



- **DOS NUEVOS ANTIPSICÓTICOS (O NO TAN NUEVOS): LATUDA Y REAGILA**
- **¿HAY QUE FINANCIAR A LOS MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR?**
- **DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA**
- **CAMBIAR DE ANTIDEPRESIVO: ¿CÓMO, CUANDO Y A CUÁL?**
- **LA ESKETAMINA A LAS PUERTAS**
- **INTERACCION MÉDICO PACIENTE Y EFECTO PLACEBO**
- **FLUOXETINA Y AUTISMO**
- **ELECCIÓN DE ANTIPSICÓTICO Y LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE**
- **LITIO EN EL EMBARAZO Y POSTPARTO**
- **BOLETÍN INFAC: CARGA ANTICOLINÉRGICA**
- **NOVEDADES PRESBIDE**

### **DOS NUEVOS ANTIPSICÓTICOS (O NO TAN NUEVOS): LATUDA Y REAGILA**

Igual es una impresión, pero han llegado con cierto sigilo, muy lejos de los fastos que saludaban la aparición de nuevos antipsicóticos en épocas no tan lejanas. Puede que estemos en tiempos de mayor contención y mesura o igual es que tampoco esperamos gran cosa de las aparentes novedades. O ambas cosas. En todo caso, comentaremos su irrupción en nuestro mercado apoyándonos en datos “oficiales” como la ficha técnica de cada producto y los informes del Grupo de Coordinación del Posicionamiento Terapéutico de la AEMPS para cada producto. Como se verá, estos informes, fechados en julio de este año, no puede decirse que saludasen a los nuevos medicamentos con entusiasmo, pero a pesar de este posicionamiento ambos han sido aprobados y financiados, lo que una vez más sugiere que tales informes no pasan de ser un trámite. Mención aparte merecen las categóricas cautelas que contraindican el uso de ambos fármacos en personas que reciban tratamientos con inductores o inhibidores potentes del CYP3A4 (ver más abajo)

#### **Lurasidona (LATUDA®)**

Después de varios años en estudio por la EMA, que emitió una opinión favorable hace ya tiempo, LATUDA® se ha comercializado en forma de comprimidos recubiertos con película disponibles en tres dosis de 18,5, 37 y 74 mg. La indicación aprobada es el tratamiento de la esquizofrenia en adultos mayores de 18 años, aunque hay estudios que apoyan su uso en el Trastorno Bipolar (de hecho en EEUU está aprobada para el tratamiento de episodios depresivos en el trastorno bipolar). La ficha técnica recomienda una dosis inicial de 37 mg una vez al día, aunque se puede alcanzar un máximo de 148 mg en una sola dosis, en función de la respuesta clínica del paciente. Hasta la fecha no hay datos sobre su uso (eficacia y seguridad) en pacientes de edad avanzada con esa dosis máxima. Según datos de la propia compañía es el segundo antipsicótico más prescrito en todo el mundo (suponemos que a costa de prescripciones en EEUU).



Lurasidona bloquea los receptores dopaminérgicos D2 y los serotoninérgicos 5-HT<sub>2A</sub> y 5-HT<sub>7</sub> y además bloquea los receptores adrenérgicos  $\alpha_{2c}$  y  $\alpha_{2a}$ . Es también es agonista parcial del receptor 5HT<sub>1A</sub>. No se une a los receptores colinérgicos ni muscarínicos. En todo caso su particular perfil receptorial no aporta aparentemente mayor efectividad, no ha demostrado más efectividad que comparadores activos (si bien los ensayos en los que hubo tales comparadores no se diseñaron para verificarlo) y si una elevada tasa de abandonos en ensayos. Se administra en toma única diaria, pero debe ser ingerida con alimentos. En la insuficiencia renal leve no es necesario ajustar la dosis, pero en insuficiencia renal moderada o severa se recomienda una dosis inicial de 18,5 mg al día y no sobrepasar una dosis máxima de 74 mg/día. De forma similar, en pacientes con insuficiencia hepática leve, no es preciso necesario ajustar la dosis, pero cuando la insuficiencia hepática es moderada se recomiendan dosis entre 18,5 y 74 mg y no sobrepasar los 37 mg de dosis máxima en la insuficiencia hepática grave. Está contraindicada en pacientes que tomen concomitantemente inhibidores potentes del CYP3A4. Cuando la persona esté en tratamiento con inhibidores leves a moderados habrá que tener especial precaución y ajustar la dosis a 18,5 mg de inicio y dosis máxima de 74 mg. También contraindicada con inductores potentes del CYP3A4; es previsible que su administración concomitante entrañe una pérdida de eficacia de la lurasidona. Asimismo habrá una menor eficacia en la administración conjunta con inductores leves o moderados que se mantendrá hasta dos semanas tras su interrupción (ver tablas al final de la entrada).

