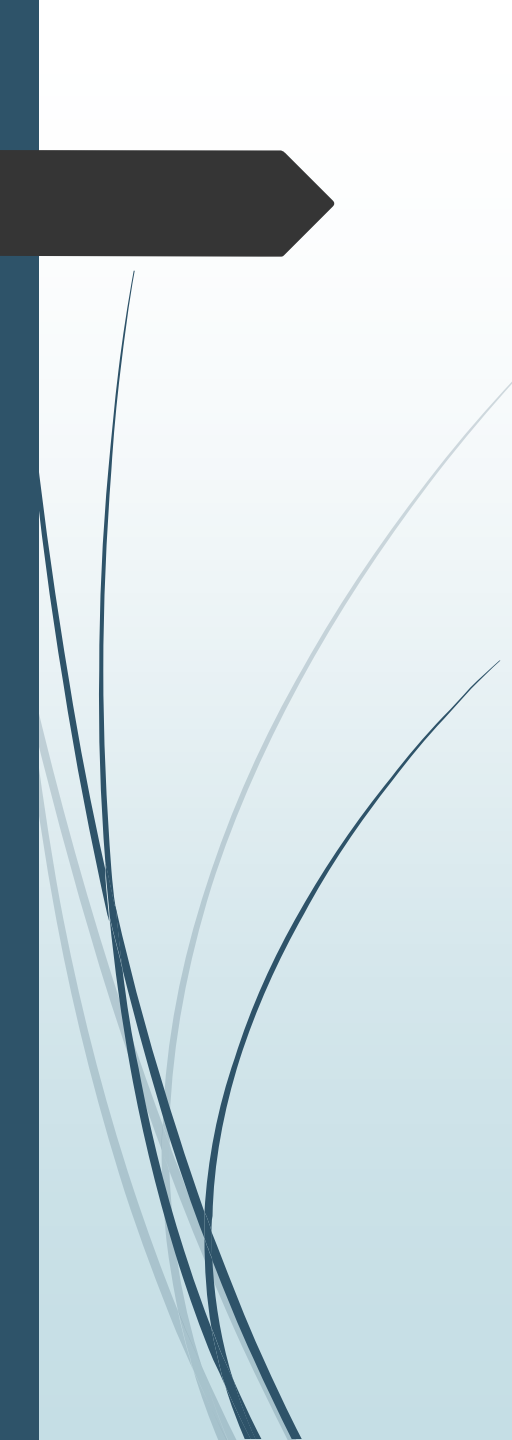


Generalidades

QUE SON LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS?

TRASTORNOS MENTALES GRAVES DONDE EL **JUICIO DE REALIDAD** ESTÁ ALTERADO

Incapacidad para distinguir entre creencias y/o percepciones falsas o verdaderas



Trastornos Psicóticos

Se definen por anomalías en 1 o más de los 5 dominios:

- 1) Delirios
- 2) Alucinaciones
- 3) Pensamiento Desorganizado (discurso)
- 4) Conducta motora severamente desorganizada (incluye catatonia)
- 5) Síntomas Negativos

Delirios

Creencias fijas que no son susceptibles de cambio a pesar de pruebas en su contra.

CONTENIDOS:

- Persecutorios (los más frecuentes)
- Referenciales
- De grandeza
- Erotomaníacos
- Nihilistas
- Somáticos
- Fenómenos de permeabilidad (robo e inserción del pensamiento, delirios de control) se consideran delirios extravagantes.

Extravagantes (inverosímiles) / no extravagantes.





Alucinaciones

Percepciones sin estímulo externo.

Vívidas y claras como las percepciones reales.

No sujetas a control voluntario.

Sin alteraciones del nivel conciencia.

Pueden darse en cualquier modalidad sensorial.

Alucinaciones Auditivas - "voces" - Las más frecuentes en ESQUIZOFRENIA y tr relacionados

Alucinaciones **hipnagógicas** (al dormirse) e **hipnopómpicas** (al despertarse)

Alteraciones de pensamiento

Dificulta la comunicación.

Pensamiento desorganizado – T. formal del pensamiento observado a base del discurso del paciente.

Cambios del tema – **descarilamiento** o **asociaciones laxas**

Discurso tangencial – la respuesta no está relacionada directamente con la pregunta.

Pararespuestas

Desorganización hasta incomprensión – incoherencia o ensalada de palabras





Alteraciones de psicomotricidad

- Comportamiento infantililoide
- Agitación
- Inhibición
- Problemas para llevar a cabo actividad dirigida a un objetivo
- Catatonia – disminución reactividad al entorno, negativismo, posturas rígidas...



Síntomas negativos

Más típicos para Esquizofrenia

- **Aplanamiento afectivo / expresión emotiva disminuida**
- **Abulia:** pérdida de voluntad e iniciativa
- **Alogia:** disminución de necesidad y capacidad de habla.
- **Anhedonia:** incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.
- **Asociabilidad** – aislamiento social/pérdida de interés por interacción social

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

MANUAL DIAGNÓSTICO
Y ESTADÍSTICO
DE LOS TRASTORNOS MENTALES

DSM-5®

5.ª edición



CONSEJO INTERAMERICANO
panamericana

Trastornos Psicóticos DSM V

► ESPECTRO DE ESQUIZOFRENIA

► OTROS TR. PSICÓTICOS:

TR. DELIRANTE

TR. PSICÓTICO BREVE

TR. ESQUIZOFRENIFORME

TR. ESQUIZOAFECTIVO

TR. INDUCIDO POR SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS

TR. DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA

CATATONÍA

► TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO



Esquizofrenia

Trastorno mental grave caracterizado por alteraciones de juicio de realidad

persiste durante por lo menos 6 meses

por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos).

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA:

- PARANOIDE
- DESORGANIZADA
- CATATÓNICA
- INDIFERENCIADA
- RESIDUAL



Esquizofrenia fases

FASE PRODROMICA



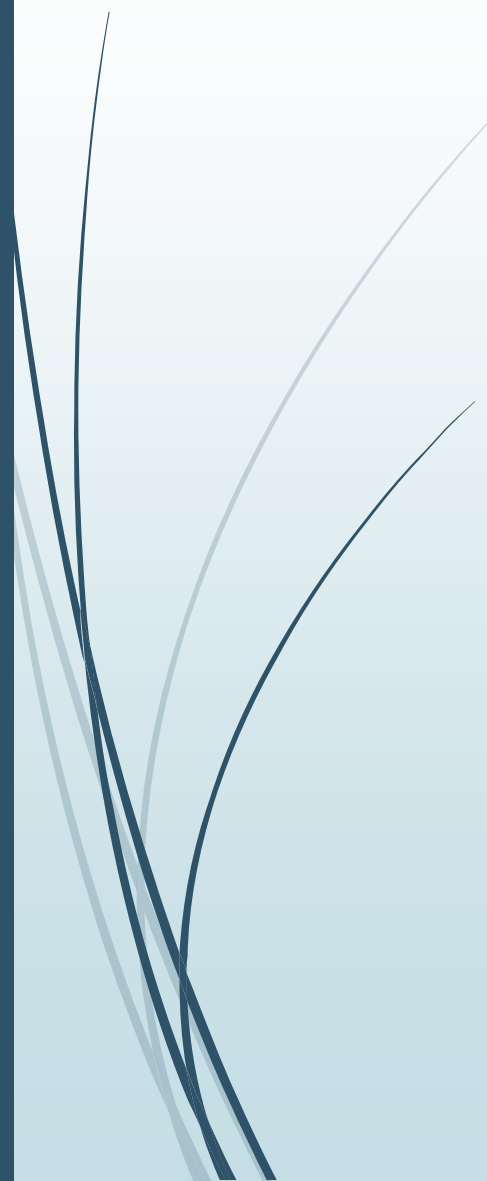
FASE ACTIVA



FASE RESIDUAL



Esquizofrenia



SÍNTOMAS POSITIVOS

- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Desorganización de la conducta
- Desorganización del pensamiento
- Alteración del pensamiento abstracto

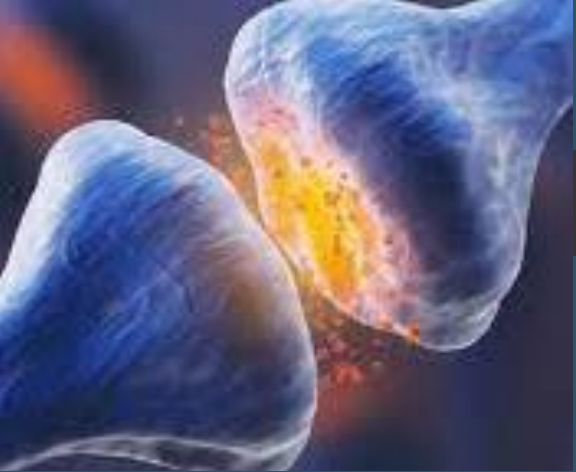
SÍNTOMAS NEGATIVOS

- Aplanamiento afectivo
- Abulia
- Alogia
- Anhedonia
- Apatía
- Aislamiento social
- Pobreza ideativa
- Déficit de atención

Esquizofrenia

- Prevalencia – población general **1%**
- Prevalencia vida DSMV 0,3-0,7%
- **> Hombres**
- Más en zonas urbanas
- Igual en todas las zonas geográficas, rasas...





