



INDICE

- INFORMACIÓN DE LA AEMPS
- EL EFECTO GUARÍN
- PRESCRIPCIÓN “OFF LABEL” DE ANTIDEPRESIVOS
- APUNTES PARA UNA PRESCRIPCIÓN ADECUADA (Y QUE NO TE EXPEDIENTEN)
- ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN LA AGITACIÓN DE LA DEMENCIA
- ANTIPSICÓTICOS Y RIESGO DE CÁNCER DE MAMA
- ESTUDIOS DE POST COMERCIALIZACIÓN FINANCIADOS POR LA INDUSTRIA Y SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS
- A VUELTAS CON LA LISDEXANFETAMENINA
- ADIÓS AL RISPERDAL FLAS...Y VUELVE EL COLME
- PSICOFÁRMACOS “MACHACABLES”
- REPLICA AL ARTÍCULO “COMO UTILIZAR ANTIDEPRESIVOS SIN QUE SEA DEPRIMENTE”
- VENOMAGNOSIA

INFORMACIÓN DE LA AEMPS



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



agencia española de
medicamentos y
productos sanitarios

Pramipexol y síndrome de abstinencia a agonistas de la dopamina (SAAD)

- **Pramipexol** (Sifrol®) (Mirapex®), es un agonista dopaminérgico utilizado en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y en del síndrome de piernas inquietas (o por ponerle también nombre propio, enfermedad de Wittmaack-Ekbom), aunque también tiene algunos otros usos *off-label*. En este caso la AEMPS advierte de que se ha identificado “síndrome de abstinencia a agonistas de la dopamina” como nueva reacción adversa asociada a la administración de pramipexol con frecuencia de aparición “no conocida”.

Propofol y valproato: interacción farmacológica

- Tras la revisión de la información disponible se ha identificado que existe interacción farmacocinética entre propofol y valproato produciendo un aumento de la exposición del paciente al anestésico cuando ambos medicamentos se administran concomitantemente. En base a ello, se considera necesario reducir la dosis de propofol cuando se administre a un paciente en tratamiento con valproato. La ficha técnica se actualizará para incluir esta nueva información.

Mysimba (naltrexona/bupropion)

- Mysimba® es una combinación de naltrexona y bupropion con indicación para el tratamiento de la obesidad y del sobrepeso en personas con complicaciones relacionadas. La información de seguridad que se ha incluido está en relación con las siguientes cuestiones: recordatorio de las contraindicaciones, advertencias y precauciones, así como de aquellas características del paciente que impliquen un mayor riesgo de presentar reacciones adversas.

EL EFECTO GUARÍN

Me suena que en algún boletín previo hemos contado algo de esto, pero me da pereza buscarlo, así que lo cuento de nuevo. Y lo hago a raíz de esta entrada del blog Primum non Nocere, que lo saca a colación aplicado en esta ocasión al trastorno por déficit de



atención/hiperactividad (TDAH). El efecto guarín hace referencia al efecto de la edad relativa, es decir a la diferencia de edad cronológica de sujetos seleccionados entre los de un mismo rango etario. Cuando esta diferencia tiene consecuencias sobre una determinada característica o variable, se le conoce como efecto de la edad relativa (relative age effect) que podríamos renombrar como efecto guarín. Por

cierto, un guarín es, literalmente y según el diccionario: **guarín**. (De la onomat. *guar, guarr* de llamar al cerdo). **1. m.** Último lechón nacido en una lechigada. Y una lechigada, por si a alguien le caben dudas es el conjunto de las crías que tiene un animal en un solo parto o una sola puesta.

