



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Risperidona versus otros antipsicóticos para pacientes con enfermedad mental grave y abuso de sustancias concomitante (Revisión)

Temmingh HS, Williams T, Siegfried N, Stein DJ

Temmingh HS, Williams T, Siegfried N, Stein DJ.

Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse (Risperidona versus otros antipsicóticos para pacientes con enfermedad mental grave y abuso de sustancias concomitante).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 1. Art. No.: CD011057.

DOI: [10.1002/14651858.CD011057.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011057.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Risperidona versus otros antipsicóticos para pacientes con enfermedad mental grave y abuso de sustancias concomitante (Revisión)

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Risperidona versus otros antipsicóticos para pacientes con enfermedad mental grave y abuso de sustancias concomitante

Henk S Temmingh¹, Taryn Williams¹, Nandi Siegfried^{1,2}, Dan J Stein¹

¹Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Cape Town, South Africa. ²Alcohol, Tobacco and Other Drug Research Unit, South African Medical Research Council, Tygerberg, South Africa

Contacto: Henk S Temmingh, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Valkenberg Hospital, Private Bage X1, Cape Town, Western Cape, 7935, South Africa. henk.temmingh@gmail.com, henk.temmingh@uct.ac.za.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Esquizofrenia.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 2, 2018.

Referencia: Temmingh HS, Williams T, Siegfried N, Stein DJ. Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse (Risperidona versus otros antipsicóticos para pacientes con enfermedad mental grave y abuso de sustancias concomitante). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 1. Art. No.: CD011057. DOI: [10.1002/14651858.CD011057.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011057.pub2).

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Hasta el 75% de los pacientes con enfermedad mental grave (EMG), como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, tienen trastornos por abuso de sustancias concomitante (diagnóstico dual). El diagnóstico dual puede tener un efecto adverso sobre el tratamiento y el pronóstico de la EMG.

Objetivos

Evaluar los efectos de la risperidona en comparación con el tratamiento con otros antipsicóticos (antipsicóticos de primera generación y otros de segunda generación) utilizados en pacientes con enfermedad mental grave y abuso de sustancias concomitante.

Métodos de búsqueda

El 6 enero 2016 y 9 octubre 2017, se hicieron búsquedas en el registro de ensayos basado en estudios del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (que incluye registros de ensayos).

Criterios de selección

Se seleccionaron los ensayos aleatorizados de la risperidona frente a cualquier otro antipsicótico en pacientes con EMG y abuso de sustancias (diagnóstico dual). Se incluyeron los ensayos que cumplieran con los criterios de inclusión e informaban datos utilizables. Se excluyeron los ensayos que no cumplieran con los criterios de inclusión o que cumplieran con los criterios de inclusión, pero no informaban datos utilizables.

Obtención y análisis de los datos

Se inspeccionaron las citas y los estudios seleccionados de forma independiente. Para los estudios incluidos, se extrajeron datos de forma independiente y se evaluó la calidad de los estudios. Para los resultados binarios, se calcularon los riesgos relativos (RR) y sus intervalos de confianza del 95%. Para los resultados continuos, se calcularon las diferencias de medias (DM) y sus intervalos de confianza del 95%. Se agruparon los datos mediante los metanálisis de efectos aleatorios y se evaluó la calidad de la evidencia, creando una tabla de "Resumen de los hallazgos" mediante el enfoque GRADE.

Resultados principales

Se identificaron ocho ensayos aleatorizados que contenían un total de 1073 participantes con EMG y abuso de sustancias concomitante. Siete de éstos contribuyeron con datos utilizables para la revisión. Hubo heterogeneidad en el diseño y la medición del ensayo. La risperidona se comparó con clozapina, olanzapina, perfenazina, quetiapina y ziprasidona. Pocos ensayos compararon risperidona con agentes de primera generación. Pocos ensayos examinaron a los participantes con un diagnóstico dual desde el principio y la mayoría de los ensayos sólo contenían análisis de subgrupos con un diagnóstico dual por separado o eran análisis de datos secundarios de subgrupos de pacientes con un diagnóstico dual de ensayos más grandes existentes.

