Osakidetza
BIZKAIKO OSASUN MENTALEKO SAREA
RED DE SALUD MENTAL BIZKAIA

BOLETIN DE PSICOFARMACOLOGÍA

(y otras cosas más o menos relacionadas)

RSMB

Nº 22
MAYO 2017

INDICE

- ZORIONAK, INFAC
- I-BOTIKA: INFORMACION SOBRE ANTIDEPRESIVOS
- POR QUÉ LA PSIQUIATRÍA NECESITA DE LA NEUROCIENCIA
- GUÍA BAP PARA EL MANEJO DEL EXCESO DE PESO, LAS ALTERACIONES METABÓLICAS Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR
- Y OTRA GUÍA BAP, ESTA VEZ SOBRE EL USO DE PSICOFÁRMACOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO
- 60 AÑOS DE ENSAYOS CLÍNICOS CONTROLADOS CON ANTIPSICÓTICOS
- ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS NO HEMATOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA
- CARIPRAZINA
- VALBENAZINA
- SÍNDROME DE ABSTINENCIA Y ALUCINACIONES CON ROPINIROL
- EL IVA DE LAS BOTIKAS
- ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA DE LA AMITRIPTILINA
- DESABASTECIMIENTO DE LANTANON
- BAILAR TANGO COMO TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

ZORIONAK, INFAC

El boletín de información farmacoterapéutica de Osakidetza, INFAC, cumple 25 años. Y estrena nuevo formato y presentación con una magnífica revisión sobre el tratamiento de la depresión en el ámbito de la atención primaria. En un tema en el que se oyen tantas cosas, muchas de ellas con escaso o nulo fundamento, y tan contaminadas por filias y fobias, es de agradecer un documento mesurado, equilibrado, sencillo y claro.

Así que Zorionak, INFAC, tanto por el cumple como por el informe.

25urte

I-BOTIKA: INFORMACION SOBRE ANTIDEPRESIVOS

cevime
centro vasco de información de medicamentos
medikamentu informazioko euskal zentroa

Como ya sabéis, i-Botika es un boletín de información ciudadana sobre medicamentos editado por cevime-centro vasco de información de medicamentos. Esta vez la información va dirigida hacia las personas a las que se les prescriben antidepresivos, y tiene el objetivo de contestar a las preguntas y dudas más frecuentes.

POR QUÉ LA PSIQUIATRÍA NECESITA DE LA NEUROCIENCIA

Daniel Barron publicaba el pasado 25 de abril esta entrada en la Web del Scientific American, un alegato reivindicando la importancia de las neurociencias para el avance de la psiquiatría.

SUBSCRIBE SCIENTIFIC AMERICAN. English Cart 0 Sign In | Register

THE SCIENCES MIND HEALTH TECH SUSTAINABILITY EDUCATION VIDEO PODCASTS BLOGS STORE

Guest Blog

Why Psychiatry Needs Neuroscience

An influential subset of psychiatrists argue—absurdly—that neuroscience has little clinical relevance

Algo que uno pudiera pensar es un esfuerzo excesivo para algo que resulta obvio, pero la realidad parece otra. En su número de abril, Jama Psychiatry publicaba un artículo firmado por David Ross y cols en el que describe cómo y por qué el Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD, en sus siglas en inglés) debe de ser estudiado desde una perspectiva neurocientífica. Pero la realidad es que la psiquiatría cuenta con un largo historial de vivir a espaldas de la neurociencia, de concederle escasa relevancia, y en muchos casos con asociar la visión neurocientífica a orientaciones profesionales poco sensibles y reduccionistas, y esto en el mejor de los casos. Recientemente el debate llegó al New York Times, en el que John C. Markowitz defendía y razonaba la postura de que se ha producido un viraje en los últimos años hacia una excesiva orientación neurocientífica en el campo de la salud mental por parte del NIMH americano, liderado por Insel: There's Such a Thing as Too Much Neuroscience

The Opinion Pages | OP-ED CONTRIBUTOR

There's Such a Thing as Too Much Neuroscience

By JOHN C. MARKOWITZ OCT. 14, 2016

Nestler y Hyman le respondían con: More Neuroscience, Not Less. Por si os apetece seguir el debate.