Esquizofrenia

ETIOLOGIA

- Genética
- Factores ambientales: gestacionales, perinatales, acontecimientos traumáticos, abusos,
- Neuropatológicos: ventrículos laterales grandes
disminución masa cerebral – PODA SINAPTICA EXCESIVA

HIPOTESIS

- Neurodesarrollo
- Dopaminergica
- glutamatergica

Esquizofrenia pronostico

10-20% buena evolución (remisión x 5 años).

20-30% vida relativamente normal.

>50% mala evolución.

40-60% reingresan en los 2 años

10% suicidio consumado (20% lo intenta)

Psicosis activa tiende a reducirse con la edad avanzada. (disminuye act. DA)



Esquizofrenia

factores pronósticos

BUEN PRONÓSTICO	MAL PRONÓSTICO
Inicio tardío. Mujer. Desencadenantes claros. Inicio agudo Buen ajuste previo. Síntomas afectivos (st depresivos). Casado. Duración breve de síntomas en la f. aguda Síntomas positivos A. Fam de tr ánimo. Buena red de apoyo. Buen funcionamiento interepisódico. No alt estructurales cerebrales. NR normal.	Inicio precoz (peor aún si muy precoz: Sin desencadenante. Inicio insidioso. Mal ajuste previo. Retraimiento, comportamiento autista. No casado (=soltero, divorciado o viudo). Falta de apoyos Síntomas negativos A. Fam de esquizofrenia. Síntomas y signos NR. Sin remisiones en 3 años. Muchas recaídas. AP de agresividad.

Esquizofrenia tratamiento



Esquizofrenia

tratamiento farmacológico

- Fase aguda: antipsicóticos típicos y atípicos
Asociar con bdz
- **Risperidona** 2 mg,
- **olanzapina** 10 mg,
- **quetiapina** 300 mg,
- **amisulprida** 400 mg

3 semanas y aumentar dosis si no hay respuesta
Puede tardar 4-8 semanas en dar efecto deseado



Primer episodio psicótico

Mantenimiento:

1er brote: mantener 1-2 año desde remisión completa de síntomas

si hay recaídas – 5 años o indefinido

Incumplidores – inyectables de larga duración.

Si el cuadro remite, reducir al 1 año bajo estrecha vigilancia.



Esquizofrenia

tratamiento de mantenimiento

- Al retirar observas **signos de alarma:** insomnio, ansiedad, retraimiento social, conductas extrañas.
- Si no funcionan AP añadir BDZ, litio, ac. Valproico, propranolol,
- no respuesta?
- pobre adherencia
- riesgo persistente de suicidio ,

CLOZAPINA



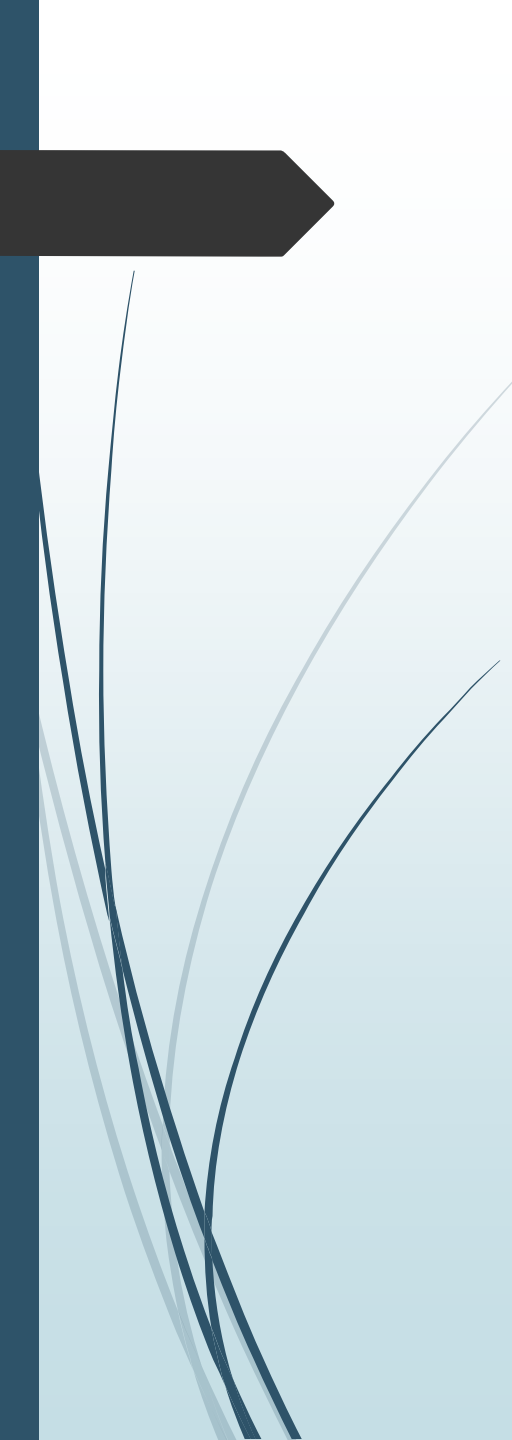
Esquizofrenia resistente a tratamiento



- Si no hay respuesta a 2 AP (1 atípico) pautados en dosis y durante el tiempo adecuado --> resistencia a tto --> **CLOZAPINA**
- Inicio 25mg 0-0-1 o 1-0-1 ir subiendo hasta 300mg x día
- Max: 900mg x día (repartido en varias tomas)
- Efectos secundarios: sedación, aumento de peso, sialorrea
- Graves: agranulocitosis
- Hemograma semanal durante 18 sem luego mensuales



WBC	5.88	[10 ⁹ /L]
RBC	4.45	[10 ¹² /L]
HGB	136	[g/L]
HCT	0.396	[L/L]
MCV	89.0	[fL]
MCH	30.6	[pg]
MCHC	343	[g/dL]
RDW-CV	12.5	%
PLT	120	[10 ⁹ /L]
MPV	10.0	[fL]
PDW	10.0	[fL]
Differential		
NEUT	3.47	[10 ⁹ /L]
LYMPH	1.96	[10 ⁹ /L]



Trastorno delirante

Lo caracteriza presencia de un delirio bien sistematizado, rico y estructurado, monotemático sin otros síntomas asociados.

- El resto ámbitos de su vida no está afectada.
- No deterioro del nivel de funcionamiento personal
- no alt. del afecto,
- No cumple criterios de esquizofrenia
- **Prevalencia 0,2-0,3%**
- > Mujeres
- Animo según contenido del delirio

Trastorno delirante

PRONÓSTICO

- Crónico.
- Con tto: 50% recuperación, 20% mejoría, 30% persisten sin cambios
10% depresión postpsicótica.

Factores de buen pronóstico:

- Mujer
- Inicio < 30 años
- Buena adaptación social, laboral y funcional
- Inicio súbito
- Precipitantes
- Duración breve

Trastorno psicótico breve, T. Esquizofreniforme y T. Esquizotípico de personalidad

T. Esquizotípico de personalidad

T. psicótico breve

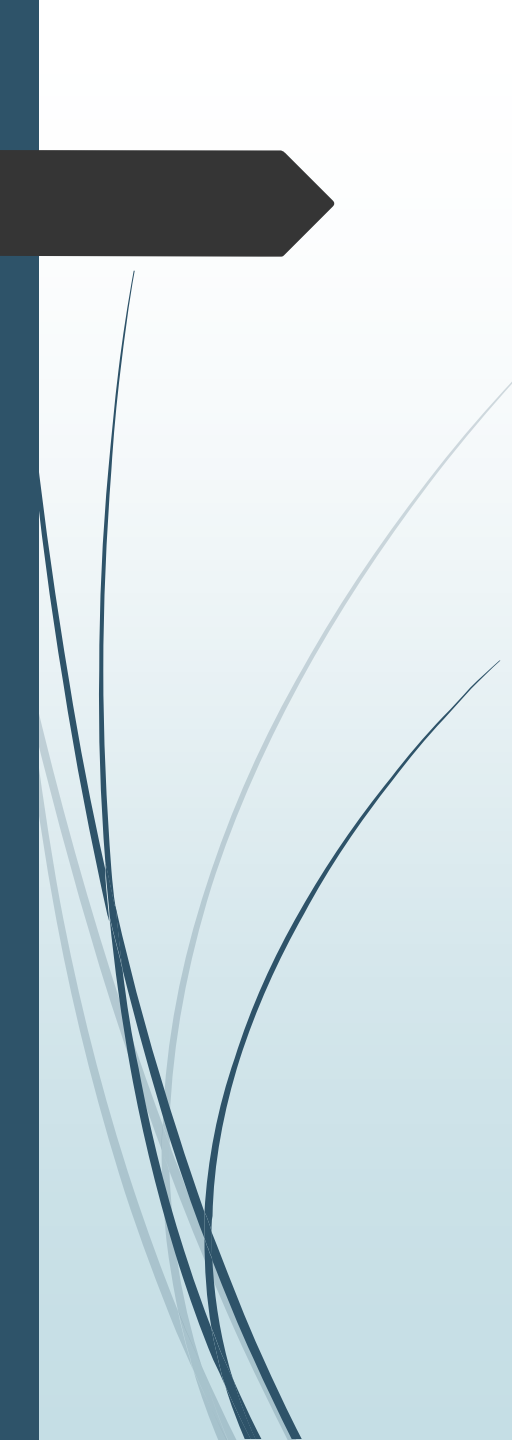
T.
esquizofreniforme

Esquizofrenia

1 día

1 mes

6 meses



Trastorno Esquizoafectivo

DIAGNOSTICO POR EVOLUCION

- **criterios del t. depresivo mayor o manía y a la vez de esquizofrenia.**
- **psicosis durante al menos 2 sem. sin síntomas de t. del estado de ánimo**

► PRONÓSTICO

entre el de los pacientes con esquizofrenia y el de pacientes con trastorno del estado de ánimo.