Tal y como refleja la entrada del blog, en el caso de los cursos escolares es esperable encontrar en una misma clase niños y niñas con una diferencia relativa de edad, desde los que cumplieron años al principio del periodo hasta los que nacieron al final. Diversos estudios han mostrado que estas diferencias en la edad relativa de los niños que comparten la misma clase en estos períodos escolares, supone una desventaja de madurez para los más pequeños, desventaja que como se ha comprobado tienen un impacto negativo sobre el rendimiento deportivo, académico e incluso en la salud. Y esta diferencia de edad también puede ser relevante en la identificación de conductas que conlleven un diagnóstico de TDAH, tal y como ya señalaba el boletín INFAC allá por 2013 en un número dedicado al TDAH:

...en varios estudios se observa que la «edad relativa» es un predictor del diagnóstico y tratamiento del TDAH. En un estudio realizado en Canadá en niños en edad escolar (6-12 años) se observó que los niños nacidos en diciembre tenían un 30% más de riesgo de ser diagnosticados de TDAH y un 41% más de ser tratados que los nacidos en enero. En el caso de las niñas, el incremento del riesgo era de un 70% y un 77% respectivamente. Los autores concluyen que la relativa inmadurez de los alumnos nacidos al final del año de un determinado curso los expone a un diagnóstico inapropiado y a sobre tratamiento. En la CAPV también se observa una relación entre la edad relativa y la prescripción de fármacos indicados para el TDAH, sobre todo en niños...

PRESCRIPCIÓN “OFF LABEL” DE ANTIDEPRESIVOS

El estudio, publicado en el BMJ, ha merecido un editorial en la propia revista, y ha sido recogido también en una noticia publicada en Redacción Médica. Lo que han hecho los autores (Jenna Wong y cols) ha sido examinar las prescripciones de antidepresivos realizadas en los centros de atención primaria de la zona de Quebec, en Canadá, para ver en qué manera eran utilizados fuera de indicación, y qué nivel de evidencia existía para dicho uso. Examinaron más de 100.000 prescripciones de antidepresivos, en las que los más frecuentemente implicados fueron la amitriptilina (por su uso habitual en el tratamiento del dolor), y la trazodona (por su uso para el tratamiento del insomnio, aunque en España está autorizado para algo tan genérico como estados mixtos ansioso-depresivos, con o sin insomnio). Sólo en el 16% de los casos el fármaco utilizado fuera de indicación tenía soporte sólido en evidencia (aunque no tuviera la indicación aprobada). En un 40% de los casos, el fármaco utilizado fuera de indicación carecía de soporte en evidencia, pero sin embargo existían alternativas con evidencias sólidas. Y en un 45% de los casos, ni el fármaco prescrito ni ningún otro fármaco de su grupo terapéutico disponía de evidencia para sustentar su uso en la situación clínica concreta.


 Research ▾ Education ▾ News & Views ▾ Campaigns ▾  Open access

Research

Off-label indications for antidepressants in primary care: descriptive study of prescriptions from an indication based electronic prescribing system

BMJ 2017 ; 356 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j603> (Published 21 February 2017)

Cite this as: *BMJ* 2017;356:j603

[Article](#) [Related content](#) [Metrics](#) [Responses](#) [Peer review](#) 

Jenna Wong, PhD candidate¹, Aude Motulsky, researcher¹ ², Michal Abrahamowicz, James McGill professor¹, Tewodros Eguale, associate professor³, David L Buckeridge, associate professor¹, Robyn Tamblyn, professor¹

El tema de las prescripciones “off label” tiene mucha enjundia, al menos en salud mental. Y también es verdad que hay situaciones en que esta práctica es razonable, tan razonable como la prescripción dentro de indicación. El que un fármaco no tenga indicación reconocida para un uso clínico determinado no quiere decir que no sea útil y seguro en dicho uso, ni siquiera que carezca de evidencia. Sólo que dicha indicación no se ha solicitado por el fabricante, en muchos casos para ahorrarse los costes y complejidad burocrática que eso supondría. No parece que los fabricantes de la trazodona vayan a tener mucho interés por obtener la autorización para su indicación en insomnio, pero es evidente que la experiencia clínica y un amplio consenso profesional bendicen su uso.