En su perfil de efectos secundarios cabe destacar:

- Menor riesgo de hiperprolactinemia que risperidona o haloperidol
- Sin efectos anticolinérgicos
- No se ha apreciado prolongación del QTc, pero en los ensayos se excluyó a pacientes con cardiopatías, por lo que a expensas de los resultados de un estudio que hará el titular hay que tener precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida o antecedentes familiares de prolongación del QT o hipokaliemia y si se usa con medicamentos que se sabe que prolongan el intervalo QT.
- Entre sus efectos secundarios más frecuentes destacan la acatisia, somnolencia, náuseas y vómitos.

No existen datos para su uso en pacientes ancianos o mujeres embarazadas.

La conclusión del informe del Grupo de Coordinación del Posicionamiento Terapéutico de la



AEMPS fue que la lurasidona es un antipsicótico atípico, con mecanismo de acción similar a otros existentes en el mercado, pero que adicionalmente tiene afinidad por otros subtipos de receptores. Según remarca el informe, este peculiar mecanismo de acción no ha demostrado ningún efecto adicional sobre la actividad antipsicótica. La información disponible avala la eficacia de lurasidona en el tratamiento de la esquizofrenia respecto a placebo, pero su eficacia parece ser menor que la de

## INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO

### Informe de Posicionamiento Terapéutico de Lurasidona (Latuda®) en esquizofrenia

IPT, 27/2019. VI

Fecha de publicación: 15 de julio de 2019†

otros antipsicóticos. Su perfil de seguridad es parecido al de otros antipsicóticos de segunda generación. Sin embargo, la frecuencia de algunos efectos adversos como acatisia, somnolencia y mareos fue más elevada que con otros antipsicóticos. Además, dado su perfil de interacciones farmacológicas el manejo clínico de lurasidona precisa de atención específica. Por todo ello, estima el informe, la lurasidona no presenta ventajas ni un valor terapéutico añadido frente a las alternativas existentes. Una vez decidido el precio y la financiación, el Grupo de Coordinación del Posicionamiento Terapéutico no consideró necesario modificar su posicionamiento.

#### Cariprazina (REAGILA®)

REAGILA® (cariprazina) se presenta en forma de cápsulas disponibles en cuatro dosis: 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg y 6 mg y a día de hoy está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos. La ficha técnica recomienda iniciar el tratamiento con 1,5 mg una vez al día, alcanzando un máximo de 6 mg en función de la respuesta clínica del paciente. Aún no se dispone de datos en pacientes de edad avanzada. A nivel farmacodinámico, es un agonista parcial de los receptores dopaminérgicos D<sub>2</sub> y D<sub>3</sub> y serotoninérgicos 5HT<sub>1A</sub>. Además, tiene actividad antagonista de los receptores serotoninérgicos 5HT<sub>2B</sub> y 5HT<sub>2A</sub> y H<sub>1</sub> de la histamina.



No se une a los receptores colinérgicos y tiene baja actividad por los receptores 5HT<sub>2C</sub> y α<sub>1</sub>. Su perfil receptorial no aporta aparentemente mayor efectividad, pero incluye una acción más potente que la del aripiprazol sobre el receptor D<sub>3</sub>, que en su momento se hipotetizó que podría ser responsable del descontrol impulsivo (ludopatía, compras,

desinhibición sexual) observado en los pacientes tratados con aripiprazol, por lo que habrá de estar atentos a esta posibilidad. No ha demostrado más efectividad que comparadores activos pero si una elevada tasa de abandonos en los ensayos, por efectos secundarios que incluyen la reactivación sintomática de la esquizofrenia.