Para la risperidona versus la clozapina, no se hallaron diferencias claras entre estos dos antipsicóticos en la reducción de los síntomas psicóticos positivos (un ensayo controlado aleatorizado [ECA], n = 36; diferencia de medias [DM] 0,90; IC del 95%: -2,21 a 4,01, *evidencia de calidad muy baja*), la reducción en el consumo de cannabis (un ECA, n = 14; riesgos relativos [RR] 1,00; IC del 95%: 0,30 a 3,35; *evidencia de calidad muy baja*), la mejoría en el bienestar subjetivo (un ECA, n = 36; DM -6,00; IC del 95%: -14,82 a 2,82; *evidencia de calidad muy baja*), el número de pacientes que interrumpió la medicación (un ECA, n = 36, RR 4,05; IC del 95%: 0,21 a 78,76, *evidencia de calidad muy baja*), los efectos secundarios extrapiramidales (dos ECA, n = 50, RR 2,71; IC del 95%: 0,30 a 24,08; I² = 0%, *evidencia de calidad muy baja*), ni en el abandono temprano del estudio (dos ECA, n = 45; RR 0,49, IC del 95%: 0,10 a 2,51; I² = 34%, *evidencia de calidad muy baja*). La clozapina se asoció con niveles más bajos de deseo compulsivo de consumir cannabis (un ECA, n = 28; DM 7,00; IC del 95%: 2,37 a 11,63, *evidencia de calidad muy baja*).

Para la risperidona versus la olanzapina, no se hallaron diferencias claras en la reducción de los síntomas psicóticos positivos (un ECA, n = 37; DM -1,50; IC del 95%: -3,82 a 0,82; *evidencia de calidad muy baja*), la reducción en el consumo de cannabis (un ECA, n = 41; DM 0,40; IC del 95%: -4,72 a 5,52; *evidencia de calidad muy baja*), el deseo compulsivo de cannabis (un ECA, n = 41; DM 5,00; IC del 95%: -4,86 a 14,86; *evidencia de calidad muy baja*), el parkinsonismo (un ECA, n = 16; DM -0,08; IC del 95%: -1,21 a 1,05; *evidencia de calidad muy baja*) ni en el abandono temprano del estudio (dos ECA, n = 77; RR 0,68; IC del 95%: 0,34 a 1,35; I² = 0%, *evidencia de calidad muy baja*).

Para la risperidona versus la perfenazina, no se hallaron diferencias claras en el número de participantes que abandonaron el estudio de forma temprana (un ECA, n = 281; RR 1,05; IC del 95%: 0,92 a 1,20; *evidencia de calidad baja*).

Para la risperidona versus la quetiapina, no se hallaron diferencias claras en el número de participantes que abandonaron el estudio de forma temprana (un ECA, n = 294; RR 0,96; IC del 95%: 0,86 a 1,07; *evidencia de calidad baja*).

Para la risperidona versus la ziprasidona, no se hallaron diferencias claras en el número de participantes que abandonaron el estudio de forma temprana (un ECA, n = 240; RR 0,96; IC del 95%: 0,85 a 1,10; *evidencia de calidad baja*).

Para muchas comparaciones, se observó una falta de resultados importantes; y no se informaron datos en ningún estudio sobre los trastornos metabólicos, la impresión global de la gravedad de la enfermedad, la calidad de vida o la mortalidad.