APUNTES PARA UNA PRESCRIPCIÓN ADECUADA (Y QUE NO TE EXPEDIENTEN)

Y hablando de prescripciones fuera de indicación, de nuevo recurrimos [al blog de Rafa Bravo](#), en cuya entrada del 10 de febrero se alude a la importancia de prescribir de forma adecuada medicamentos para uso fuera de indicación en el ámbito de primaria. Y lo hace haciendo referencia al importante número de expedientes a médicos de familia del SERMAS, ante lo que la [Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria \(SOMAMFyC\)](#) ha publicado un documento sobre [“Prevención de sanciones por prescripción farmacéutica”](#). En el documento se informa de que la mayor parte los expedientes sancionadores están relacionados con la prescripción farmacéutica de:

- Fármacos opiáceos a dosis altas, a menudo por encima de las recomendadas.
- Fármacos opiáceos en presentaciones específicas (Fentanilo intranasal u oral, Dolantina en ampollas).
- Fármacos prescritos fuera de indicación o con dosis diferente a la recogida en ficha técnica.
- Prescripción de fármacos no incluidos en la financiación general, pero sí para pacientes afectados por el síndrome tóxico.
- Fármacos con visado de Inspección.

Primum non nocere 2017

blog de medicina, atención primaria y mucho más..... o mucho menos

SOBRE ESTE BLOG Y SU AUTOR

Se constata también que en la mayor parte de los casos la prescripción viene inducida por profesionales de otros niveles asistenciales, generalmente del propio Servicio Madrileño de Salud.

En la entrada del Blog se resume información importante para que los médicos de familia/atención primaria realicen una prescripción adecuada. Cualquier prescripción de medicamentos con indicación fuera de ficha técnica debe hacerse cumpliendo unos requisitos específicos: *el médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar al paciente de los posibles beneficios y los riesgos potenciales obteniendo su consentimiento. Los tratamientos procedentes de un especialista hospitalario cuya indicación este fuera de ficha técnica deberán cumplir estos requisitos. Cuando no se aporten se deberá informar al paciente y derivarse al especialista correspondiente para que sea él, el facultativo que prescriba el medicamento adecuado durante el tiempo que crea necesario.*

ANTIPICÓTICOS ATÍPICOS EN LA AGITACIÓN DE LA DEMENCIA

En el European Neuropsychopharmacology Farlow y Shamliyanb revisan la evidencia existente acerca de los riesgos y beneficios del uso de medicación antipsicótica atípica en pacientes con demencia (uso que en España, por cierto, salvo en el caso de la risperidona, es un uso “off label”). Lo que se viene a concluir es que el uso de antipsicóticos atípicos en esta población se asocia a un menor riesgo de mortalidad global y de clínica extrapiramidal pero a un mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares en comparación con el uso de antipsicóticos convencionales.

Highlights

- Previous systematic reviews evaluated the short-term benefits and harms of off-label atypical antipsychotics in adults with dementia focusing on randomized controlled trials (RCT). We evaluated the most current and comprehensive evidence from all available RCTs and observational studies that examined the benefits and long-term harms from atypical antipsychotics in adults with dementia.
- We found that aripiprazole, risperidone, and olanzapine but not quetiapine result in modest (standardized mean difference <0.5 standard deviations) improvement in neuropsychiatric symptoms at the expense of serious adverse effects.
- There is no difference in all-cause mortality between atypical antipsychotics.
- Atypical antipsychotics are associated with lower risk of all-cause mortality and extrapyramidal symptoms when compared with conventional antipsychotics.

Así que los antipsicóticos atípicos (o algunos de ellos), pueden ofrecer algún beneficio en el manejo de la agitación de pacientes con demencia, pero a costa de importantes riesgos que debieran ser sopesados, e informados a familiares y cuidadores.