En pacientes con insuficiencia renal o hepática, leve o moderada, no es necesario ajustar la dosis, pero no se recomienda emplear el producto en insuficiencia renal o hepática grave. Por otra parte, está contraindicada en combinación con inhibidores potentes o moderados de CYP3A4 (ver tablas al final de la entrada)

Se administra en toma única diaria con o sin alimentos. Tiene una vida media prolongada, lo que puede hacer que en casos de buena adherencia se mantenga su acción tras interrupción brusca del tratamiento, pero también prolonga la persistencia de posibles efectos secundarios

Tanto la cariprazina como sus metabolitos activos son metabolizados principalmente por la CYP3A4, por lo que está contraindicada en pacientes que tomen concomitantemente inhibidores potentes o moderados del CYP3A4. No hay especificaciones sobre los inductores leves, parece prudente evitar el fármaco en pacientes que los tomen. Está contraindicada en pacientes que tomen inductores potentes o moderados del CYP3A4

Entre sus efectos secundarios más frecuentes destacan:

- Importante incidencia de acatisia
- Mínimo riesgo de hiperprolactinemia
- Sin efectos anticolinérgicos
- No se ha apreciado prolongación del QTc
- Perfil metabólico favorable.
- En los ensayos clínicos se apreciaron efectos oftalmológicos (como cataratas) cuyo significado no está claro



INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO

**Informe de Posicionamiento  
Terapéutico de cariprazina  
(Reagila®) en el tratamiento de la  
esquizofrenia en pacientes adultos**

IPT, 28/2019. V1

Fecha de publicación: 15 de julio de 2019<sup>1</sup>

La conclusión del informe del Grupo de Coordinación del Posicionamiento Terapéutico de la AEMPS fue que la cariprazina es un antipsicótico atípico, con mecanismo de acción similar a otros existentes en el mercado, con una afinidad mayor por el receptor D3 que aripiprazol, lo que no se ha demostrado hasta la fecha que suponga ningún efecto clínicamente relevante sobre la actividad antipsicótica respecto a otros antipsicóticos en el control global agudo de la enfermedad. Aunque se han obtenido diferencias ligeramente mejores en relación con la risperidona a corto plazo sobre los síntomas negativos, no queda claro que esto

tenga relevancia clínica. No se ha comparado con aripiprazol en el control de la sintomatología negativa. Su perfil de seguridad global es parecido a aripiprazol en cuanto al bajo riesgo de alteraciones metabólicas y hormonales, y potencial de prolongación del intervalo QT. Las principales limitaciones sobre la seguridad de cariprazina son la incidencia de acatisia, superior a la de risperidona y aripiprazol, así como la incertidumbre sobre la relevancia de las interacciones con otros medicamentos y sobre su toxicidad oftalmológica. En lo que se refiere

a ganancia de peso el perfil de aripiprazol parece ser mejor que el de cariprazina. El informe indica que la cariprazina es una alternativa más de tratamiento que no presenta ventajas ni un valor terapéutico añadido frente a aripiprazol ni risperidona. Una vez decidido el precio y la financiación, el Grupo de Coordinación del Posicionamiento Terapéutico no consideró necesario modificar su posicionamiento.

**Tabla 1: Fármacos inhibidores del CYP3A4 y su influencia en el tratamiento con lurasidona y cariprazina**

Inhibidores del CYP3A4	
Potentes	Leves a moderados
NO UTILIZAR LURASIDONA NO UTILIZAR CARIPRAZINA	Con LURASIDONA: Precaución; empezar con 18,5 y no superar 74 mg/d NO UTILIZAR CARIPRAZINA
Según ficha técnica: Antirretrovirales: Cobicistat, indinavir, ritonavir Antibióticos: claritromicina Antifúngicos: Posaconazol, itraconazol, ketoconazol No comercializados en España: boceprevir, nelfinavir, saquinavir, telaprevir, telitromicina, voriconazol, nefazodona ZUMO DE POMELO	Según ficha técnica: diltiazem, eritromicina, fluconazol, verapamilo
<i>Importante: Muchos de estos fármacos son de prescripción hospitalaria; en consecuencia, hay que revisar el tratamiento completo de los pacientes</i>	