The Opinion Pages | LETTER

More Neuroscience, Not Less

OCT. 21, 2016

GUÍA BAP PARA EL MANEJO DEL EXCESO DE PESO, LAS ALTERACIONES METABÓLICAS Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR

La *British Association for Psychopharmacology* (BAP) publicaba el pasado año (pero no me suena que lo reflejáramos), esta guía y revisión sobre este asunto. Extensa y pormenorizada, incluye un listado de fármacos para el manejo del exceso de peso en esta población, y la evidencia disponible al respecto:

Cooper et al. 733

Table 3. Treatments that have been studied, or considered, for reduction of antipsychotic related weight gain (listed in alphabetical order and not order of importance).

Group	Evidence of efficacy for reducing weight gain and availability in the UK	Treatments given in alphabetical order within each group
A	Data available for these treatments from RCTs in antipsychotic treated patients. Treatments are available in the UK but are not necessarily licensed for the treatment of obesity.	Amantadine Melatonin Orlistat Topiramate Reboxetine Zonisamide
B	These treatments have evidence of efficacy in the general population but no trials in antipsychotic-treated patients. The last two drugs are not currently available for use in the UK.	Bariatric surgery GLP-1 analogues (liraglutide and exenatide) Lorcaserin Phenteramine/topiramate combination
C	For most of these treatments only a single (negative) clinical trial has been carried out in antipsychotic-treated patients. Treatments are available in the UK but are not licensed for the treatment of obesity.	Atomoxetine Dextroamphetamine Famotidine Fluoxetine Fluvoxamine Nizatidine
D	Had limited or no evidence of effectiveness in antipsychotic treated patients. Treatments no longer available in the UK.	D-fenfluramine Phenylpropanolamine Rimonabant Rosiglitazone Sibutramine

Así como indicaciones específicas para el manejo de la diabetes y el riesgo cardiovascular. La cuestión es la de siempre, las guías son estupendas, pero su traslado a la atención rutinaria en el día a día es otra cosa bien distinta. En todo caso parece un buen documento para compartir y discutir con atención primaria y mejorar el abordaje conjunto a este grupo de pacientes.

Y OTRA GUÍA BAP, ESTA VEZ SOBRE EL USO DE PSICOFÁRMACOS EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

Publicada este mismo año, es también accesible a texto completo aquí. Cada epígrafe trae después un resumen de conclusiones y recomendaciones que parece muy útil, especialmente en un documento largo, muy pormenorizado, y que parece una excelente y actualizada revisión, recomendable para tener a mano en un tema que tantas dudas suscita en los clínicos y las personas afectadas.

BAP Guidelines

British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017

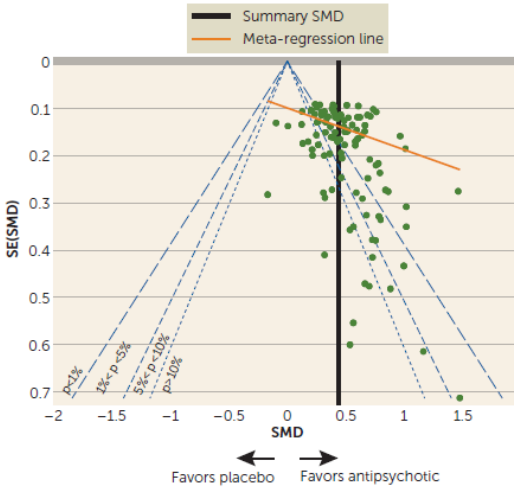
Psychopharm

Journal of Psychopharmacology
1–34
© The Author(s) 2017
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269881117699361
journals.sagepub.com/home/jop
SAGE