ANTIPSIKÓTICOS Y RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

Presentación a cargo de Miller, disponible en Psychiatric Times, en la que se aborda la posible asociación entre el uso de antipsicóticos, la hiperprolactinemia y el riesgo de padecer cáncer de mama. Estudios previos han identificado una asociación ligera, pero significativa, entre el uso de antagonistas dopaminérgicos y el desarrollo de cáncer de mama. En este caso se describen los resultados de un estudio realizado en Suecia en el que se investiga el riesgo asociado al uso de risperidona. Se concluye, literalmente, que el uso de risperidona no se asocia a un riesgo superior que el uso de otros antipsicóticos (al menos a corto plazo). Lo que no encuentro por ninguna parte en el estudio es si el riesgo sí resulta superior al de personas no expuestas a ningún antipsicótico?

Format: Abstract ▾

Schizophr Res. 2016 Nov 4. pii: S0920-9964(16)30479-0. doi: 10.1016/j.schres.2016.10.035. [Epub ahead of print]

Risk of breast cancer in risperidone users: A nationwide cohort study.

Reutfors J¹, Winqård L², Brandt L², Wang Y³, Qiu H³, Kieler H², Bahmanyar S².

ESTUDIOS DE POST COMERCIALIZACIÓN FINANCIADOS POR LA INDUSTRIA Y SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

Este estudio realizado en Alemania lo publica el BMJ y hace referencia a los ensayos financiados por la industria con fármacos ya comercializados, y en qué manera estos estudios “post marketing” contribuyen a mejorar la seguridad del uso de medicamentos. Las conclusiones no son demasiado alentadoras, ya que parece que la utilidad de estos estudios como mecanismo de monitorización de efectos adversos y seguridad de fármacos ya en uso en el mercado es escasa. El tamaño muestral es demasiado pequeño para detectar efectos

adversos poco frecuentes, y además los médicos que participan en los mismos están obligados por el patrocinador a mantener una estricta confidencialidad sobre los datos, incluyendo las reacciones adversas, por lo que se considera que estos estudios no ofrecen beneficios para los

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

Systematic evaluations of post-marketing industry funded trials are sparse
The few studies available have criticised post-marketing studies for their low scientific value and lack of scientific integrity and for being seeding trials masking marketing interests of the sponsors as research
Current legislation relies on post-marketing studies for drug safety surveillance

WHAT THIS STUDY ADDS

Post-marketing studies are not serving as a key tool for drug safety surveillance, at least among those registered in Germany
Sample sizes are generally too small to allow for the detection of rare adverse drug reactions, and many participating physicians are strictly obliged to maintain confidentiality towards the sponsor about all data, including adverse drug reactions
The post-marketing studies analysed are doing no measurable good to patients and could be taking resources away from more effective pharmacovigilance systems

pacientes, y quizás detraen recursos para otros sistemas de farmacovigilancia más efectivos (y transparentes).

A VUELTAS CON LA LISDEXANFETAMENINA

Que tenemos un pequeño lío organizado con esto. La Lisdexanfetamina (Elvanse®) es un medicamento con indicación en el tratamiento de niños diagnosticados con TDAH que no responden a los tratamientos farmacológicos de primera opción, como el metilfenidato.

El caso es que desde diciembre, su prescripción financiada requiere de visado e indicación específica de un *especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes* lo que ha dado lugar a cierta confusión y dificultades, que han aconsejado una moratoria hasta el 1 de setiembre que permite mantener las prescripciones desde primaria y pediatría. Decir que se considera que los mencionados especialistas en *trastornos de conducta en niños y adolescentes* somos los psiquiatras y los neurólogos quizás es mucho atinar, ya que la mayoría de psiquiatras y neurólogos los únicos niños que conocemos son nuestros hijos y los de nuestros amigos. Bueno, a lo que vamos, reproducimos aquí íntegramente la nota remitida en la RSMB a los psiquiatras que trabajan en los centros de niños y adolescentes al respecto:

Recomendaciones en relación a la prescripción de Lisdexanfetamina con visado

Desde diciembre el medicamento LISDEXANFETAMINA (Elvanse®) pasó a requerir visado.

