


KAPLAN & SADOCK
MANUAL DE BOLSILLO DE

TRATAMIENTO
PSICOFARMACOLÓGICO
7.^a EDICIÓN



Benjamin J. Sadock, M.D.
Norman Sussman, M.D.
Virginia A. Sadock, M.D.

 Wolters Kluwer

Prefacio

Esta es la 7.^a edición de *Kaplan & Sadock. Manual de bolsillo de tratamiento psicofarmacológico*, cuya 1.^a edición se publicó hace más de 25 años. Durante este tiempo ha habido una revolución en el tratamiento de las enfermedades mentales, que comenzó con la introducción de los psicofármacos. Este libro está a la altura de esa revolución y contiene información sobre todos los fármacos que se utilizan en el tratamiento de los trastornos mentales. Ha sido de ayuda para gran cantidad de profesionales que brindan atención a quienes padecen enfermedades mentales (psiquiatras y médicos de otro tipo, residentes de psiquiatría, estudiantes de medicina, psicólogos clínicos, personal de enfermería psiquiátrica, etc.).

OBJETIVOS DEL LIBRO

Este libro abarca todo el espectro del tratamiento psiquiátrico con fármacos de la práctica clínica de la psiquiatría. Como en cada nueva edición, todas las secciones se han actualizado y revisado. Además, se han añadido secciones nuevas. Muchos de los fármacos aprobados por la Food and Drug Administration de Estados Unidos como tratamiento de los trastornos psiquiátricos han mostrado tener beneficios mayores de los que se reconocieron cuando inició su venta, por lo que se ha ampliado la gama de trastornos que pueden tratar. En algunos otros fármacos se han identificado riesgos imprevistos. Estos hallazgos sirven para enfatizar la importancia de poseer información actualizada, acerca de la elección y el uso de medicamentos, que refleje la información proveniente de las investigaciones y la experiencia clínica. El objetivo de este libro es presentar esta información de manera clara y concisa.

ESTRUCTURA DEL LIBRO

De manera congruente con el formato de las ediciones anteriores, cuando es posible, se clasifican los fármacos de acuerdo con su actividad farmacológica y su mecanismo de acción, en lugar de utilizar las categorías de antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos y estabilizadores del estado de ánimo, que son demasiado amplias. Por ejemplo, una gran cantidad de antidepresivos se utilizan para el tratamiento de los trastornos de ansiedad; algunos ansiolíticos se emplean en la depresión y los trastornos bipolares, mientras que algunos fármacos de todas las categorías se usan para el tratamiento de enfermedades diversas como los trastornos de la alimentación y el control de impulsos, por mencionar solo un par. Esta estructura es frecuente en las publicaciones de farmacología y consideramos que la psicofarmacología debe seguir esta misma estructura siempre que sea posible y en consideración del conocimiento actual.

CÓMO UTILIZAR ESTE LIBRO

Al inicio de la obra el lector encontrará una tabla (tabla A) que menciona todos y cada uno de los fármacos acompañados del capítulo en el que se mencionan. Además, el índice alfabético de materias menciona cada uno de los medicamentos y la página en la que se puede encontrar la información relevante. Todas las secciones brindan abundante información que incluye: 1) el nombre químico del fármaco; 2) las presentaciones y dosis; 3) la acción farmacológica, incluidas la farmacocinética y la farmacodinámica; 4) las indicaciones y aplicaciones clínicas; 5) el uso en niños, adultos mayores y mujeres embarazadas y en lactancia; 6) los efectos adversos y las reacciones alérgicas y 7) las interacciones farmacológicas.