**Tabla 2: Fármacos inductores del CYP3A4 y su influencia en el tratamiento con lurasidona y cariprazina**

Inductores del CYP3A4	
Potentes	Leves a moderados
NO UTILIZAR LURASIDONA NO UTILIZAR CARIPRAZINA	La lurasidona puede ser escasamente eficaz hasta 2 semanas después de su retirada NO UTILIZAR CARIPRAZINA
Según ficha técnica: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, rifampicina, hierba de San Juan ( <i>Hypericum perforatum</i> )	Según ficha técnica son LEVES: Prednisona Antirretrovirales: amprenavir, aprepitant Antiepilépticos: rufinamida No comercializado en España: Armodafinilo  Son MODERADOS: Modafinilo Antirretrovirales: efavirenz, etravirina Bosentan (tratamiento de la HT pulmonar) No comercializado en España: nafcilina
<i>Importante: Muchos de estos fármacos son de prescripción hospitalaria; en consecuencia, hay que revisar el tratamiento completo de los pacientes</i>	

**¿HAY QUE FINANCIAR A LOS MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR?**

Hay o podría haber un cierto debate al respecto. En nuestro caso un asunto relevante porque el tabaquismo, especialmente el más intenso, está muy asociado a enfermedades mentales como la esquizofrenia, y probablemente asociado en alguna medida al peor estado de salud y la menor esperanza de vida de nuestros pacientes más graves y crónicos.

**Grup del Medicament**  
Informació de medicaments en atenció primària  
Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària

Qui som?    Informació sobre medicaments    Materials    Imprescindibles    Per a pacients    Conflicte d'interessos

DILLUNS, 7 D'OCTUBRE DE 2019

REP LES NOVES  
PUBLICACIONS AL TEU  
CORREU ELECTRÒNIC

**Medicamentos para dejar de fumar. Motivos para su no financiación pública**

Aquí razonan que no, que no hay que financiarlos. Entre los argumentos esgrimen su presunta falta de eficacia, un 80% de fracasos a seis meses vista y un NNT de 8. Algo discutible, ya que una eficacia del 20% en lograr abstinencia en seis meses de seguimiento (y un NNT de 8), es un logro remarcable en un campo como el de las adicciones. Y casi casi en cualquier otro campo. Con este argumento habría que retirar la financiación de una muy buen parte de los medicamentos que utilizamos. Es posible que pudieran tomarse medidas intermedias, tales como la financiación con visado y la asociación a programas de deshabituación que incluyan motivación y seguimiento.

**DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA**

Documento elaborado por profesionales de Osakidetza y del Dpto. de salud con recomendaciones para la deprescripción de medicamentos para la incontinencia urinaria.

**Recomendaciones**

Evaluar la eficacia y seguridad de los medicamentos a las 4-6 semanas y posteriormente de forma periódica, debido a su modesta eficacia y al perfil de efectos adversos y retirarlos en caso de que no sean eficaces o no se toleren.

Revisar la necesidad del tratamiento farmacológico en los pacientes que además usan 3-4 absorbentes de incontinencia urinaria diarios.

No prescribir concomitantemente antimuscarínicos e inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, galantamina, rivastigmina) y valorar la retirada de uno de los dos o ambos.

**Notas para el uso racional de medicamentos**  
Nº 3. Septiembre 2019

**DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA**  
¿SON EFICACES?

Aunque no será muy habitual que los psiquiatras prescribamos este tipo de fármacos no será sin embargo infrecuente que formen parte del régimen medicamentoso de nuestros pacientes, especialmente los más añosos, afectados por

trastornos cognitivos y demencias y con frecuencia en medio residencial. La combinación de fármacos para la incontinencia urinaria (anticolinérgicos), IECAs (colinérgicos) y pañales absorbentes resulta cuando menos paradójica, tal y como resalta el pequeño informe.

### **CAMBIAR DE ANTIDEPRESIVO: ¿CÓMO, CUANDO Y A CUÁL?**

Como el avisado lector podrá observar en la fecha de publicación, este boletín ha conseguido tal grado de anticipación que se hace eco de las noticias antes de que se publiquen.