La indicación para la que se financia es:

INDICACIONES

Indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada. El tratamiento debe estar bajo la supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. El diagnóstico debe realizarse según los criterios de DSM-IV o las directrices incluidas en CIE-10.

En el documento de visado aparece “informe de prescripción y diagnóstico por especialista de Osakidetza que trata la patología para la que se prescribe”. Esto implica que Presbide le pedirá al facultativo la cumplimentación del correspondiente informe clínico en todas las prescripciones que se inicien y modifiquen/prorroguen. En la instrucción aparece Psiquiatra y Neurólogo como los especialistas que pueden hacer los visados.

*Debido a que este paso ha sido de forma repentina, se ha **prorrogado hasta el 1 de setiembre la prescripción realizada por pediatras y médicos de atención primaria** a aquellos pacientes*

que ya lo tienen prescrito, para dar tiempo a que los pacientes que opten por ser atendidos en los Servicios Públicos de Osakidetza sean derivados a estos.

Desde Inspección Médica se han transmitido los siguientes criterios:

- Se visará exclusivamente a niños y adolescentes, a partir de 6 años y hasta que cumplan 18, momento en el cual dejará de visarse. **No se visará ninguna prescripción inicial a mayores de 18 años.**
- Solo se visará si se constata que el niño **ha sido tratado anteriormente con Metilfenidato** en alguna de sus formas, sin éxito (comprobado en Osabide).
- Todas las prescripciones, iniciales y sucesivas, deberán ser hechas por psiquiatra o neurólogo (incluye también neuropediatra) de Osakidetza.
- **No procede derivar a pacientes a Salud Mental o Neurología (Neuropediatría incluida) para facilitar las recetas, sino que será para estudio y tratamiento con la indicación que el especialista de Osakidetza considere, coincida o no con la realizada en un contexto sanitario ajeno.**

Es importante que el informe del facultativo prescriptor se ajuste a la indicación. Como veis un criterio es que se haya utilizado previamente Metilfenidato sin resultado.

La prescripción conlleva un informe clínico, es decir habría que valorar la posible patología del paciente. Esto implica que el facultativo que realiza el visado se responsabiliza de dicha prescripción que, en algunos casos, puede provenir de otro médico.

Hay que recordar que **Osakidetza no es una agencia prescriptora y por tanto no tiene que hacerse cargo obligatoriamente de subvencionar tratamientos indicados en otros ámbitos privados.** Esto lo deben saber también los usuarios-ciudadanos.

Esta situación que ocurre con otros tratamientos médicos es evidente que nos plantea realizar una actividad asistencial a veces incómoda pero hasta el momento no hay directrices de parte de organismos de gestión de Osakidetza que protocolicen esto de manera más satisfactoria.

En el apartado Observaciones de Presbide conviene añadir el nombre del facultativo y el CSM NA en el que trabaja para evitar que el inspector pida más aclaraciones.

Como el criterio que van a mantener los inspectores es no aceptar visados de tratamiento para mayores de 18 años, convendría tenerlo en cuenta e **informar a pacientes y familias que a partir de esa edad Osakidetza no prorrogara la prescripción de este fármaco.**

Por último informaros también de que hay cierta preocupación por parte de los facultativos psiquiatras de los Centros de adultos en relación a la continuidad y responsabilización de

algunos tratamientos farmacológicos, en concreto psicoestimulantes, en pacientes adolescentes que llevan tiempo tomándolo y que pasan a los servicios de adultos

ADIÓS AL RISPERDAL FLAS...Y VUELVE EL COLME

La risperidona bucodispersable de “marca” se despide de las farmacias. Janssen comunicaba el pasado 24 de enero la suspensión de todas sus presentaciones, aunque en la misma nota se recuerda de que dicha presentación sigue disponible comercializada por otros laboratorios.



