

**GUÍA DE SEGUIMIENTO BIOLÓGICO
DEL TRATAMIENTO CON LITIO**

Nombre:

H^a C^a:

Médico A.P.:

Centro de Salud:

Psiquiatra:

-
- Explicar claramente el tratamiento a paciente y familia. Entregar “*Guía de tratamiento con Litio*”.
 - Reforzar la colaboración con Médico A.P. Informar regularmente, puede utilizarse una copia de la evolución del protocolo.
 - Evitar embarazo. Grandes riesgos, el litio atraviesa *totalmente* la barrera placentaria. Evitar lactancia
 - El litio se elimina en un 95 % por orina. Se alcanza el equilibrio en la distribución al 5^o-7^o día. Vida media de 20-24 horas (36 h. en pacientes geriátricos). La eliminación disminuye con la edad.
 - Dieta normosódica y abundantes líquidos no azucarados. Cuidado con dietas de adelgazamiento. Cuidado con sudoraciones profusas. Cuidado con vómitos y diarreas con riesgo de deshidratación.
 - Comercializado en España únicamente como Carbonato de litio (Plenur® comp. de 400 mg.) en “comprimidos de *cesión moderada*” (absorción 4-6 h.). El laboratorio aconseja no fraccionar el comprimido (teóricamente un comprimido pulverizado daría un más rápido y mayor pico y un menor nivel a las 12 h.). En caso de necesidad, podría considerarse pedir otras presentaciones al extranjero.
 - Iniciar tratamiento con ½ ó 1 comp. /12 horas (½ en insuficiencia renal y ancianos) e ir subiendo cada 3 ó 4 días con control de litemia. Los niveles a alcanzar son variables según autores (Para unos 0.4 a 1.0 mEq/l. en mantenimiento y 0.7 a 1.5 mEq/l. en tto. agudo, para otros de 0.6 a 1.2 en mantenimiento y 1.0 a 1.5 mEq/l. en tto. agudo). En el tratamiento de mantenimiento se ha comprobado que rangos entre 0.4 a 0.6 disminuyen efectos secundarios aunque aumentan las recaídas, en comparación a rangos entre 0.8 y 1.0. En general *parecen utilizarse de forma consensuada rangos entre 0.6 a 0.8 mEq/l.* El laboratorio aconseja de 0.5 a 1.5 mEq/l como profilaxis y hasta 1.5 mEq/l en la manía, sin sobrepasar los 2.0 mEq/l.
 - Los niveles anteriores se consiguen con dosis entre 600 a 1.800 mg., normalmente 2 a 3 comp. de mantenimiento en pacientes somáticamente sanos.
 - En ancianos, suelen ser suficientes niveles menores, con dosis divididas y escalada más lenta.
 - Se puede intentar monodosis nocturna tras estabilización.
 - Extracción para analítica tras 12 horas de última dosis. En cambios a monodosis nocturna es posible esperar de un 10% a 26% de incremento en los niveles de litio medidos tras 12 horas, que no implicarían disminución de dosis necesariamente.
 - Enseñar la importancia de las 12 horas al paciente. Es muy útil señalarlo también en el volante del análisis, por ejemplo con una nota: “*Litemia tras 12 horas de última dosis de Plenur*”. Puede avisarse también de este requisito a la sala de extracción.
 - La respuesta profiláctica debe valorarse a los 12-18 meses.
 - Ante intervenciones quirúrgicas de importancia, suspender 72 horas antes. Posible potenciación de bloqueantes neuromusculares y riesgo de intoxicación por alteración hidroelectrolítica.
 - Suspensión del tratamiento, preferiblemente progresiva.

 - NO DESCUIDAR ENFOQUES PSICO-SOCIALES, SOBRE EL PACIENTE Y SU FAMILIA.