34

Fármacos para la pérdida de peso

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema frecuente entre las personas con trastornos mentales, ya sea por un cuidado personal deficiente o por los efectos adversos del tratamiento farmacológico. La obesidad no solo afecta de forma negativa la autoestima sino que produce o agrava enfermedades como la hipertensión, la diabetes mellitus y la hiperlipidemia. Cuando se elige un tratamiento deben tenerse en cuenta el peso corporal y la regulación de la glucosa. Por desgracia, la mayoría de los psicofármacos que se utilizan en el tratamiento de los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de ansiedad y la psicosis (con algunas excepciones) provocan aumento de peso significativo, lo que suele ser un motivo de rechazo o suspensión del tratamiento. Por esta y otras razones es que los médicos deben conocer a fondo las estrategias para evitar el aumento de peso medicamentoso, así como la obesidad.

La recomendación estándar para los esquemas de pérdida de peso es buscar controlar el peso mediante modificaciones constantes de la dieta y la actividad física regular. Esto puede ser complicado para los pacientes con síntomas psiquiátricos pues su grado de disciplina en esta intervención puede estar afectada por el trastorno mental. Además, es complicado o imposible contrarrestar los efectos fisiológicos de algunos psicofármacos sobre la regulación de la saciedad y el metabolismo solo con dieta y ejercicio. Debido a ello, en ocasiones es necesario prescribir medicamentos para ayudar a la pérdida de peso.

En esta sección los fármacos para el tratamiento de la obesidad se dividen en dos: 1) fármacos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) como "medicamentos para bajar de peso" y 2) fármacos con otras indicaciones primarias que producen pérdida de peso como efecto adverso.

FÁRMACOS APROBADOS POR LA FDA PARA LA PÉRDIDA DE PESO

Todos los fármacos aprobados por la FDA para bajar de peso están indicados, específicamente, como adyuvantes de una dieta baja en calorías y aumento de la actividad física para el control a largo plazo del peso en adultos con un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m² o mayor (obesidad), o 27 kg/m² o mayor en presencia de al menos una enfermedad relacionada con el peso (hipertensión, diabetes mellitus de tipo 2, dislipidemia).

Fentermina

La *fentermina* es una amina simpaticomimética con actividad similar a las anfetaminas. Está indicada como tratamiento adyuvante a corto plazo en un esquema de pérdida de peso, pero en realidad muchos pacientes la utilizan por largos períodos. Al igual que con todos los simpaticomiméticos, las contraindicaciones incluyen arterioesclerosis grave, enfermedad cardiovascular, hipertensión moderada o grave, hipertiroidismo, hipersensibilidad o sensibilidad idiosincrásica a las aminas simpaticomiméticas, agitación y glaucoma.

Debe tenerse precaución al prescribir este medicamento en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias. Se pueden presentar crisis hipertensivas cuando la fentermina se utiliza en los 14 días posteriores al consumo de un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO). Los requerimientos de insulina en las personas con diabetes pueden cambiar cuando se utiliza fentermina en combinación con un esquema dietético. El hidrocloreuro de fentermina puede disminuir el efecto hipotensor de la guanetidina. La fentermina está contraindicada en el embarazo. No se han realizado estudios para determinar el potencial carcinógeno y mutagénico, así como la afectación sobre la fertilidad de este fármaco.

La fentermina debe consumirse en ayuno, antes del desayuno, cada 24 h. Se pueden dividir los comprimidos por la mitad pero no deben triturarse. Para evitar alterar los patrones de sueño normales debe administrarse por la mañana. Cuando se consume más de una dosis al día la última debe tomarse 4-6 h antes de dormir. La dosis recomendada de fentermina puede variar entre pacientes. Los adultos menores de 60 años que consumen cápsulas de entre 15 y 37.5 mg de fentermina deben tomarlas una vez al día antes del desayuno o 1-2 h después del desayuno. Las personas que consumen comprimidos de entre 15 y 37.5 mg de fentermina deben tomarlos antes del desayuno o 1-2 h después del desayuno. En lugar de consumirla cada 24 h algunos pacientes toman las dosis de 15-37.5 mg en tomas divididas media hora antes de los alimentos. Está disponible una presentación de resina oral en cápsulas, con 15 y 30 mg, que debe tomarse cada 24 h antes del desayuno.