R Hamish McAllister-Williams[1,2], David S Baldwin[3,4], Roch Cantwell[5], Abby Easter[6], Eilish Gilvarry[2,7], Vivette Glover[8], Lucian Green[9], Alain Gregoire[3,10], Louise M Howard[11,12], Ian Jones[13], Hind Khalifeh[11,12], Anne Lingford-Hughes[14], Elizabeth McDonald[15,16,17], Nadia Micali[18], Carmine M Pariante[12,19], Lesley Peters[20], Ann Roberts[20,21,22], Natalie C Smith[23], David Taylor[12,24], Angelika Wieck[25,26], Laura M Yates[27,28] and Allan H Young[12,19]; endorsed by the British Association for Psychopharmacology

60 AÑOS DE ENSAYOS CLÍNICOS CONTROLADOS CON ANTIPSICÓTICOS

FIGURE 6. Contour-Enhanced Funnel Plot for Correlation Between Probability of Publication and Magnitude of Effect for Antipsychotic Drugs[a]



[a] SE=standard error; SMD=standardized mean difference.

Esto lo publica el American Journal of Psychiatry, en su sección de *advances,* es decir, publicación online antes de su publicación impresa. Leucht y compañía evalúan (realizan un metaanálisis) los ensayos clínicos controlados sobre la eficacia de la medicación antipsicótica llevados a cabo en los últimos 60 años. Se analizaron un total de 167 ensayos clínicos doble ciego aleatorizados que implican a más de 28000 pacientes. Os animamos a leer el artículo completo, pero por si acaso ahí van algunas de sus conclusiones:

- Los clínicos podemos esperar que el doble de nuestros pacientes mejore si le administramos antipsicóticos que si le damos un placebo. Pero…solo una minoría tendrá una respuesta de suficiente calibre como para calificarla como "buena".
- Los metaanálisis deben de tomar en consideración los cambios debidos al paso del tiempo. Si los ECAs realizados con un fármaco desarrollado en los años 70 se combinan con los de un fármaco desarrollado en 2010, el fármaco más antiguo puede, de forma artificial, mostrar mejores resultados como consecuencia de mayores tamaños de efecto en ese periodo. Así que tener en consideración el año de publicación como un "moderador" del

efecto puede ser buena idea. (esto yo no lo entiendo muy bien, así que si alguien se lo lee, lo entiende bien y nos lo cuenta, pues estupendo).

- La esponsorización de los ensayos por parte de la industria no ha inflado los tamaños de efecto. Pero si existe un sesgo de publicación, porque la industria no siempre publica los estudios que no muestran resultados favorables concluyentes. Un incremento en la respuesta placebo, sin una reducción del efecto/respuesta al fármaco, contribuye a la reducción del tamaño del efecto a lo largo del tiempo.
- El tamaño de la muestra es un efecto también moderador; de hecho se ha ido incrementando con los años para asegurar la significación estadística. Pero la inclusión de grandes números de pacientes produce presión hacia el reclutamiento y mayor variabilidad, lo que reduce el tamaño del efecto. Así que sería recomendable que se diseñaran estudios más pequeños, pero con pacientes mejor seleccionados.

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS NO HEMATOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

Jonathan Meyer, MD

Este señor las cuenta en una presentación en el congreso de la APA, en mayo de este año, en San Diego: Meyer J, O'Day J, Proctor G. Managing the nonhematological adverse effects of clozapine. Presented at: the *American Psychiatric Association Annual Meeting;* May 21, 2017; San Diego, CA

Aborda el manejo de la psialorrea, el estreñimiento o el ortostatismo. Más interesante es su propuesta de manejo de otros efectos secundarios que la mayoría de nosotros nos alarmarían lo suficiente para abandonar de forma definitiva el tratamiento. Por ejemplo, las convulsiones o la miocarditis. No considera la presencia de fiebre una justificación en sí misma ara interrumpir el tratamiento, y recuerda que hasta el 55% de los pacientes que inician tratamiento clozapina presentará fiebre y molestias pseudogripales en el primer mes de tratamiento.