Journal of Affective Disorders  
Volume 261, 15 January 2020, Pages 160-163



Short communication

## Switching antidepressants in the treatment of major depression: When, how and what to switch to?

Philip Boyce <sup>a, b</sup>, Malcolm Hopwood <sup>a, c</sup>, Grace Morris <sup>a, d, e, f</sup>, Amber Hamilton <sup>a, d, e, f</sup>, Darryl Bassett <sup>a, g</sup>, Bernhard T. Baune <sup>a, h</sup>, Roger Mulder <sup>a, i</sup>, Richard Porter <sup>a, j</sup>, Gordon Parker <sup>a, i, k</sup>, Ajeet B. Singh <sup>a, k</sup>, Tim Outhred <sup>a, d, e, f</sup>, Pritha Das <sup>a, d, e, f</sup>, Gin S. Malhi <sup>a, d, e, f, g, l</sup> ✉

[Show more](#)

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.082>

[Get rights and content](#)

**El artículo lo publica la más o menos**

prestigiosa revista *Journal of Affective Disorders*, aunque no puede decirse que sea un prodigio de metodología estricta, ya que lo que han hecho es juntarse unos cuantos expertos (12) australianos y neozelandeses y se han ido más o menos poniendo de acuerdo en las propuestas. Teniendo en cuenta que el consenso de expertos es probablemente el peor sistema para llegar a conclusiones fiables (incluyendo el consenso para decidir a quién se considera experto), habrá que tomar sus recomendaciones con cierta reserva. Aunque todo hay que decirlo, no hace falta ser muy experto para llegar a estas conclusiones, a saber:

- Si no mejora un 20% en tres semanas, cambia.
- Si la depresión es leve o moderada, puedes intentarlo con un antidepresivo de la misma familia (un ISRS por otro).
- Si la depresión es más grave, cambia de familia y usa un antidepresivo “más fuerte” (por ejemplo, de acción dual, un tricíclico...)

Una cuestión reseñable es la de cómo valoramos que el paciente ha mejorado un 20% o más....la recomendación del artículo es preguntar al paciente si está mejor, decirle que valore del 1 al 10 su estado o darle el PHQ9 para que lo rellene. Métodos en extremo precisos, suponemos. 12 expertos para decir esto parecen demasiadas alforjas para ese viaje, la verdad. Y por el momento no está la esketamina en la ecuación...

### LA ESKETAMINA A LAS PUERTAS

Y si, ya tenemos a la esketamina a las puertas, tras el respaldo recibido por el Comité de Medicamentos de Uso Humano de la EMA, algo que preludia la aprobación definitiva de su comercialización en Europa para finales de este año.

El publibreportaje que acompaña al anuncio refiere resultados que parecen (parecen) un pelo más optimistas que lo que los ensayos que soportan su aprobación parecen (parecen) decir, pero vamos a tomarlos por buenos: los efectos se notan ya al día siguiente; un 70% había reducido sus síntomas al 50% en un mes, y un 50% estaba en remisión completa, sin síntoma alguno.

*In a short-term (1 month) study, about 70% of all esketamine-treated patients responded to treatment with at least a 50% reduction in symptoms. About half of all treated patients achieved remission, with few, if any, symptoms of depression.*

Teniendo en cuenta que se trata de pacientes “resistentes” (aunque sean criterios *light* de resistencia), unos resultados así debieran establecer una verdadera revolución y un impacto brutal en la población que atienden. Y teniendo en cuenta que en EEUU ya está comercializada desde hace más de 6 meses, llama la atención que no nos lleguen hasta aquí los ecos del clamor desde el otro lado del atlántico. Se nos ha ocurrido buscar algo en Google, artículos hablando de reducción milagrosa de las tasas de suicidio, de la caída en la prevalencia de la depresión, etc. etc. y no hemos encontrado nada de nada...

### INTERACCION MÉDICO PACIENTE Y EFECTO PLACEBO

Lo publica Nature Human Behaviour y hace referencia al efecto placebo transmitido socialmente. El artículo, no accesible de forma libre más allá del abstract, realiza un experimento curioso: usa una interacción clínica simulada que implica la administración de dolor térmico; el resultado es que las experiencias subjetivas de dolor de los pacientes fueron moduladas directamente por las expectativas de los proveedores del tratamiento, como se refleja en las calificaciones subjetivas de los pacientes, las respuestas de conductancia de la piel y su expresión facial.