MEJOR QUE DE ESQUIZOFRENIA PERO PEOR QUE DE T. DEL ESTADO DE ÁNIMO SOLO.



shutterstock.com · 1926227093



T. Psicótico inducido por sustancias/medicamentos

Duración máxima 6 meses.

- **ALCOHOL, ALUCINÓGENOS(LSD), ANFETAMINAS, COCAÍNA** (alucinaciones táctiles), **MESCALINA, FENCICLIDINA, KETAMINA, ESTEROIDES, TIROXINA.**
- **CANNABIS:** la intoxicación provoca **despersonalización y distorsiones** de la percepción, no psicosis activa.
- Precipita recaídas psicóticas en ESQ y es un FR para ESQ.
- **ALCOHOL:** >alucinaciones y delirios en la **abstinencia** que en la intoxicación.
 - **ALUCINOSIS ALCOHÓLICA:** voces despectivas o neutrales, sin alt. de conciencia clara, tras un tiempo de abstinencia.

T. psicótico debido a otra afección médica

- Causas:
 - **Neoplasias** cerebrales, st occipitales y temporales (→alucinaciones)
 - Privación sensorial (**ciegos, sordos**)
 - **Lesiones** lóbulo temporal, parietal y hemisferio derecho.
 - **Epilepsia** del lóbulo temporal (>mujeres, alucinaciones olfativas).
- Delirios más frecuentes: persecutorios.
- Tratamiento: Antipsicóticos y BDZ.



Catatonía

Síndrome clínico debido a diferentes causas:

- La más frecuente T de ánimo (25-50%).
 - Esquizofrenia (10%)
 - Patología médica: epilepsia, TCE, encefalitis, encefalopatía hepática, hiponatremia, hipercalcemia.
 - Sustancias: corticosteroides, inmunosupresores, antipsicóticos/SNM.
-
- Lo 1º **descartar etiología médica.**
 - “Catatonía letal”: raro, fiebre e inestabilidad SNA, R mortal.

TRATAMIENTO:

- Ingreso
- Hidratación y nutrición
- Tratar causa
- BDZ
- TEC



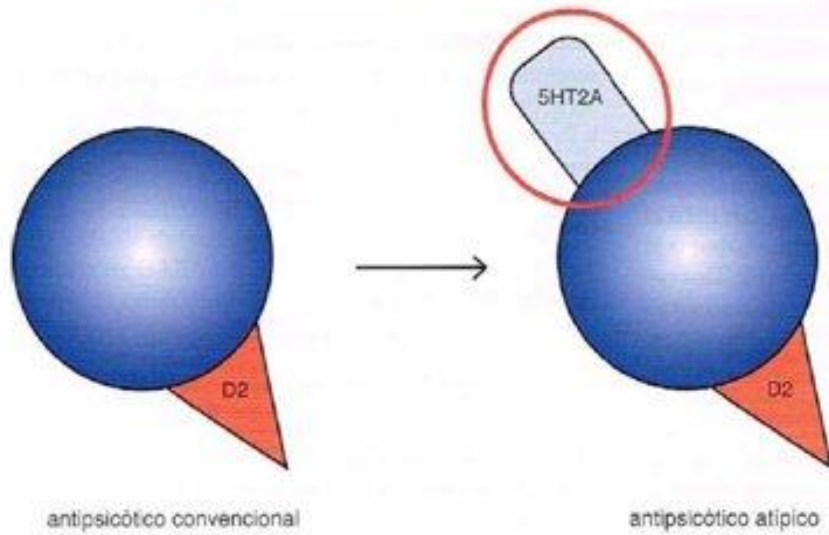


Catatonía

Mas de ≥ 3 de 12 criterios:

1. Estupor=ausencia de actividad psicomotora, no interacciona.
2. Catalepsia=inducción pasiva de postura antigravitatoria.
3. Flexibilidad cérea=resistencia leve y cte al cambio postura
4. Mutismo
5. Negativismo=oposición o no respuesta a órdenes.
6. Adopción de posturas: espontáneas y activas, antigravedad.
7. Manierismos=caricatura de acciones normales.
8. Estereotipias=movimientos repetidos y frec sin objetivo.
9. Agitación
10. Muecas
11. Ecolalia=imita habla del otro
12. Ecopraxia =imita movimientos del otro.

¿Qué define a un antipsicótico como "atípico"?
Adición de acciones de antagonismo 5HT_{2A} / agonismo inverso



ANTIPSICOTICOS

Antipsicóticos generalidades

Estructura química muy heterogénea

afinidad por receptores DA, 5HT, α , Ach (M1) e H
-perfil dif. de efectos y ef. 2

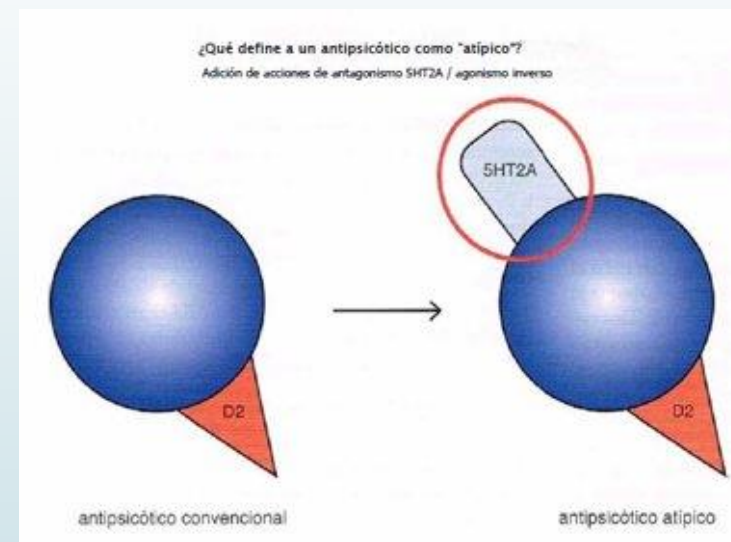
AP ATÍPICOS más afinidad a 5HT < D2

>BLOQUEO SEROTONINÉRGICO

menos SEP, incluida la discinesia tardía.

menos hiperPRL

Mejor control de síntomas negativos SQZ.



ANTIPSICOTICOS

TIPICOS

MECANISMO ACCION:

Antagonismo D2
Antagonismo colinergico
muscarinico M1
Antagonismo H1
Antagonismo α 1

ATIPICOS

MECANISMO ACCION:

Antagonismo D2
Antagonismo 5HT2A
Antagonismo 5HT1b,2c,3,6,7
Agonismo parcial 5HT1A
Agonismo parcial D2
Antagonismo M1,H1, α 1

Antipsicóticos clásicos/típicos/convencionales

MECANISMO ACCION:

- antagonismo/bloqueo rec D2 – 4 vías dopaminérgicas
- Antagonismo colinérgico (rec muscarínico M1) - ef. anticolinérgicos
- Antagonismo H1 –peso, sedación
- Antagonismo α 1 - hipoTa y somnolencia
- Evitar en embarazo (st 1o trimestre) y contraindicados en lactancia.
- Han dejado de ser de 1ª elección

Inicio de era de la psicofarmacología:

- 1º clorpromazina (1952)
- 2º haloperidol (1958).