CARIPRAZINA

La EMA recomienda autorizar cariprazina. Informa *Medscape* de que el Comité de Productos Médicos para Uso Humano de la Agencia Europea del Medicamento ha recomendado autorizar la cariprazina (*Reagila*, desarrollada por Gedeon Richter). El fármaco, disponible ya en los EEUU con el nombre comercial de Vraylar, se comercializará en cápsulas duras de 1,5, 3, 4,5, y 6. La cariprazina se liga primariamente a receptores dopaminérgicos D_3 y D_2 y al receptor

serotoninérgico 5-HT_{1A}. Se ha mostrado eficaz para mejorar los síntomas psicóticos y los secundarismos más comunes son la acatisia y el parkinsonismo.

VALBENAZINA

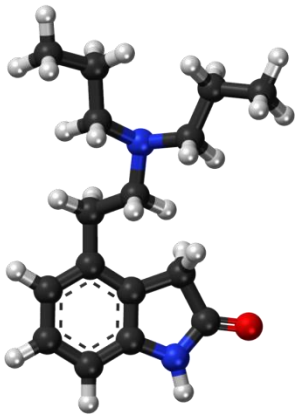
Out of the Pipeline

Valbenazine for tardive dyskinesia

Jonathan M. Meyer, MD

En el boletín del mes pasado nos hacíamos eco de la aprobación en EEUU de este fármaco, comercializado como *Ingrezza*, para el tratamiento de la discinesia tardía. Meyer, en *Current Psychiatry*, presenta en sociedad al fármaco, detallando sus características. Por cierto, que según leemos en *FiercePharma*, se calcula que al precio con que se venderá el envase del producto (más de 5.000$ el envase de 30 unidades, de toma diaria) el coste del tratamiento ascenderá nada menos que a 63.300 $ anuales.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA Y ALUCINACIONES CON ROPINIROL



El boletín de la AEMPS del mes de abril informa de que se ha identificado el riesgo a la presentación de síndrome de abstinencia como resultado del tratamiento con agonistas dopaminérgicos, así como alucinaciones como nuevas reacciones adversas asociadas a la administración de ropinirol. Asimismo da a conocer una modificación en la ficha técnica del producto, en la sección 4.4 sobre Advertencias y precauciones, que indica que "*para discontinuar el tratamiento en pacientes con enfermedad de Parkinson, se debe reducir gradualmente la dosis de ropinirol. Pueden ocurrir reacciones adversas no motoras cuando se reduce gradualmente la dosis o se suspende el tratamiento con los agonistas dopaminérgicos, incluido ropinirol. Los síntomas incluyen apatía, ansiedad, depresión, fatiga, sudoración y dolor, que pueden ser graves. Se debe informar de ello a los pacientes antes de reducir gradualmente la dosis del agonista dopaminérgico y monitorizarlos periódicamente, a partir de entonces. En caso de síntomas persistentes, puede ser necesario aumentar temporalmente la dosis de ropinirol*".

EL IVA DE LAS BOTIKAS

Por curiosidad, aquí puedes ver cuál es el IVA que cada país de Europa y su entorno aplican a los medicamentos, tanto para los de prescripción como los de venta libre. España es uno de los

países con un IVA más reducido, el 4%, frente a un 25% que gasta, por poner un ejemplo, Noruega.