Conclusiones de los autores

No se dispone de evidencia de buena calidad suficiente para determinar los efectos de la risperidona en comparación con otros antipsicóticos en pacientes con un diagnóstico dual. Pocos ensayos compararon la risperidona con los agentes de primera generación, lo que llevó a una aplicabilidad limitada a los contextos donde el acceso a los agentes de segunda generación es limitado, como en los países de ingresos bajos y medios. Además, la heterogeneidad en el diseño de los ensayos y la medición de los resultados imposibilitaron el uso de muchos ensayos en los análisis. Los ensayos futuros en esta área deben tener el poder estadístico suficiente, aunque también deben ajustarse a métodos consistentes en la selección de la población del estudio, el uso de escalas de medición, la definición de los resultados y las medidas para contrarrestar el riesgo de sesgo. Los investigadores deben adherirse a las guías CONSORT en el informe de los resultados.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Risperidona versus otros antipsicóticos para pacientes con diagnóstico dual de un trastorno psiquiátrico y un trastorno por abuso de alcohol o drogas

¿Qué es el diagnóstico dual?

El diagnóstico dual es un término usado para describir a los pacientes que presentan un trastorno psiquiátrico y un trastorno por abuso de alcohol o de drogas. Hasta un 75% de los pacientes con una enfermedad mental grave (EMG) presenta un diagnóstico dual. Se ha sugerido que una de las razones detrás de los niveles altos de abuso de sustancias en los pacientes con EMG se debe a la "automedicación"; los pacientes toman fármacos adicionales para contrarrestar los síntomas molestos. Se ha demostrado que los pacientes con un diagnóstico dual tienen más complicaciones en su tratamiento, que incluyen tasas más altas de recaída y rehospitalización, más contacto con los servicios jurídicos y forenses, niveles mayores de síntomas psicóticos, más comportamientos de riesgo, niveles mayores de efectos secundarios para los antipsicóticos y una adherencia inferior a la medicación. Los antipsicóticos son el tratamiento principal para la EMG. Se ha sugerido que los antipsicóticos de segunda generación (ASG) como la risperidona pueden ser superiores a los antipsicóticos de primera generación (APG) más antiguos para mejorar los estados afectivos negativos, reducir el deseo compulsivo de drogas y mejorar el bienestar subjetivo, y podrían dar lugar a menos efectos secundarios y por lo tanto, a una mayor adherencia a la medicación. Estas mejorías en los síntomas pueden dar lugar a una menor automedicación con alcohol y fármacos, y a una mejoría en los estados mentales

generales. Sin embargo, aún no se conoce hasta qué punto la risperidona, uno de los primeros antipsicóticos atípicos que se fabricaron, es superior a otros antipsicóticos para el diagnóstico dual.

¿Quién puede estar interesado en esta revisión?

Profesionales de atención de la salud mental que tratan a pacientes con EMG y un diagnóstico dual, y que prescriben antipsicóticos para estas afecciones. Pacientes que utilizan los servicios de salud mental y sus familias que pueden estar involucradas en su tratamiento y cuidado.

¿Qué preguntas pretende contestar esta revisión?

¿Qué tan efectiva y segura es la risperidona en comparación con otros antipsicóticos para el tratamiento de los pacientes con un diagnóstico dual?

¿Qué estudios se incluyeron en la revisión?

Se realizaron búsquedas de estudios aleatorizados relevantes en enero 2016 y octubre 2017. Se hallaron ocho ensayos controlados aleatorizados con 1073 participantes que presentaban un diagnóstico dual. La mayoría de los participantes eran adultos mayores de 18 años (cuatro participantes tenían 17 años). La risperidona se comparó con clozapina, olanzapina, perfenazina, quetiapina y ziprasidona.

¿Qué nos dice la evidencia de la revisión?

No se encontró un efecto grande a favor de la risperidona sobre ninguno de los otros fármacos de comparación. Se dispuso de datos muy limitados sobre los efectos secundarios y, de nuevo, no se encontraron diferencias reales entre la risperidona y otros antipsicóticos. En general, la calidad de la evidencia disponible fue calificada como baja a muy baja, y actualmente no hay evidencia suficiente para indicar que la risperidona es superior o inferior a otros antipsicóticos en el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental grave y abuso de sustancias concomitante.

¿Qué debe suceder a continuación?

Se necesita más investigación de alta calidad. Las investigaciones futuras deben incluir muestras suficientemente grandes para detectar diferencias clínicas significativas en los resultados.