Fentermina/topiramato de liberación prolongada (Qsymia®)

Este fármaco es una combinación de fentermina y topiramato en una presentación de liberación prolongada. Ambas sustancias activas producen pérdida de peso, pero por mecanismos diferentes.

Los efectos adversos relacionados con el empleo de este fármaco pueden incluir: parestesias, mareos, disgeusia, insomnio, estreñimiento, xerostomía, cálculos renales, acidosis metabólica y glaucoma de ángulo cerrado. El consumo de este medicamento se asocia con un riesgo cinco veces mayor de paladar hendido, por lo que está contraindicado durante el embarazo. Como consecuencia, solo puede prescribirse por médicos que han sido autorizados para ello.

Está disponible como comprimido que se administra cada 24 h por la mañana con o sin alimentos. Se debe evitar administrar durante la noche porque causa insomnio. Las dosis recomendadas son las siguientes: el tratamiento se inicia con 3.75/23 mg (fentermina/topiramato de liberación prolongada) cada 24 h durante 14 días. Tras 14 días se aumenta a la dosis recomendada de 7.5/46 mg cada 24 h. La pérdida de peso se valora después de 12 semanas de tratamiento con 7.5/46 mg. Si el peso no ha disminuido en al menos un 3% con la dosis de 7.5/46 mg se debe suspender el fármaco o aumentar la dosis. Para aumentar la dosis esta debe incrementarse a 11.25/69 mg cada 24 h durante 14 días y se continúa, a partir de entonces, con 15/92 mg cada 24 h. La pérdida de peso se valora después del aumento de la dosis a 15/92 mg durante otras 12 semanas. Si no se ha perdido al menos el 5% del peso corporal inicial con esta dosis se debe suspender el fármaco de forma gradual.

Fendimetrazina

La fendimetrazina es una amina simpaticomimética que se relaciona estrechamente con las anfetaminas. La Drug Enforcement Administration (DEA) la clasifica como una

sustancia controlada de categoría III. Está relacionada química y farmacológicamente con las anfetaminas. Se ha abusado ampliamente de las anfetaminas y los fármacos estimulantes relacionados, por lo que siempre debe tenerse en cuenta el potencial de abuso de la fendimetrazina cuando se considere agregar el fármaco al programa de pérdida de peso.

En general, la prescripción de este medicamento es limitada. La presentación que se utiliza más frecuentemente son las cápsulas de liberación prolongada de 105 mg, que semeja el efecto de tres dosis de liberación inmediata de 35 mg administradas cada 4 h. La vida media de eliminación promedio bajo condiciones controladas es de alrededor de 3.7 h para las presentaciones de liberación prolongada e inmediata. La vida media de absorción de los comprimidos de liberación inmediata de 35 mg de fendimetrazina es considerablemente más rápida que la tasa de absorción de la presentación de liberación prolongada. La principal vía de eliminación es renal, mediante la cual se eliminan la mayoría del fármaco y sus metabolitos.

Las contraindicaciones de la fendimetrazina son similares a las de la fentermina. Entre estas se incluyen los antecedentes de enfermedades cardiovasculares (p. ej., coronariopatía, ictus, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión no controlada, hipertensión pulmonar), empleo dentro de los 14 días después de haber consumido un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO), hipertiroidismo, glaucoma, agitación, antecedentes de abuso de sustancias, embarazo, lactancia, uso de otros anoréxicos o estimulantes del sistema nervioso central (SNC) y antecedentes de hipersensibilidad o reacciones idiosincrásicas a los simpaticomiméticos. Dada la falta de investigación sistemática no debe utilizarse la fendimetrazina en combinación con otros fármacos de venta libre y productos herbolarios que promuevan la pérdida de peso.

La fendimetrazina está contraindicada en el embarazo porque la pérdida de peso no supone un beneficio para la mujer embarazada y si pone en riesgo al feto. No se han realizado estudios con fendimetrazina de liberación sostenida para evaluar el potencial carcinógeno, mutagénico o sus efectos sobre la fertilidad.