MENU ▾

**nature  
human behaviour**

Article | Published: 21 October 2019

## Socially transmitted placebo effects

Pin-Hao A. Chen, Jin Hyun Cheong, Eshin Jolly, Hirsh Eihence, Tor D. Wager & Luke J. Chang 

*Nature Human Behaviour* (2019) | [Download Citation](#) 

**1130** Accesses | **761** Altmetric | [Metrics](#) 

En el estudio se utilizaron dos cremas exactamente iguales y básicamente inertes, sin efectos, pero se hizo creer a los administradores de la misma que una de ellas, con el imaginativo nombre de Thermedol, era especialmente útil para combatir el dolor originado por quemaduras (en este caso no se llegaba a quemaduras, solo calor local intenso). Los pacientes respondieron a las expectativas de sus tratantes, que al parecer fueron capaces de transmitir, por señales sociales, su confianza en el tratamiento.

Aquí se recoge el estudio de forma más divulgativa.

HEALTH

## Medicine may work better if your doctor seems to believe it will work, new study suggests

By ALEXANDER SPINELLI @AlexanderSpinn / OCTOBER 28, 2019

### FLUOXETINA Y AUTISMO

Es un ensayo clínico que publica JAMA en el que se compara frente a placebo el uso de fluoxetina en el tratamiento de síntomas obsesivo compulsivos asociados a los trastornos del espectro autista, una práctica clínica extendida. El estudio, realizado en Australia, incluyó a 146 participantes, niños y adolescentes, con trastorno del espectro autista y sintomatología obsesivo-compulsiva relevante. Los resultados, aunque sujetos a limitaciones en su interpretación, tal y como refieren los autores, favorecen al grupo tratado con fluoxetina y soportan, en alguna medida, la práctica clínica.

#### Preliminary Communication

October 22/29, 2019

## Effect of Fluoxetine on Obsessive-Compulsive Behaviors in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders

### A Randomized Clinical Trial

Dinah S. Reddihough, MD<sup>1,2,3</sup>; Catherine Marraffa, FRACP<sup>1,2</sup>; Anissa Mouti, MPsyCh<sup>4</sup>; et al

» [Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA. 2019;322(16):1561-1569. doi:10.1001/jama.2019.14685

Pero alto ahí. Eso es lo que hemos entendido al leer las conclusiones:

*In this preliminary study of children and adolescents with autism spectrum disorders, treatment with fluoxetine resulted in significantly lower scores for obsessive-compulsive behaviors at 16 weeks, although interpretation is limited by null findings and imprecise estimates from prespecified analyses that accounted for confounding factors and baseline imbalances.*

Hasta que hemos visto esto:

**ScienceNews**  
INDEPENDENT JOURNALISM SINCE 1921

ALL TOPICS LIFE

NEWS HEALTH & MEDICINE

## Prozac proves no better than a placebo in treating kids with autism

Drugs called SSRIs didn't ease obsessive-compulsive symptoms in children with the disorder

Donde nos cuentan:

*At first, the fluoxetine group appeared to show a slight but significant easing of obsessive-compulsive symptoms after four months compared with the placebo. But after the researchers controlled for factors including age, sex and the severity of symptoms at the start of the trial, the difference vanished. Fluoxetine did no better than the placebo.*

La verdad es que entre lo que dicen los autores en su artículo, donde hablan de que hay que tener precaución al interpretar los resultados, a lo que dicen aquí, directamente, que Prozac no es superior a placebo, hay más que una sutil diferencia.

Afortunadamente nos hemos dado cuenta que el mismo número de JAMA se acompaña de un editorial dedicado a este artículo, donde lo que dice es:

*The results of the multisite randomized clinical trial of fluoxetine in children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD) reported by Reddihough and colleagues in this issue of JAMA will challenge the field to reconcile the limited performance of the drug with long-standing utilization patterns. Fluoxetine and other selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) have been among the most widely prescribed medications for individuals with ASD for well over a decade. In 2008, when this trial was first registered with the Australian and New Zealand Clinical Trials Registry, there were few data to guide the field, and these drugs accounted for almost a third of all psychotropic prescriptions in this patient population. Over subsequent years, frequent use of these medications continued despite a Cochrane review, highlighted in recent practice guidelines for ASD that concluded there was no evidence of effect of SSRIs in children, limited evidence in adults, and even emerging evidence of harm.*

Es decir, que no, que los ISRS no parecen útiles en el tratamiento de los trastornos del espectro autista y que además pueden hacer más mal que bien.