Vías dopaminérgicas

BLOQUEO DE REC D2 EN LAS 4 VÍAS

Vía mesolímbica: mejora síntomas positivos

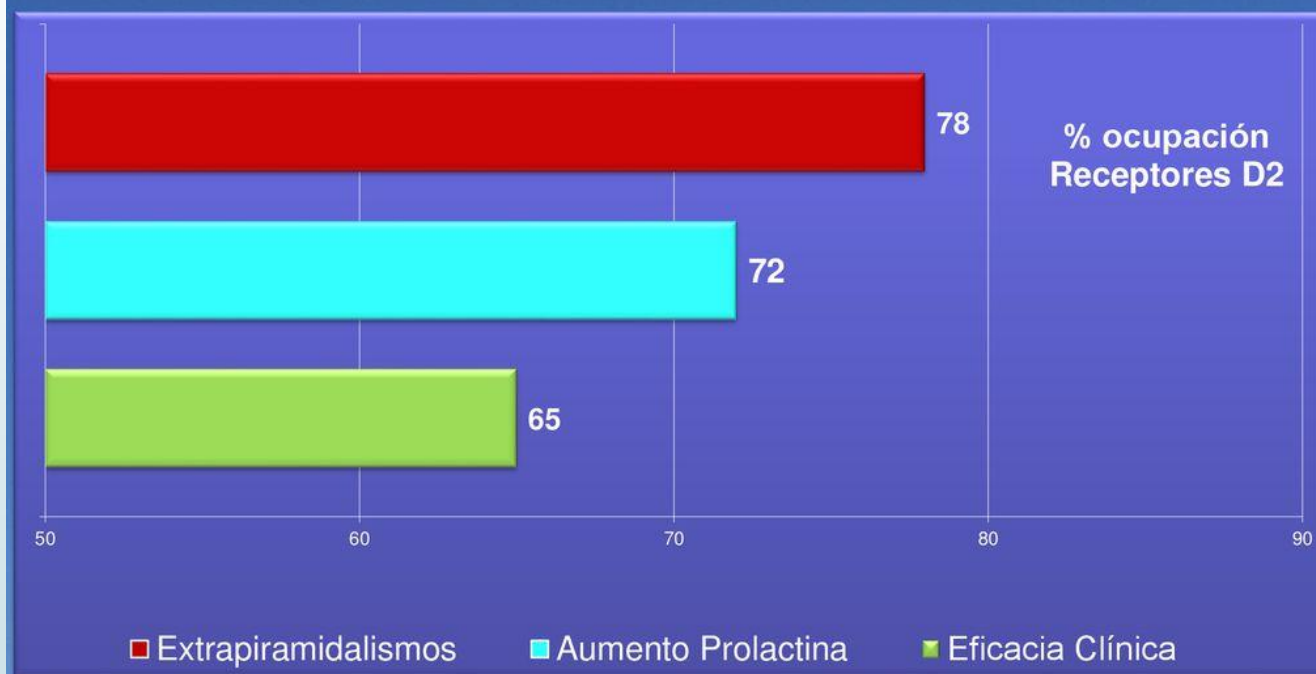
Vía mesocortical: provoca síntomas negativos
(sd. Deficitario inducido)

Vía nigroestriada: provoca
Síntomas extrapiramidales
Discinesia Tardía
Sd Neuroleptico Maligno

Vía tuberoinfundibular: hiperprolactinemia



TRADUCCIÓN CLÍNICA DE LA OCUPACIÓN DE RECEPTORES D2 POR ANTIPSICÓTICOS



Antipsicótico típicos

BAJA POTENCIA

dosis de 50mg

Clorpromazina, Tioridazina.

Baja potencia > efectos 2os

- + sedantes, +↑peso,
- + ef. cardiotóxicos, + hipoTA,
- + epileptógenos, +ef 2 sexuales
- + alergias.

ALTA POTENCIA

dosis≈1-2 mg

Haloperidol, Fufenazina,
Trifluoperazina.

+SEP

los demás ef adversos +frec. con
AP de baja potencia.



Antipsicóticos efectos secundarios

SEP:

- Distonía aguda
- Acatisia
- Pseudoparkinson

Discinesia tardía

Hiperprolactinemia

Prolongación intervalo QT

Disminución del umbral de convulsiones

Sedación,

Hipotensión ortostat,

Síntomas Anticolinérgicos





Distonía aguda

- Contracción muscular involuntaria
- Sacudidas con posturas anormales.

Acatisia

Sensación de incomodidad que produce la necesidad de moverse, especialmente de mover las piernas.

Pseudoparkinsonismo

Debilidad de voz
Alt. De marcha
Falta de balanceo de los brazos
Temblor
Rigidez,



Discinesia Tardía

- Movimientos faciales y linguales rápidos, espasmódicos o coreiformes

Mecanismo - Bloqueo Rc D2 de vía nigroestriatal

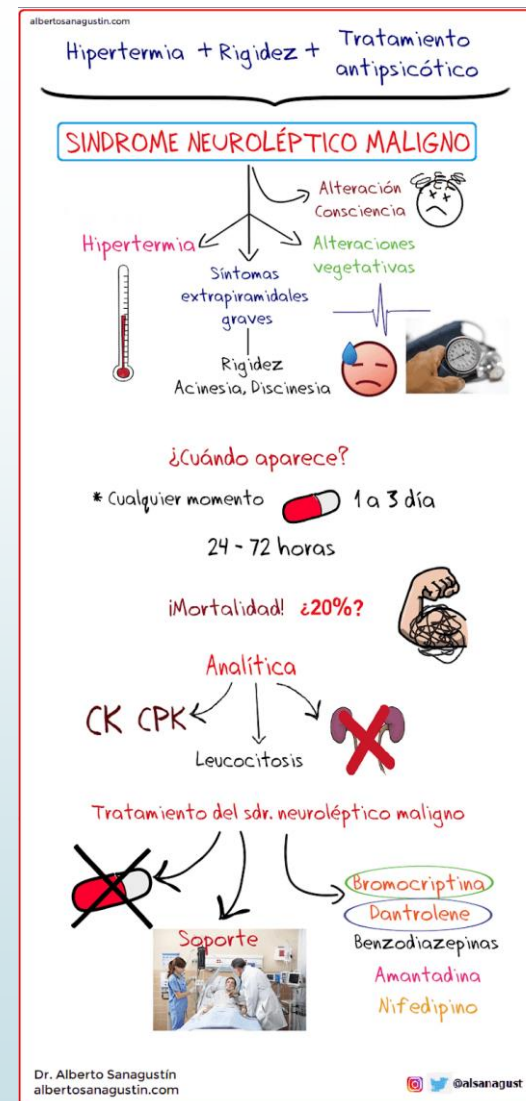
- Causa: uso prolongado de AP típicos
- 5% discinesia tardía al año / 25% a los 5 años

Tratamiento:

Disminuir dosis/ cambiar por AP atípico



Síndrome Neuroléptico Maligno:



Hiperprolactinemia

Dosis-dependiente

+ Mujeres jóvenes.

menos riesgo: Aripiprazol y Quetiapina

+ riesgo: risperidona (75%)

Consecuencias:

- **Directas:** amenorrea, galactorrea, ginecomastia.
- **Indirectas:** infertilidad, disfunción sexual, acné e hirsutismo en mujeres, osteoporosis y *prolactin-mediated endocrine tumors* (cáncer de mama y endometrio).



Ef. Sec. Anticolinérgicos

- Confusión.
- Visión borrosa.
- Estreñimiento.
- Sequedad de boca.
- Mareos y pérdida del equilibrio.
- Dificultad para orinar.



Prolongación intervalo QT

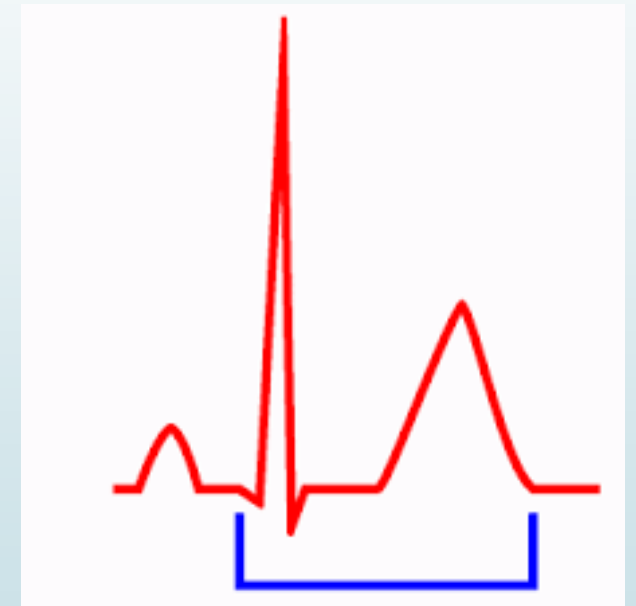
Riesgo de TV polimorfa atípica (*torsade de pointes*) --> FV --> muerte súbita.

AP QTc largo > riesgo:

- Tioridazina
- Ziprasidona, risperidona y quetiapina
- Haloperidol y olanzapina

No prolongan el QTc: Lurasidona y Aripiprazol.