Pueden presentarse interacciones con los IMAO, el alcohol, la insulina y los hipoglucemiantes orales. La fendimetrazina disminuye el efecto hipotensor de los antagonistas adrenérgicos. No se han establecido la eficacia ni la seguridad de la fendimetrazina en los pacientes pediátricos. No se recomienda en personas menores de 17 años de edad.

Las reacciones adversas que se han informado con la fendimetrazina incluyen sudoración, rubor, temblor, insomnio, agitación, mareos, cefalea, psicosis y visión borrosa. Con frecuencia se presentan hipertensión, palpitaciones y taquicardia. Los efectos adversos gastrointestinales incluyen xerostomía, náuseas, dolor abdominal, diarrea y estreñimiento. Los efectos adversos genitourinarios son polaquiuria, disuria y cambios de la libido.

La sobredosis aguda con fendimetrazina puede manifestarse con inquietud, confusión, comportamiento violento, alucinaciones y crisis de angustia. A la estimulación central suele seguirle fatiga y depresión. Los efectos cardiovasculares incluyen taquicardia, arritmias, hipotensión o hipertensión y colapso circulatorio. Los síntomas gastrointestinales incluyen náuseas, vómitos, diarrea y cólicos abdominales. La intoxicación causa crisis convulsivas, coma y muerte. El tratamiento de la sobredosis aguda es principalmente sintomático. Incluye lavado peritoneal y sedación con un barbitúrico. Si la hipertensión es franca debe considerarse el empleo de un nitrato o un α -bloqueador de acción rápida.

El orlistat puede disminuir las concentraciones plasmáticas del inmunosupresor ciclosporina, por lo que no deben administrarse en conjunto. También impide la absorción del antiarrítmico amiodarona.

Con las dosis estándar de 120 mg cada 8 h antes de los alimentos, el orlistat previene que se absorban cerca del 30% de las grasas de la dieta. Las mayores dosis no aumentan dichos efectos.

Está disponible una presentación de venta libre de cápsulas con 60 mg de orlistat, que es la mitad de la dosis recomendada.

Lorcaserina

El mecanismo de acción exacto de la lorcaserina es la activación selectiva de los receptores 5-HT_{2C} en las neuronas del hipotálamo. Este fármaco promueve la pérdida de peso al crear la sensación de plenitud. En los estudios clínicos, los pacientes que consumieron lorcaserina durante 2 años perdieron en promedio 6 kg de peso. La lorcaserina debe suspenderse si no se logra una pérdida de peso del 5% en 12 semanas.

Este medicamento se absorbe en el tubo digestivo, sus concentraciones máximas se presentan 1.5-2 h después de su administración oral. No se ha determinado la biodisponibilidad absoluta de la lorcaserina. Este fármaco tiene una vida media plasmática de alrededor de 11 h, las concentraciones estables se alcanzan en tres días cuando se administra cada 12 h y la acumulación es de cerca del 70%. La lorcaserina puede administrarse con o sin alimentos.

La lorcaserina se une de forma moderada (~70%) con las proteínas plasmáticas.

Se metaboliza extensamente en el hígado por diversas vías enzimáticas y los metabolitos se eliminan por la orina. La lorcaserina y sus metabolitos no se eliminan mediante hemodiálisis. No se recomienda en los pacientes con deterioro renal grave (depuración de creatinina < 30 mL/min) o con enfermedad renal en etapa terminal.

La vida media de la lorcaserina aumenta en un 59% y dura hasta 19 h en los pacientes con deterioro hepático moderado. La exposición a la lorcaserina es aproximadamente 22 y 30% mayor entre aquellas personas con deterioro hepático leve o moderado, respectivamente. No se requiere ajustar las dosis en los pacientes con deterioro hepático de leve a moderado.

Tampoco es necesario ajustar las dosis de acuerdo con el sexo. El sexo no afecta de manera significativa la farmacocinética de la lorcaserina. No deben realizarse ajustes de la dosis solo con base en la edad.