### **ELECCIÓN DE ANTIPSICÓTICO Y LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE**

Se trata de un estudio cualitativo centrado en la experiencia de los pacientes y su utilidad para elaborar procedimientos a de ayuda a la toma de decisiones compartidas.

La idea básica es que muchos pacientes abandonan o no toman realmente la medicación, que no conocemos los motivos (más bien creemos que los conocemos, pero no conocemos la verdadera experiencia y expectativas de los pacientes) y que no somos eficaces en ayudarles a tomar decisiones al respecto de forma conjunta. Se realizaron grupos focales con pacientes que recientemente habían tomado decisiones sobre tomar o cambiar un antipsicótico concreto.

El motivo más común para sentirse a disgusto con el tratamiento fueron los efectos secundarios, seguidos de la vía y pauta de administración, seguido a su vez por el control de los síntomas y la autonomía. Según los propios autores: *nuestros datos sugieren que participar activamente en la toma de decisiones sobre el tratamiento antipsicótico es importante para los pacientes, y la discusión debe considerar los efectos adversos, el modo de administración y el alivio de los síntomas. Es probable que los contactos asistenciales en los que se aporte conocimiento al paciente y que maximicen la autonomía para prevenir experiencias negativas tempranas con medicamentos antipsicóticos sean beneficiosos.*


## BMC Psychiatry

[Home](#) [About](#) [Articles](#) [Submission Guidelines](#)

Research article | [Open Access](#) | [Open Peer Review](#) | [Published: 23 October 2019](#)

# Making decisions about antipsychotics: a qualitative study of patient experience and the development of a decision aid

[S. J. Kaar](#) , [C. Gobjila](#), [E. Butler](#), [C. Henderson](#) & [O. D. Howes](#)

[BMC Psychiatry](#) **19**, Article number: 309 (2019) | [Download Citation](#) 

**84** Accesses | **1** Altmetric | [Metrics](#) 

## LITIO EN EL EMBARAZO Y POSTPARTO

Aunque es una idea fuertemente arraigada, en realidad los riesgos reales de la exposición al litio de mujeres bipolares durante el embarazo son poco conocidos, o al menos inciertos. Es lo que trata de revisar [este artículo publicado en el AJP](#), a través de una revisión sistemática de estudios disponibles sobre seguridad y efectividad del litio durante la gestación y el postparto.

[Back to table of contents](#)

[Previous Article](#) [Next Article](#)

**Articles**

No Access

**Lithium Exposure During Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review and Meta-Analysis of Safety and Efficacy Outcomes**

Michele Fornaro, M.D., Ph.D., Elena Maritan, M.D., Roberta Ferranti, M.D., Leonardo Zaninotto, M.D., Ph.D., Alessandro Miola, M.D., Annalisa Anastasia, M.D., Andrea Murru, M.D., Ph.D., Eva Solé, M.D., Brendon Stubbs, Ph.D., André F. Carvalho, M.D., Ph.D., Alessandro Serretti, M.D., Ph.D., ... [Show all Authors](#)

Published Online: 18 Oct 2019 | <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19030228>

Los autores concluyen que el riesgo asociado a la exposición al litio durante cualquier periodo del embarazo es bajo, aunque mayor durante el primer trimestre y en dosis elevadas. Idealmente el embarazo debiera ser planificado en momentos de remisión y el litio prescrito en el rango más bajo de niveles eficaces, especialmente durante el primer trimestre y en los días que preceden al parto.