Evitar otros factores de riesgo - otra medicación alt de iones..etc





Manejo de efectos secundarios

Disminución de dosis/cambio de grupo de AP

Parkinsonismo:

- Biperideno (Akineton®)
- Difenhidramina 100 mg /d

Acatisia/temblor:

- Propanolol (Sumial® Tab 10 y 40 mg)
- Biperideno, (Akineton®)
- Benzodiazepinas

Antipsicóticos Atípicos

AP 1ª ELECCIÓN

AP atípicos mas afinidad a Rc **5HT2>D2**

<SEP>eficacia sint. negativos

- Disociación rápida del receptor D2
- Selectividad sobre vías mesolímbicas
- Efecto AD por Agonismo parcial 5HT 1A (CLZ, QTP,ZPR,ARP)

Descubrimiento, por orden:

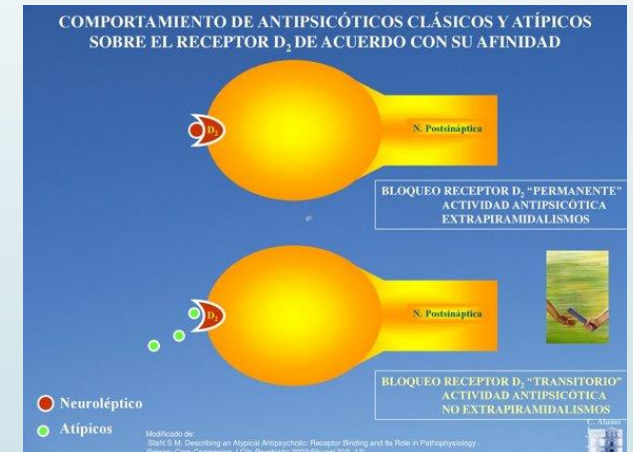
1º clozapina (1961)

2º risperidona (1993)

3º olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol, paliperidona.

APROBADOS

T. Bipolar, Depresión
Mayor, TAG, Mania bipolar
(menos clozapina)



Antipsicóticos atípicos

- 4-6 sem. Para alcanzar eficacia completa (hasta 8)
- Esperar 12-16 semanas a los efectos (algunos hasta 6 meses)
- Primeras 2-3 semanas indicacion de respuesta posterior
- Potenciar con BDZ o un AP típico alta potencia al inicio del tto



Antipsicóticos atípicos

- Clozapina,
- Risperidona
- Olanzapina
- Quetiapina
- Ziprasidona
- Sertindol
- Aripiprazol (agonista parcial sobre ambos receptores)
- Paliperidona
- Asenapina
- Lurasidona
- Cariprazina



Antipsicóticos

Mecanismo de acción

NRL típicos	Antagonismo D2
NRL atípicos (RSP, OLZ, QTP, ZP)	Antagonismo 5HT-2A > D2
Clozapina	Antagonismo D1, D2 y 5HT-2 y 3
Aripiprazol	Agonista – antagonismo DA (= agonista parcial D2)
Amisulprida	Antagonismo D2 y D3
Loxapina	Antagonista D2 y potente antagonista 5HT-2A (a dosis bajas), pero se clasifica como AP típico (sobre todo a dosis altas)

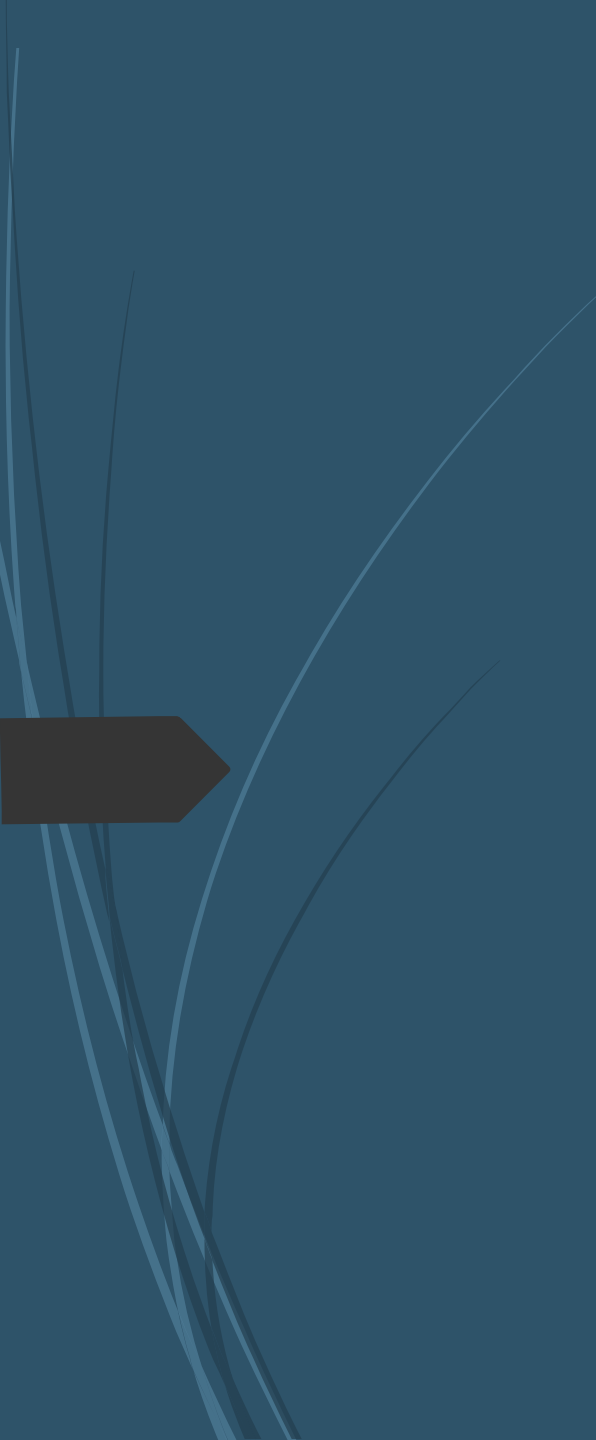
Antipsicóticos

INDICACIONES

- Esquizofrenia, tr esquizoafectivo y otros tr psicóticos (ep agudos y tto mantenimiento)
- Manía aguda, depresión bipolar y prevención recaídas tr bipolar
- Tr delirante
- Depresión con síntomas psicóticos y depresión resistente.
- Agresividad y agitación de cualquier diagnóstico (TGD, RM)
- Psicosis inducida por sustancias
- Algunos TP (st TLP)
- Delirium
- SCPD (demencia): sólo risperidona (> mortalidad y EACV).

Otros:

- Gilles de la Tourette (haloperidol, pimozida)
- vértigo
- cuadros emético
- hipo persistente
- dolor crónico neuropático
- corea de Huntington
- balismo y hemibalismo
- prurito
- epilepsia de lóbulo tempora
- psicosis por Parkinson (CLZ)
- tr endocrinos con síntomas psicóticos.



Típicos

Haloperidol

Comp 10mg/ Amp. 5mg/1ml/ 50y100mg/1ml Gotas2mg/ml

Síntomas diana

Síntomas positivos

Comportamiento agresivo o violento



Dosis recomendada

-Oral:0,5-2mg/8 -12h

(Dosis máxima:100mg/día)

-Parenteral(i.m):2-5mg/4-6h

Inicio 1-15mg/día, (1o más dosis)

dosis elevadas

inducen/empeoran síntomas negativos

Sulpride

comp 50mg, 200mg, caps 50mg, sol 25mg/5ml, amp 100mg/2ml

DOSIS BAJAS: ANSIOLÍTICO
DOSIS ALTAS: ANTIPSICÓTICO

Esquizofrenia
Trastorno paranoide
Manía...



Dosis recomendada:

400-800mg/día,

máx:2400mg

Levomepromazina

Sinogan comp 25mg, 100mg/Gotas 40mg/ml, amp 25mg/ml

- Oral: inicio 25-50mg/día - hasta 150-250mg/día. -
- Parenteral(im): 25mg/6-8horas
- Menor potencia antipsicótica
- Mayor poder sedante



Pimozida

Orap, Orap Forte

Tics motores y fónicos en Sd Tourette
Trastornos psicóticos (T. delirante)

Dosis recomendada: menos de 10 mg/día

Efectos en intervalo QT dosis-dependientes
No usar si IAM, AP arritmia o prol. QT



Zuclopentixol

clopixol, clopixol acufase, clopixol depot

Esquizofrenia subaguda y crónica

Trastorno bipolar

Agresividad

T_{1/2} eliminación: 20 horas -

Acetato: T_{1/2}: 32 horas

Decanoato: T_{1/2}: 17-21 días (varias dosis)