La lorcaserina inhibe ampliamente el metabolismo mediado por la CYP2D6.

Inyección de liraglutida (Saxenda®)

La inyección de liraglutida de 3 mg está indicada como adyuvante de una dieta baja en calorías y aumento de la actividad física para el control del peso a largo plazo en personas con un IMC corporal inicial de 30 kg/m² o mayor (obesidad), o de 27 kg/m² o mayor (sobrepeso) en presencia de al menos una comorbilidad (p. ej., hipertensión, diabetes mellitus de tipo 2 o dislipidemia).

Además de Saxenda®, la liraglutida se encuentra disponible como Victoza®; no deben utilizarse en conjunto pues son el mismo fármaco. Victoza® no se utiliza en los casos de pérdida de peso, pero sí en la diabetes mellitus de tipo 2. La liraglutida no debe emplearse en combinación con otros agonistas del receptor GLP-1. Este fármaco no se ha estudiado en los pacientes que consumen insulina. La liraglutida no debe combinarse con insulina. Las reacciones adversas más frecuentes asociadas con este fármaco son

FÁRMACOS SIN APROBACIÓN DE LA FDA PARA LA PÉRDIDA DE PESO

Topiramato

El topiramato y la zonisamida se comentan a detalle en el capítulo 5, pero se mencionan en esta sección porque ambos tienen efectos significativos en la pérdida de peso.

El topiramato es un fármaco antiepiléptico que también se utiliza para la prevención de migrañas en los adultos. El grado de pérdida de peso con el topiramato es comparable al que se presenta con otros fármacos para el tratamiento de la obesidad aprobados por la FDA. Algunos estudios pequeños y los informes anecdóticos indican que el topiramato puede contrarrestar el aumento de peso previsto con los ISRS y con los antipsicóticos de segunda generación. El efecto en el peso corporal puede deberse a su acción sobre la supresión del apetito y una sensación de saciedad. Esto puede ser consecuencia de una combinación de efectos farmacológicos que incluyen la potenciación de la actividad del GABA, la modulación de los canales iónicos activados por voltaje, la inhibición de los receptores excitatorios de glutamato y la inhibición de la carbonato-deshidratasa.

La duración y la dosis del tratamiento modifican la pérdida de peso con topiramato. La pérdida de peso es mayor cuando el medicamento se utiliza en dosis de 100-200 mg/día durante más de un mes, en comparación con el uso durante menos tiempo. En un estudio de gran tamaño se identificó que, en comparación con los que recibieron placebo, los pacientes en tratamiento con topiramato tenían probabilidades siete veces mayores de perder más del 10% de peso corporal. En la práctica clínica los pacientes disminuyen su peso con la dosis inicial de 25 mg/día.

Los efectos adversos más frecuentes del topiramato son las parestesias (que suelen presentarse alrededor de la boca), la disgeusia (alteración del gusto) y las alteraciones psicomotoras (cognición lenta y disminución de los movimientos físicos). A menudo se informan deterioros de la concentración y de la memoria, caracterizados por problemas para recordar nombres y palabras. Algunos pacientes experimentan labilidad emocional y cambios del estado de ánimo. Los efectos adversos también incluyen mayor riesgo de cálculos renales y glaucoma de ángulo cerrado. Los pacientes deben informar cualquier cambio en la agudeza visual. Aquellos con antecedentes de cálculos renales deben recibir la indicación de consumir suficiente cantidad de líquidos.

El topiramato está disponible en comprimidos con 25, 50, 100 y 200 mg y como cápsulas con 15, 25 y 50 mg.

Zonisamida

La zonisamida es un fármaco relacionado con las sulfonamidas y es similar al topiramato en varios aspectos. No se conoce su mecanismo de acción exacto.

Al igual que el topiramato puede causar algunos problemas cognitivos, pero su incidencia es menor.