Interacciones del litio

<u>Clase y genérico</u>	<u>Efecto sobre la concentración de Li+ en plasma</u>	<u>Significado</u>
Antibióticos Tetraciclina, Espectinomocina	Posible ↑↑	Por posible nefrotoxicidad de antibióticos. Tetraciclina puede ser segura.
Antidepresivos Tricíclicos, ISRS	Desconocido	Puede causar manía. Aumento de temblor.
Antiinflamatorios Ibuprofeno, Indometacina, Naproxeno, Fenilbutazona	↑↑	↑↑ documentados con piroxicam y diclofenato. Sulindac puede tener efectos mínimos. Aspirina puede usarse como analgésico, antiinflamatorio y antiagregante plaquetario.
Antipsicóticos Clorpromacina, Flufenacina, Perfenacina, Tioridacina Haloperidol	Posible ↑↑ en hematies Posible ↑↑	Todos los antipsicóticos pueden aumentar la neurotoxicidad del litio.
Fármacos cardiovasculares Digoxina Inhibidores de la ECA Metildopa, Diltiazem, Verapamil	Desconocido ↑↑ Desconocido	Casos de confusión de SNC y bradicardia. Casos de toxicidad e insuficiencia renal. Casos de toxicidad neurológica.
Diuréticos Inhibidores de anhidrasa carbónica, Acetazolamida	↓↓	Aumenta la excreción de litio.
Diuréticos del asa Furosemida, Ac. Etacrísico	Sin determinar	Puede aumentar las concentraciones de litio.
Diuréticos túbulos distales Tiacidas, Metolazona, Clortalidona	↑↑	Aumento en concentraciones de litio.
Diuréticos osmóticos Manitol, Urea	↓↓	Aumenta la excreción de litio.
Diuréticos ahorrador K+ Triamterene Espironolactona Amiloride	↑↑ ↑↑ Sin determinar	Puede aumentar la concentración de litio. Puede usarse para tratar poliuria inducida por litio.
Xantinas Teofilina, Cafeína	↓↓	Aumenta la excreción de litio.
Bloqueante neuromuscular Succinilcolina, Bromuro pamcuronium	Desconocido	Puede prolongar el bloqueo neuromuscular.
Miscelanea Cloruro sódico Bicarbonato sódico Metronidazol Metoclopramida Carbamacepina Ac. Valproico Yoduros Alcohol Fenitoína Insulina T.E.C.	↓↓ ↓↓ ↑↑ Desconocido Desconocido Desconocido Desconocido Posible ↑↑ -----	Aumenta la excreción de litio. La alcalinización de orina aumenta la excreción de litio. Datos de toxicidad y daño renal. Un caso de síntomas extrapiramidales. Puede ser sinérgica para tratar manía y depresión. Casos de neurotoxicidad. ↑ Temblor Puede tener efecto hipotiroideo aditivo o sinérgico. Aumenta toxicidad en animales. Ingesta aguda de OH puede incrementar concentración de litio. Casos de toxicidad por litio y cambios concentración de fenitoína Litio tiene efecto parecido a insulina. Monitorizar insulina. Riesgo de delirium. Suspender 2 días antes.

OTRAS EXPLORACIONES POSIBLES

- Ac. Fólico
- Magnesio
- Parathormona
- Anticuerpos tiroideos
- Aclar. creatinina (24 h.)
- Osmolaridad
- Test deprivación agua
- E.E.G.
- Test neuropsicológico
- Índice tiroxina libre

POSIBLES EFECTOS SOBRE VALORES

- en sangre:**
- ↑↑ Glucosa (fases iniciales)
 - ↑↑ Leucocitos
 - ↑↑ Magnesio
 - ↑↑ Parathormona por adenoma
 - ↑↑ Calcio (por ↑ Parathormona)
 - ↓↓ Fósforo (por ↑ Parathormona)
 - ↓↓ Potasio
 - ↓↓ Ac. Úrico
 - ↓↓ Tiroxina (T4) → (↑ TSH)
 - ↓↓ Cortisol (nivel matutino)
- en orina:**
- ↑↑ Glucosa
 - Proteinuria
 - ↑↑ Excreción de Ac. Vánil-mandélico. No llega a interferir con diagnóstico diferencial de HTA

E.C.G.:

- Aplaniamiento o inversión Onda T
- * Al inicio, o tras cambio de dosis, puede estar indicada una mayor frecuencia de análisis, dejando a criterio médico esta decisión (o de ampliar las exploraciones).*
- Se ha buscado una frecuencia "realista" de analíticas en el medio ambulatorio, donde la recepción de los resultados se demora durante varios días.* Se han dejado líneas en blanco como "comodines", para el caso de necesitarse analíticas extras por cualquier motivo.
- * En *Oxalidexa* - SVS, Perfil renal = Urea, Creatinina, Calcio, Fósforo, Urato, Na, K, Cl, Albúmina.
- * El laboratorio necesita la edad y sexo para dar el rango normal de h. tiroideas.
- * *Sugerencia* : Marcar las "x" de los análisis pedidos, como mejor manera de controlar con posterioridad su recepción.

	FECHA	DOSIS	LITEMIA	EXPLOR. FISICA	PESO	ECG >35-40	HEMOGRAMA	VSG	GLUCOSA	PERFIL RENAL	T3,T4	TSH	ORINA	SEDIMENTO	EMBARAZO
PREVIO				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	?
1 sem.			X												?
3 sem.			X												?
5 sem.			X												?
7 sem.			X												?
3 MES			X		X			X	X	X	X	X	X	X	?
6 MES			X		X			X	X	X	X	X	X	X	?
9 MES			X		X										?
1 AÑO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	?
1A. 3 M.			X		X										?
1A. 6 M.			X		X			X	X	X	X	X	X	X	?
1A. 9 M.			X		X										?
2 AÑOS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	?
2A. 3 M.			X		X				X	X	X	X	X	X	?
2A. 6 M.			X		X				X	X	X	X	X	X	?
2A. 9 M.			X		X										?
3 AÑOS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	?
3A. 3 M.			X		X										?
3A. 6 M.			X		X			X	X	X	X	X	X	X	?
3A. 9 M.			X		X										?
4 AÑOS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	?
4A. 3 M.			X		X										?
4A. 6 M.			X		X			X	X	X	X	X	X	X	?
4A. 9 M.			X		X										?
5 AÑOS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	?

Notas :