Ancianos: dosis máxima de acetato de 100mg

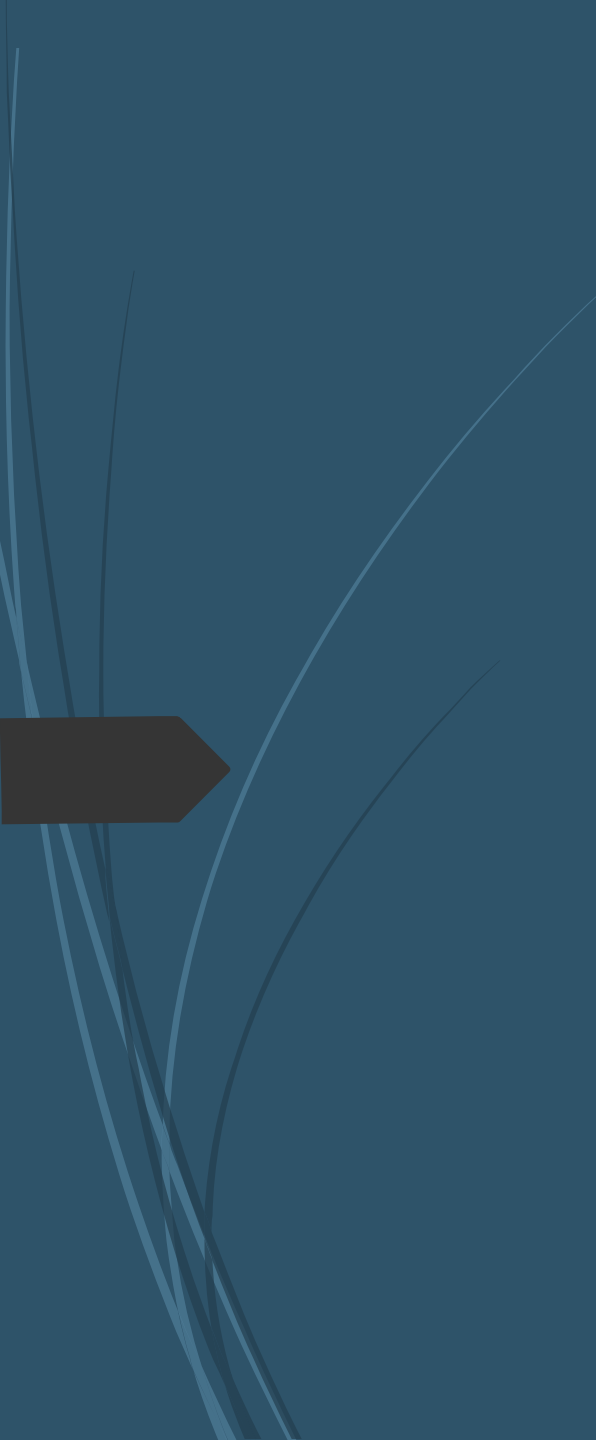
Oral: 20-50mg/día varias tomas

Máx: 150 mg/día

Acufase: 50-150 mg/3 días

Depot (i.m.): 100-400mg/2-4 semanas

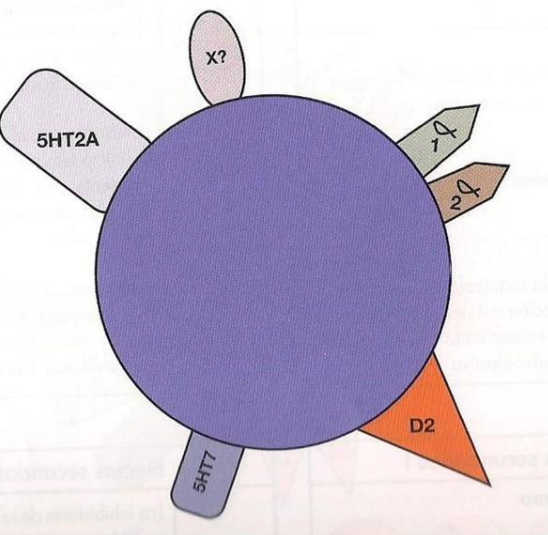




Atípicos



Risperidona



Risperidona Arketin® Calmapride® Diaforin® Rispemylan® Risperdal®

- Adultos y niños
- Inicio: 2mg/día en 1 o 2 dosis
- mantenimiento: 4-6 mg/día; 0,5-2 mg oral (niños y ancianos);
- Máx. 16 mg/día
- R consta 25-50mg x 14días
- precaución en edad avanzada
- Observaciones: ½dosis en pacientes con IH o IR

ESQ > 13a
TB > 10a
TEA alt. cond >5a
Agitación y alt
cond Demencia



Paliperidona

Invega® comp liberacion prolongada 3mg,6mg,9mg

Tratamiento Niños y adultos

- T_{1/2}: 23 horas (oral); 25-49 días im

Inicio: 6 mg/día v.o Incremento de dosis de 3mg cada 4-5 días/ .

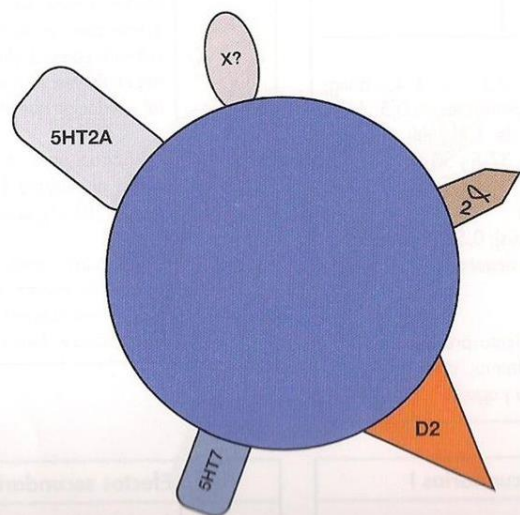
Adolescentes > 15 años: 3mg/24h por la mañana

- Dosis mantenimiento: 3-12 mg/día v.o
- MAX 12mg/día v.o.

Adolescentes <51kg: 6 mg /día

Observaciones: Ajuste de dosis en IR.

Paliperidona





Olanzapina

Zyprexa®, Zolafren®, Zypadhera®

Mejora humor en ESQ ,TB y DM resistente a trat.

Ventajas: No SEP ni hiperPRL

Desventajas: sedación, aumento de peso, ↑Glc, TG y colesterol

IM reduce agitación en 15-30min

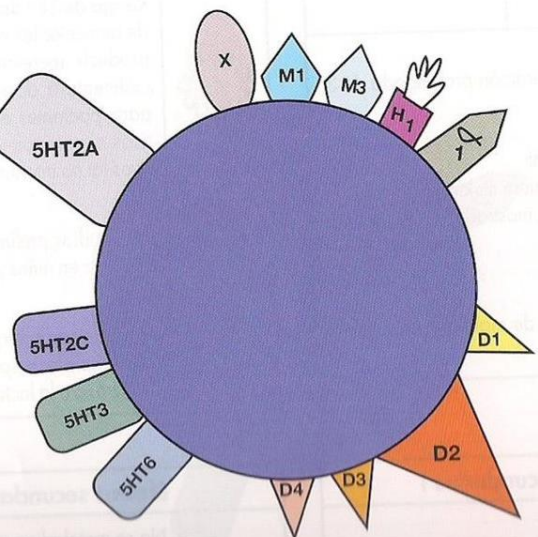
inicio: 10-15 mg/día v.o

5-10mg IM. (2ª dosis 2h después de la 1ª)

Dosis mantenimiento: 5-20 mg/ día v.o

Dosis máxima: 20mg/ día v.o 20mg/día im

Olanzapina





Quetiapina

Seroquel®, Psicotric®, RocoZ®

SEGUN LA DOSIS EFECTO:

HIPNÓTICO > ANTIDEPRESIVO > ANITPSICOTICO

INCONVENIENTES:

RIESGO DM y DISLIPEMIA

Aum. Peso,

Sedación

NO SEP ni hiperPRL

Inicio: 50- 300mg/día v.o en 2 dosis

Prolong: 50-600mg/dv.o

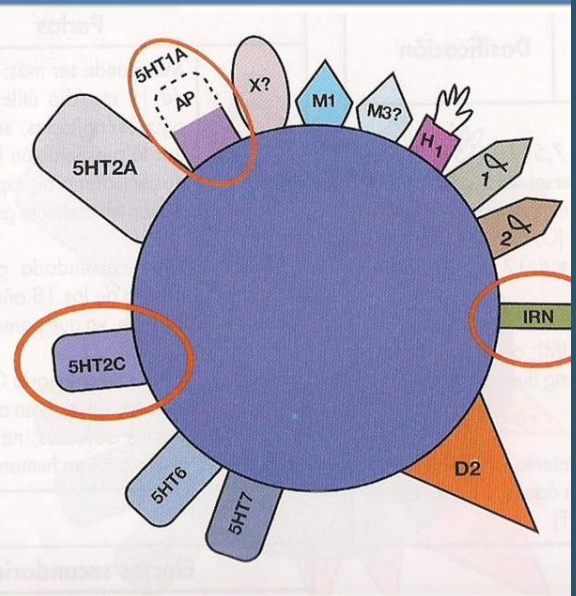
Dosis mantenimiento: 150-750mg/día

Prolong: 150mg-800mg/día v.o

Máx: 800mg/dv.o

T. psicóticos
D. bipolar
Coadyuvante D.
unipolar
Sint psicóticos
Parkinson

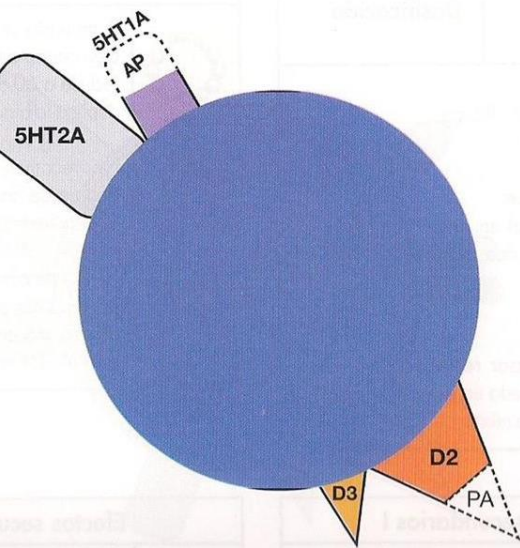
Quetiapina



ABILIFY®
(aripiprazol)