La zonisamida es un fármaco de categoría C para su empleo en el embarazo. Los estudios en modelos animales han demostrado teratogenicidad. Se han registrado anomalías fetales y muertes embriofetales en los modelos animales con dosis y concentraciones plasmáticas similares o menores que las terapéuticas en humanos. Por lo tanto, utilizar este fármaco durante el embarazo puede poner en gran riesgo al feto.

Los efectos adversos más frecuentes incluyen somnolencia, pérdida del apetito, mareos, cefalea, náuseas y agitación/irritabilidad. La zonisamida también se ha asociado con hipohidrosis. Existe un riesgo del 2-4% de desarrollar cálculos renales. No debe combinarse con otros fármacos que también provoquen cálculos renales como el topiramato o la acetazolamida. Los efectos adversos graves son infrecuentes e incluyen síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica y acidosis metabólica.

No se han establecido las dosis habituales para la pérdida de peso. En general, la zonisamida se inicia con 100 mg por la noche durante 2 semanas y se aumenta a 100 mg/día cada 2 semanas hasta alcanzar la dosis objetivo de 200-600 mg/día en una o dos dosis diarias.

Metformina

La metformina es un fármaco que se utiliza en la diabetes mellitus de tipo 2. Sus efectos incluyen disminución de la producción y la absorción intestinal de la glucosa, aumento de la sensibilidad a la insulina y mejoría en la captación periférica y en la regulación de la glucosa. No aumenta la secreción de insulina.

Cuando se utiliza en conjunto con los antipsicóticos de segunda generación muestra disminuciones constantes del peso corporal y del perímetro de la cintura. La metformina probablemente es el fármaco con mayor evidencia de beneficios terapéuticos para el tratamiento del síndrome metabólico causado por antipsicóticos. En algunos estudios ha demostrado atenuar o revertir la cantidad de aumento de peso causado por los antipsicóticos. La magnitud de los efectos sobre el peso corporal es comparable con la que se presenta con otras opciones de tratamiento aprobadas para la disminución de peso. El efecto de la metformina en la disminución de peso parece ser mayor en las personas que nunca han consumido el fármaco y que reciben antipsicóticos de segunda generación. El efecto es más evidente en aquellos en tratamiento con clozapina y olanzapina. De acuerdo con la evidencia disponible, cuando haya aumento de peso tras la administración de antipsicóticos de segunda generación, que persiste con los cambios en el estilo de vida, puede comenzarse un tratamiento con metformina.

Los efectos adversos frecuentes incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal y pérdida del apetito. Los efectos digestivos pueden reducirse si se divide la dosis, se consume el fármaco con los alimentos o se utilizan fórmulas de liberación retardada.

Uno de los riesgos graves del tratamiento es la acidosis láctica. Este efecto adverso es más frecuente en personas con insuficiencia renal y, aunque es muy raro (9/100 000 personas/año), su mortalidad es del 50%. La administración de alcohol con metformina puede aumentar el riesgo de acidosis. Es importante vigilar la función renal y evitar el consumo de alcohol.

Los efectos de la metformina sobre la pérdida de peso también son evidentes en los pacientes con esquizofrenia crónica. Su empleo a largo plazo parece ser seguro y eficaz.

No existe una dosis clara establecida para la metformina cuando se utiliza como adyuvante de la pérdida de peso. En la mayoría de los informes la dosis es de 500-2 000 mg/día. La dosis máxima para el tratamiento de la diabetes es de 850 mg cada 8 h. Los pacientes suelen comenzar con una dosis baja para ver cómo les afecta el fármaco.

La metformina está disponible en comprimidos con 500, 850 y 1 000 mg. La metformina de liberación lenta y la de liberación prolongada están disponibles en comprimidos con 500 y 750 mg. Estas presentaciones pretenden disminuir los efectos adversos gastrointestinales y aumentar el cumplimiento terapéutico al disminuir la cantidad de medicamentos que se deben consumir.