País	IVA estándar (%)	IVA aplicado a medicamentos	
		Prescripción (%)	OTC (%)
Austria	20,0	10,0	10,0
Belgium	21,0	6,0	6,0
Bulgaria	20,0	20,0	20,0
Croatia	25,0	5,0	25,0
Cyprus	19,0	5,0	5,0
Czech Republic	21,0	10,0	10,0
Denmark	25,0	25,0	25,0
Estonia	20,0	9,0	9,0
Finland	24,0	10,0	10,0
France	20,0	2,1	10,0
Germany	19,0	19,0	19,0
Greece	23,0	6,0	6,0
Hungary	27,0	5,0	5,0
Iceland	24,0	24,0	24,0
Ireland	23,0	0,0 – 23,0	0,0 – 23,0
Italy	22,0	10,0	10,0
Latvia	21,0	12,0	12,0
Lithuania	21,0	5,0	21,0
Luxembourg	17,0	3,0	3,0
Malta	18,0	0,0	0,0 – 23,0
Netherlands	21,0	6,0	6,0
Norway	25,0	25,0	25,0
Poland	23,0	8,0	8,0
Portugal	23,0	6,0	6,0
Romania	20,0	9,0	9,0
Russia	10,0	10,0	10,0
Serbia	20,0	10,0	10,0
Slovakia	20,0	10,0	10,0
Slovenia	22,0	9,5	9,5
Spain	21,0	4,0	4,0
Sweden	25,0	0,0	25,0
Switzerland	8,0	2,5	2,5
Turkey	18,0	8,0	8,0
United Kingdom	20,0	0,0	20,0

ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA DE LA AMITRIPTILINA

Informa *Hemos Leído* de que la AEMPS y la EMEA han actualizado la información de los medicamentos que contienen amitriptilina con el fin de armonizar las fichas técnicas aprobadas en los estados miembros de la Unión Europea y España (Deprelio® y Tryptizol®), motivado por las importantes diferencias en las indicaciones aprobadas, la posología y las recomendaciones de uso que presentaban. En sendos anexos de la Decisión de Ejecución de la Comisión se recogen las conclusiones científicas, y la modificación de las secciones relevantes de la ficha técnica, etiquetado y prospecto. La ficha técnica no actualizada de Tryptizol tiene como fecha noviembre de 2015, en tanto que la de Deprelio está fechada en febrero de 2016. La de la amitriptilina combinada (Nobritol®) es nada menos que de junio de 2000 y a la luz de las modificaciones en las de los otros productos es de suponer que requerirá alguna actualización.

DESABASTECIMIENTO DE LANTANON

Como ya viene siendo costumbre, nos enteramos por los pacientes, que nos lo cuentan cuando van a la farmacia y no disponen del medicamento en cuestión. En este caso es el Lantanon de 30 mgrs. Como sabéis la página de la AEMPS dispone de información actualizada acerca de los medicamentos con problemas de suministro.

951277	LANTANON 30 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA , 30 comprimidos	LABORATORIOS FROSST, S.A.	31/05/2017	30/06/2017	Existe/n otro/s medicamento/s con el mismo principio activo y para la misma vía de administración. Está disponible la dosis de 10mg

Parece que el problema se solucionará en unas semanas. Mientras, la alternativa es usar el de 10 mgrs.

BAILAR TANGO COMO TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Esto lo hemos descubierto en una revista "seria" (del grupo Elsevier), que se titula Complementary Therapies in Medicine. Y tan complementarias, vaya. En este caso la metodología es rigurosa, y se compara eso, bailar tango frente a practicar Mindfullness y una lista de espera como grupo control. El artículo comienza con el ya conocido mantra ese de que "uno de cada cinco australianos" (en este caso australianos, pero aplíquese a cualquier lugar del mundo), van a sufrir en su vida un trastorno mental (sea eso lo que sea), y que solo un tercio accede a tratamiento efectivo. Di que al final el ensayo incluyó a un total de 66 pacientes, 16 meditaron, 19 bailaron tango, y el resto esperaron, y con esto consiguieron determinar estadísticamente que meditar y bailar tango es mejor que esperar. Y seguro que sí, vaya. Un problema que le vemos a estas cosas es la posible banalización de la enfermedad depresiva, que queda escondida entre tristezas, insatisfacciones, malestares y nostalgias varias, en un cajón de sastre en el que efectivamente, todo vale. Pero ese todo vale quizás no sea lo más apropiado para los depresivos "de verdad", aquellos a los que decirles que mediten o que bailen tango (o que salgan a hacer footing), es como decirles que escalen el Everest sin oxígeno.

Pareja de australianos nada deprimidos

©RSMB201520162017

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

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