Aripiprazol



Aripiprazol

Abilify®, Arizol®, Apaloz®

Adultos y niños

3ª generación por mecanismo de acción - modulador DA (sube si hay poca, baja si hay mucha)/agonismo parcial D2 y D3 y 5HT1A

- ← Mejora disfunción cognitiva en ESQ
- ← Mejora síntomas afectivos – coadyuvante depresión

- ← **NO** : sedación, ↑peso, DM, ↑QTc.
- ← **NO**: hiperPRL
- ← Pocos SEP

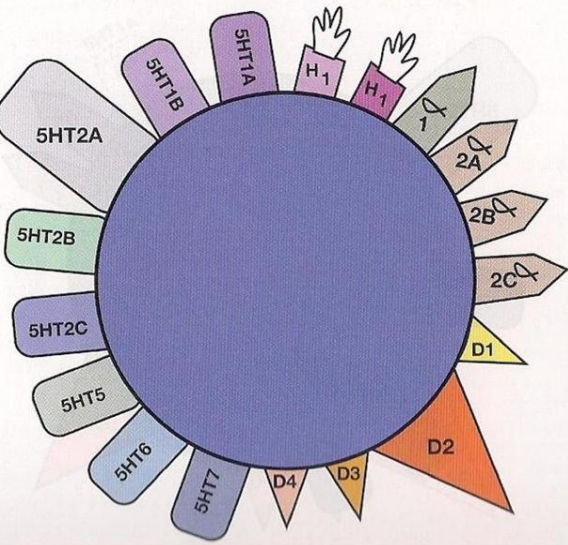
- ← **ACATISIA**
- ← HipoTA ortostática

- ← T1/2: 75 horas (oral); 30-47 días (i.m.)

ESQ >13a
Manía aguda/mixta
>10a
Alt.cond TEA 6-17a
Coadyuvante TDM

Inicio: 10-15mg/d (niños 2mg-->5mg)
IM 9,75mg im. Se puede repetir
No administrar > 3 amp en 24h.
mantenimiento: 15mg/día Niños: 10mg/24
máxima: 30mg/d

Asenapina



ASENAPINA

Sycrest®

Adultos y niños

Antipsicótico/antimaniaco/AD

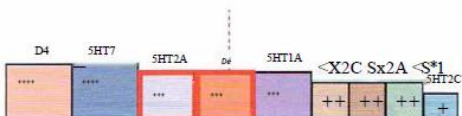
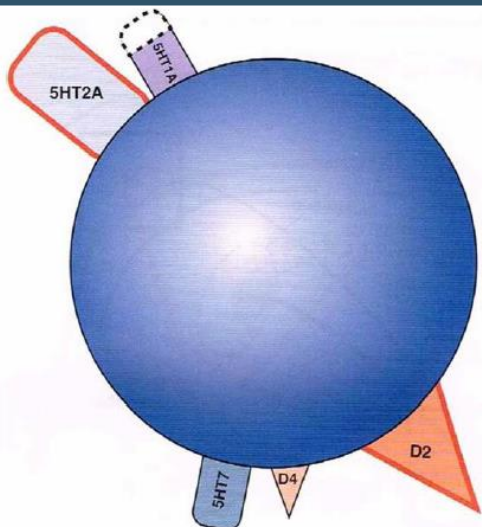
- Absorción rápida sublingual.
 - Biodisponibilidad sl 35% (oral 2%)
 - Evitar comer y beber 10 min. después de la toma
- Ef sec: hipoestesia oral **NO mucho SEP ni aum peso**

Inicio: 5-10 mg/12h v.o.

Mantenimiento: 5-10 mg/12h v.o.

Máx: 20 mg/día v.o.



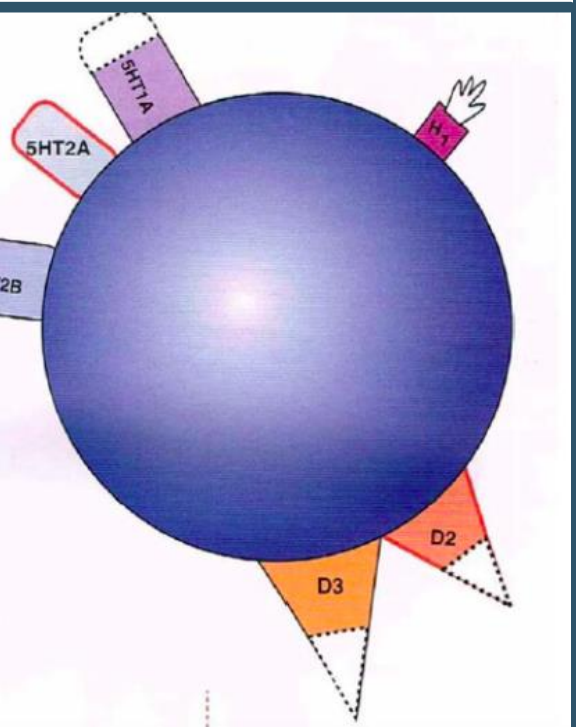


Lurasidona

Latuda® 18,5 mg, 37mg, 74mg

- Indicación España: SQZ adultos / **ANCIANOS** / **niños > 13a**
- **con comida** >350 kcal
- **No ↑ peso ni Sd. metabólico .**
- **único que NO ↑ QTc**
- Pocos SEP. (mejor si dosis nocturna)
- Efecto favorable **antidepresivo y pro cognitivo**

ESQ > 13 a
D Bipolar



Cariprazina

Reagila® 1,5mg,3mg,4,5mg,6mg

- Perfil rec. parecido a aripiprazol (mayor afinidad a D3)
- **Metabolitos activos** --> $t_{1/2}$ largo- en 1 semana se elimina la $\frac{1}{2}$ de fármaco en 3semanas 90%
- **NO** riesgo metabolico
- **NO** hiper PRL,
- **NO** alarga QT.
- Acatisia
- Mas ganancia de peso que con aripiprazol
- Inicio 1,5mg
- Max 6mg



Clozapina

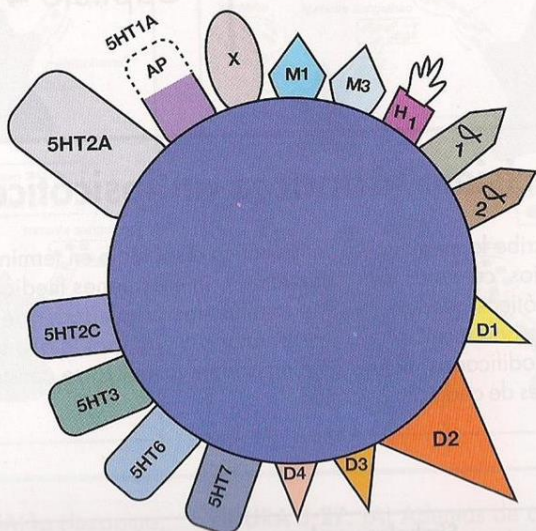
Leponex® 25mg, 100mg,
Nemea® 25mg, 100mg, 200mg

- Esquizofrenia resistente
- Reducción del riesgo de conducta suicida en esquizofrenia o esquizoafectivo
- Trastorno bipolar resistente al tratamiento
- Reducción de la violencia en pacientes agresivos, psicóticos o con daño cerebral que no responden a otros tratamientos.
- Discinesia tardía

Niveles min. terapéuticos >350ng/ml

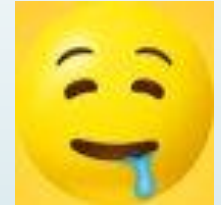
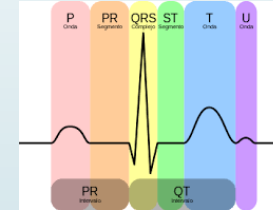
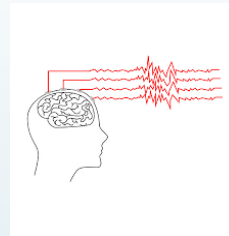
Inicio:
ESQ 12,5-25 mg/v.o
Parkinson: 12,5 mg/día
Mantenimiento:
ESQ: 200-450mg/día v.o.
Parkinson: 25-37,5mg/ día
Máx:
ESQ 900 mg/día
Parkinson: 100 mg/día

Clozapina



Clozapina efectos secundarios

**NO: SEP, discinesia tardía,
hiperPRL**



Sd. Discontinuación --> psicosis de rebote !!