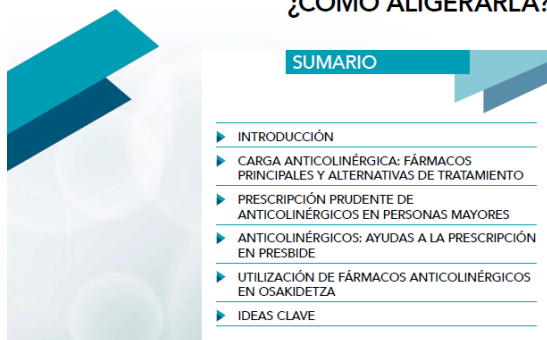
**BOLETÍN INFAC: CARGA ANTICOLINÉRGICA**

Los efectos anticolinérgicos de los medicamentos psiquiátricos resultan muy familiares en nuestro ámbito asistencial. En un pasado no tan lejano eran los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos (tricíclicos), de muchos antipsicóticos (como la tiroidazina), e

VOLUMEN 27 • Nº 5 • 2019



**CARGA ANTICOLINÉRGICA:  
¿CÓMO ALIGERARLA?**



incluso era el efecto buscado por medicamentos que trataban de combatir y/o prevenir efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos clásicos (como el artane® o el akinetón®). Así que no era infrecuente que un paciente determinado recibiera combinaciones de fármacos psiquiátricos cuyos efectos anticolinérgicos eran poco sutiles, a saber, visión borrosa, retenciones urinarias, estreñimientos pertinaces, sequedad de boca y otras molestias que los pacientes en general soportaban con cristiana resignación. Este boletín INFAC hace una excelente revisión del asunto, incluyendo una revisión de su uso actual en nuestro entorno y la implementación de ayudas a la prescripción

en Presbide.

Y es que la carga anticolinérgica que soporta un paciente no siempre es tan evidente; por un lado no siempre somos conscientes de los efectos anticolinérgicos de determinados medicamentos y por otra quizás tampoco de que los efectos son sumativos. Y también que esto es muy especialmente importante en personas mayores, polimedizadas y con deterioro cognitivo.

## IDEAS CLAVE

- El uso de fármacos anticolinérgicos se ha asociado a mayor riesgo de deterioro de la función física (incluyendo caídas), cognitiva y de la mortalidad.
- La combinación de fármacos con acción anticolinérgica produce efectos acumulativos en personas mayores y polimedicadas, y especialmente en los más frágiles.
- La carga anticolinérgica debe valorarse de forma global.
- En pacientes con deterioro cognitivo, ante una carga anticolinérgica alta, no se debe asumir directamente que se trata de un proceso neurodegenerativo.
- No existe una escala única de referencia y fácil de utilizar en la práctica clínica.
- El botón de "Adecuación" de Presbide comprobará la carga anticolinérgica en mayores de 70 años.

## NOVEDADES PRESBIDE

Lo envía la Dirección de Asistencia Sanitaria y hace referencia a la prescripción de fórmulas magistrales, que a partir de ahora será posible desde Presbide (tanto financiadas como no):

*La relación de fórmulas magistrales disponibles en Presbide, tanto financiadas como no financiadas, están disponibles en la página web del Departamento de Salud, y son las dispensables en interoperabilidad de receta electrónica. Son fórmulas predefinidas, no modificables. Al igual que el resto de medicamentos, se posibilita la búsqueda por principio activo, producto y grupo terapéutico, además de su inclusión en favoritos, y se puede aplicar el filtro de financiación (en las FM financiadas se indica el precio por envase, y las no financiadas se muestran con precio 0€).*

El documento, que os habrá llegado a todos, contiene instrucciones pormenorizadas para la prescripción. Y advierte además de que en caso de identificar otras FM no incluidas en Presbide, puede solicitar su alta a través del correo

[PRESCRIPCION.ASISTENCIASANITARIA@osakidetza.eus](mailto:PRESCRIPCION.ASISTENCIASANITARIA@osakidetza.eus)

**RSMB20152016201720182019**

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

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

*lucundi acti labores*

## ARCHIVO

*Todas las imágenes, vínculos a páginas y referencias utilizadas en este boletín tienen como objetivo la divulgación de información relevante para la práctica asistencial, en el marco del principio de uso razonable y en ningún caso suponen ánimo de lucro. Sin embargo estamos dispuestos a retirarlas en caso de cualquier reclamación por posible infracción de las leyes de propiedad intelectual*