Madrid, 24 de Enero de 2017

Estimado cliente,

Nos ponemos en contacto con usted en relación a nuestro medicamento **Risperdal® Flas** para informarle que se encuentra en **suspensión** por lo que, lamentablemente, se ha discontinuado su suministro, en todas las concentraciones y presentaciones comercializadas hasta ahora, las cuales relacionamos a continuación:

Código Nacional	Denominación del medicamento
749580	RISPERDAL FLAS 0,5 mg comprimidos bucodispersables, 28 comprimidos
749598	RISPERDAL FLAS 0,5 mg comprimidos bucodispersables, 56 comprimidos
749606	RISPERDAL FLAS 1 mg comprimidos bucodispersables, 28 comprimidos
749614	RISPERDAL FLAS 1 mg comprimidos bucodispersables, 56 comprimidos
749929	RISPERDAL FLAS 2 mg comprimidos bucodispersables, 28 comprimidos
749960	RISPERDAL FLAS 2 mg comprimidos bucodispersables, 56 comprimidos
652151	RISPERDAL FLAS 3 mg comprimidos bucodispersables, 28 comprimidos
652152	RISPERDAL FLAS 3 mg comprimidos bucodispersables, 56 comprimidos
652147	RISPERDAL FLAS 4 mg comprimidos bucodispersables, 28 comprimidos
652148	RISPERDAL FLAS 4 mg comprimidos bucodispersables, 56 comprimidos

Nos gustaría añadir que este cambio **sólo afecta a la formulación bucodispersable de Risperdal®**; el resto de formulaciones y presentaciones de Risperdal® (comprimidos, solución oral y Risperdal® Consta® inyectable) siguen estando disponibles.

Asimismo, nos permitimos indicarle que existen en el mercado alternativas a Risperdal® Flas, con presentaciones y concentraciones iguales, comercializadas por distintos Laboratorios.

Agradeciendo como siempre la confianza que depositan en nosotros y quedando a su entera disposición, le saludamos atentamente,

Isabel Fernández García
Director Técnico Janssen Cítag, S.A.

Tampoco parece que fuera una medicación de uso masivo en la actualidad, pero siempre hay algún paciente al que le afecta, así que tenedlo en cuenta.

Y tras un tiempo con problemas de suministro, ya está de nuevo disponible el Colme, todo un clásico.

LISTADO DE MEDICAMENTOS CON PROBLEMAS DE SUMINISTRO RESUELTOS EN LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS A FECHA 02/03/2017

Medicamento

Se encontro una fila.

Puede cambiar el orden en el que figuran los datos utilizando las flechas que existen en las cabeceras de cada columna

Código Nacional	Nombre del formato del medicamento	Titular de autorización de comercialización	Fecha prevista de inicio	Fecha de finalización
656749	COLME, 4 ampollas bebibles de 15 ml	FAES FARMA, S.A.	12/07/2016	12/12/2016

PSICOFÁRMACOS “MACHACABLES”

Pues esto es muy interesante, lo publica Current Psychiatry en su número de febrero. Se trata de una guía acerca de qué medicamentos psiquiátricos pueden ser machacados para su administración en ciertas circunstancias clínicas en las que a los pacientes les resulta dificultoso tragar las píldoras, cápsulas u otros formatos sólidos, en el caso de no disponer de alternativas en formato dispersable o en solución. Por ejemplo, pacientes pediátricos o geriátricos, situaciones postquirúrgicas que precisen alternativas a la vía enteral (sondaje nasogástrico, gastrostomía...), disfagia y odinofagia, etc. Aunque la realidad es que un uso muy habitual en psiquiatría del “machacado” estaba relacionado con “asegurar” la toma en pacientes con extraordinarias habilidades para esconder la pastilla en la boca y “expulsarla” después....