¡¡ HEMOGRAMA!! semanal primeras 18 semanas,
mensual hasta 4 semanas después de suspensión del tratamiento

RECuento LEUCOCITARIO (leuc/mm ³)	RECuento ABSOLUTO NEUTRÓFILOS (ntf/mm ³)	QUÉ HACER
≥ 3.500	≥ 2.000	Control inicial (dentro de los 10 días antes de introducir CLZ), continuar tto con controles habituales
3.000-3.500	1.500-2.000	Continuar CLZ y realizar hemograma 2 veces/semana hasta que mejore.
< 3.000 (<2.500 si >18 semanas)	< 1.500 (<1.000 si >18 semanas)	SUSPENDER INMEDIATAMENTE CLZ, análisis diario hasta resolución, controlar posible infección y NUNCA VOLVER A DAR CLOZAPINA.

Control hematológico clozapina

Inyectables de larga duración

- 
- Xeplion
 - Trevicta
 - Byalnni
 - Maitena
 - Zypadhera
 - Okedi

Risperidona

Risperdal consta® , Okedi®

- Risperdal Consta x 2 semanas 25mg, 37,5mg, 50mg
- Okedi – 75mg, 100mg

Palmitato de paliperidona

Xeplion® Trevicta® Biannly®

Inyección mensual: 50mg, 75mg, 100mg, 150mg

Inyección trimestral 175mg, 263mg, 350mg, 525mg,

Inyección semestral 750mg, 1000mg



Aripiprazol

Abilify maitena®

Ampollas 300mg o 400mg cada 28 días

Olanzapina

Zypadhera®

Ampollas 210mg , 300mg, 405mg

150mg x 2 semanas o 300 x 4semanas
210 cada 2semanas o 405 x 4 semanas

3h de observación por riesgo de sd de delirium por sedación post
inyección No es mortal.



Tratamiento síntomas agresivos

1ª línea: •OLZ, RSP, QTP •APD

2ª línea: •Clozapina •Bzd •APS típico
•Estabilizador del ánimo

URGENCIA:

- OLZ i.m. ARP
- Bzd i.m.
- APS típico i.m. (Haloperidol)



Tratamiento síntomas afectivos

PREVENCION SUICIDIO:

- Clozapina
- Litio

Acciones antidepresivas:

Aripiprazol
Cariprazina
Clozapina
Quetiapina
Asenapina
Olanzapina



Manejo de sedación

MENOS SEDANTES

Ziprasidona

Aripiprazol

Lurasidona

- Risperidona
- Paliperidona

LOS MAS SEDATANTES

- Quetiapina
- Clozapina
- Olanzapina



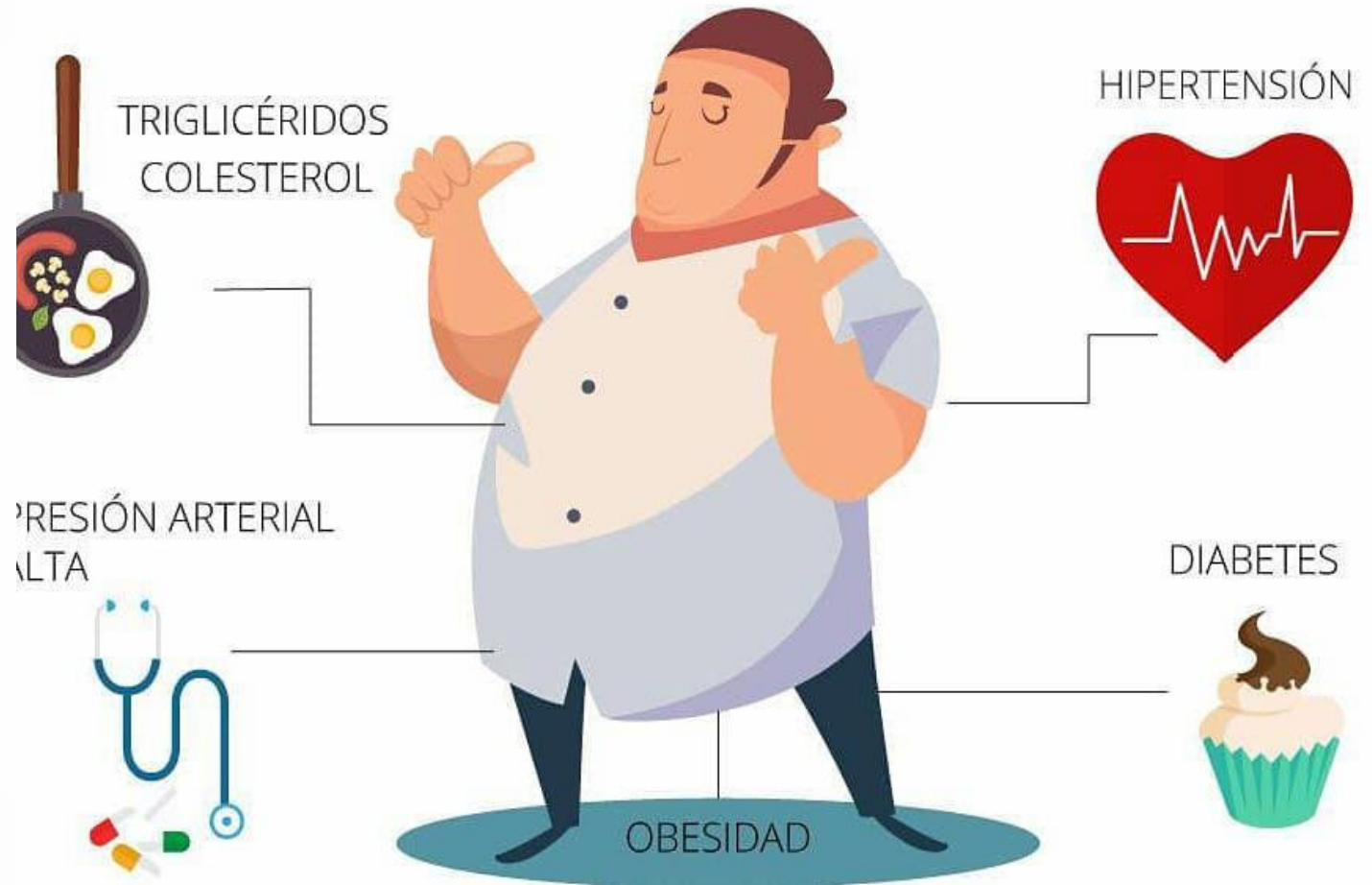
Prevención alteraciones metabólicas

Menos riesgo Ziprasidona
Aripiprazol Cariprazina
Lurasidona Asenapina

Intermedio: Risperidona
Paliperidona Quetiapina

Riesgo alto Clozapina
Olanzapina AP Típicos

Síndrome Metabólico



Antipsicóticos

Antes del tratamiento

- Historia familiar de DM, obesidad, , dislipemia, HTA, enfermedad cardiovascular
- Peso y altura (IMC)
- Circunferencia de cintura
- Presión arterial
- Glc en ayunas
- Perfil lipídico en ayunas
- Hemograma(especialmente clozapina)



Conceso español de salud física en esquizofrenia

- Pacientes ESQ ↑ morbi mortalidad: 50% al menos 1 enf. física o mental
- Esperanza de vida **15 años menor** (20% menos) que población general.

60% por patología somática

28% suicidio

12% accidentes



PROTOCOLO DE CONTROL SALUD FCA. EN TTO AMBULATORIO SQZ

INICIO	EF, serologías (VHB, VHC, VDRL, VIH y papiloma), analítica y resto.
CADA 3 MESES	Revisión tto y valorar SEP si NL típicos
CADA 6 MESES	•TA y FC •Peso, talla, IMC y perímetro abdominal •Función sexual y conductas de riesgo •Revisar SEP.
ANUAL	•Hemograma y bioqca sanguínea (perfil lipídico, glu, creatinina, hepática): repetir a las 10 sem y 6 meses tras cambio de tto, repetir si glu>125, repetir si ↑peso>5% •TSH y PRL

Antipsicóticos y embarazo

GRUPO B: CLOZAPINA Y OLANZAPINA.

RESTO: GRUPO C.



Clasificación de medicamentos para embarazadas

Clase de fármaco	Seguridad en el embarazo
A	No hay pruebas de riesgo fetal
B	No se ha demostrado riesgo en animales; no se ha demostrado riesgo para el feto humano
C	Estudios en animales demuestran riesgo No hay estudios adecuados en seres humanos
D	Pruebas de riesgo para seres humanos Evaluar la relación entre riesgos y beneficios del fármaco
X	Riesgo fetal definitivo Contraindicado

Fuente: US Food and Drug Administration.

Muchas gracias