Anfetamina

La anfetamina es un psicoestimulante aprobado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad y para la narcolepsia. Este fármaco tiene capacidad de reducir el apetito y se ha utilizado con este fin durante años. Algunos de los fármacos que se han comentado cuentan con propiedades similares a las de las anfetaminas, lo que les brinda su eficacia. Las anfetaminas y otros psicoestimulantes se comentan detalladamente en el capítulo 29.

Debe tenerse precaución al prescribir este medicamento en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias. Se pueden presentar crisis hipertensivas cuando la fentermina se utiliza en los 14 días posteriores al consumo de un inhibidor de la monoaminooxidasa (IMAO). Los requerimientos de insulina en las personas con diabetes pueden cambiar cuando se utiliza fentermina en combinación con un esquema dietético. El hidrocloreto de fentermina puede disminuir el efecto hipotensor de la guanetidina. La fentermina está contraindicada en el embarazo. No se han realizado estudios para determinar el potencial carcinógeno y mutagénico, así como la afectación sobre la fertilidad de este fármaco.

La fentermina debe consumirse en ayuno, antes del desayuno, cada 24 h. Se pueden dividir los comprimidos por la mitad pero no deben triturarse. Para evitar alterar los patrones de sueño normales debe administrarse por la mañana. Cuando se consume más de una dosis al día la última debe tomarse 4-6 h antes de dormir. La dosis recomendada de fentermina puede variar entre pacientes. Los adultos menores de 60 años que consumen cápsulas de entre 15 y 37.5 mg de fentermina deben tomarlas una vez al día antes del desayuno o 1-2 h después del desayuno. Las personas que consumen comprimidos de entre 15 y 37.5 mg de fentermina deben tomarlos antes del desayuno o 1-2 h después del desayuno. En lugar de consumirla cada 24 h algunos pacientes toman las dosis de 15-37.5 mg en tomas divididas media hora antes de los alimentos. Está disponible una presentación de resina oral en cápsulas, con 15 y 30 mg, que debe tomarse cada 24 h antes del desayuno.

Fentermina/topiramato de liberación prolongada (Qsymia®)

Este fármaco es una combinación de fentermina y topiramato en una presentación de liberación prolongada. Ambas sustancias activas producen pérdida de peso, pero por mecanismos diferentes.

Los efectos adversos relacionados con el empleo de este fármaco pueden incluir: parestesias, mareos, disgeusia, insomnio, estreñimiento, xerostomía, cálculos renales, acidosis metabólica y glaucoma de ángulo cerrado. El consumo de este medicamento se asocia con un riesgo cinco veces mayor de paladar hendido, por lo que está contraindicado durante el embarazo. Como consecuencia, solo puede prescribirse por médicos que han sido autorizados para ello.

Está disponible como comprimido que se administra cada 24 h por la mañana con o sin alimentos. Se debe evitar administrar durante la noche porque causa insomnio. Las dosis recomendadas son las siguientes: el tratamiento se inicia con 3.75/23 mg (fentermina/topiramato de liberación prolongada) cada 24 h durante 14 días. Tras 14 días se aumenta a la dosis recomendada de 7.5/46 mg cada 24 h. La pérdida de peso se valora después de 12 semanas de tratamiento con 7.5/46 mg. Si el peso no ha disminuido en al menos un 3% con la dosis de 7.5/46 mg se debe suspender el fármaco o aumentar la dosis. Para aumentar la dosis esta debe incrementarse a 11.25/69 mg cada 24 h durante 14 días y se continúa, a partir de entonces, con 15/92 mg cada 24 h. La pérdida de peso se valora después del aumento de la dosis a 15/92 mg durante otras 12 semanas. Si no se ha perdido al menos el 5% del peso corporal inicial con esta dosis se debe suspender el fármaco de forma gradual.

Fendimetrazina

La fendimetrazina es una amina simpaticomimética que se relaciona estrechamente con las anfetaminas. La Drug Enforcement Administration (DEA) la clasifica como una

Capitulo muestra