Pills to powder: An updated clinician’s reference for crushable psychotropics

Jolene R. Bostwick, PharmD, BCPS, BCPP, and Angela Demehri, MD

Algunas indicaciones generales:

- Las pastillas que presentan ranura (tabletas ranuradas), típicamente pueden ser machacadas.
- Las medicaciones de liberación retardada si se machacan pierden generalmente dicha propiedad.
- Las pastillas que llevan cobertura entérica no se deben machacar, altera su absorción.
- En general, las cápsulas se pueden abrir y administrar su contenido, salvo en los casos previos (liberación retardada, cobertura entérica)

En todo caso en el artículo hay un listado extenso y pormenorizado de medicamentos con indicaciones de si es o no machacable, si hay alternativa en líquido, suspensión etc., si puede abrirse la cápsula...y si al machacarla sabe a rayos...(¿alguien recuerda el sabor/olor del distraneurine cuando se rompía??)

Por cierto, en el mismo artículo se recuerda que existe una web dedicada a informar sobre qué pastillas no deben ser machacadas, y que es conocida como la “Do Not Crush List”

RÉPLICA AL ARTÍCULO “COMO UTILIZAR ANTIDEPRESIVOS SIN QUE SEA DEPRIMENTE”

Allá por finales del mes de enero, la Web de Osalde publicaba un artículo con el interesante título *cómo utilizar antidepresivos sin que sea deprimente* escrito por Alberto Ortiz Lobo y Ana Maria Sobrado de Vicente-Tutor. No compartiendo muchas de las afirmaciones vertidas en el artículo, dos de los editores de este Boletín escribieron y remitieron a Osalde una réplica, publicada también en su Web. Reproducimos uno de sus párrafos:

Asimismo, es inapropiado el modelo centrado en el fármaco que Moncrieff postula para la Psicofarmacología, en la medida en que esta autora nunca hace la menor referencia a que lo mismo sucede con la inmensa mayoría de los medicamentos. Moncrieff asegura que el tratamiento con un antipsicótico (o un antidepresivo, o un ansiolítico) induce un estado biológico y psicológico anormal, en vez de revertir la enfermedad, y puesto que se desconoce la etiología y fisiopatología de las enfermedades mentales, solo podemos darle la razón. Pero no por ello debemos dejar de remarcar que su relato es incompleto. Y es que tratar una hipertensión esencial con un bloqueante del calcio es inducir un estado anormal del músculo liso arterial, igual que es generar un funcionamiento anormal el influir en el eje renina - angiotensina -aldosterona con los diversos fármacos que distorsionan su regulación o el escurrir la volemia con un diurético. Lo mismo puede decirse del uso de hipoglucemiantes. O del uso de analgésicos. O del uso de antiinflamatorios. O del uso de hipolipemiantes. O del uso antiarrítmicos. O del uso de broncodilatadores. O del uso de protectores gástricos. O del uso, en general, de la mayoría de los fármacos que emplea hoy en día la Medicina.

VENOMAGNOSIA

Neologismo acuñado en la página de Risk por nuestro admirado, a pesar de lo pesado que se pone con el tema de los ISRS hace ya unos años, David Healy. El término, (derivado del latín, veneno, y de falta de insight, agnosia) hace referencia a una especie de distorsión cognitiva



HOME ABOUT▼ BLOG DRUGS A-Z LISTS TOOLS▼ DRUG SIDE EFFECT?



No one knows a prescription drug's side effects like the person taking it.

Make your voice heard.

RxISK is a free, independent drug safety website to help you weigh the benefits of any medication against its potential dangers.

que facilita que los médicos no seamos conscientes de la conexión entre un fármaco y una queja del paciente, queja originada por un efecto secundario no raro, pero que tendemos a menospreciar, cuando no a atribuir a manías, exageraciones o la imaginación del paciente. No parece que vaya a triunfar como nueva palabreja, pero desde luego el concepto parece útil, y uno puede pensar en las diversas ocasiones en las que esto le ha pasado...como médico o como paciente...

©RSMB201520162017

Equipo editor: Anuntze Arana, Luis Pacheco, Juan Medrano, Pablo Malo, Jose Uriarte

Han colaborado en este número: Ainhoa Valenciano; Fernando González

Si quieres participar en el boletín puedes enviar contenidos, noticias o información para su publicación a: josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.eus