



- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA
- TRANSPARENCIA Y LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS
- UNA REVISIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO Y MANEJO DEL TRASTORNO BIPOLAR
- BENZORED
- BENZODIAZEPINAS Y CAIDAS EN ANCIANOS
- EL QTC Y LOS ANTIDEPRESIVOS
- CURCUMINA Y E DE ALZHEIMER
- SEGURIDAD DE LOS ANTIPSICÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DEL DELIRIUM EN PACIENTES INFARTADOS
- DEMENCIA Y FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS
- LOS RIESGOS DEL VALPROICO (SI, OTRA VEZ, Y LAS QUE HAGA FALTA)
- ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS Y DIABETES TIPO II
- SINDROME DE RETIRADA Y TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS...Y...
- ...UTILICEMOS BIEN LOS ANTIDEPRESIVOS
- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PATOLOGÍA DUAL
- EFECTOS PREVENTIVOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA DEPRESIÓN
- ¿PONER LÍMITES A LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE CADA INVESTIGADOR?

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CONDUCTA AUTOLESIVA

Es [una revisión Cochrane que publicaba ya hace un par de años el BJPsych](#) (se puede acceder al texto completo en pdf desde el enlace). Como en cualquier revisión Cochrane, se identificaron todos los ensayos clínicos aleatorizados disponibles acerca de la utilidad de fármacos o “productos naturales” (sic) y se realizó un metaanálisis.

Volume 22, Issue 1 January 2016 , p. 2

Pharmacological interventions for self-harm in adults

Keith Hawton, Katrina G. Witt, Tatiana L. Taylor Salisbury, Ella Arensman... 

<https://doi.org/10.1192/apt.22.1.2> Published online: 02 January 2018

Extract

Self-harm (intentional self-poisoning or self-injury) is common, often repeated, and strongly associated with suicide. This is an update of a broader Cochrane review on psychosocial and pharmacological treatments for self-harm, first published in 1998 and previously updated in 1999. We have now divided the review into three separate reviews. This review is focused on pharmacological interventions in adults who self-harm.

La conclusión, por otra parte común en este tipo de revisiones sistemáticas, es que no se pueden alcanzar conclusiones (valga la redundancia) firmes, dada la baja calidad de la evidencia disponible. Más interesante que el propio artículo es [el comentario al respecto que publica el mismo número de la revista](#), y que se pregunta, *¿reduce el tratamiento*

farmacológico las autolesiones y la conducta suicida? La respuesta no es clara, y a veces contradictoria. Existe alguna evidencia (de baja calidad, un ensayo clínico pequeño), que parece mostrar cierta efectividad del flupentixol en la prevención de conductas autolesivas recurrentes, por ejemplo. Los ensayos clínicos con antidepresivos no han mostrado beneficio, pero tal y como se señala, los antidepresivos utilizados en dichos ensayos no son representativos de los que se utilizan en la actualidad, y están en desuso. El litio es un fármaco al que se ha atribuido un efecto tanto preventivo de la conducta autolesiva como agresiva (incluyendo datos sobre reducción de suicidios y conductas agresivas en zonas geográficas con contenidos más elevados en litio en el agua potable). Sin embargo este metaanálisis no ha encontrado datos de su eficacia, al contrario del realizado en 2013 por nuestro ya viejo conocido Cipriani, que analizando 48 ensayos clínicos con más de 6000 pacientes, mostraba un efecto preventivo sobre los suicidios consumados. Aunque no están recogidos en este metaanálisis, existe evidencia acerca del efecto protector sobre la conducta suicida en pacientes esquizofrénicos tratados con clozapina. Y parece que es uno de los efectos más prometedores de la ketamina.

TRANSPARENCIA Y LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS

Lo recogemos de actualidad farmacéutica. Es un pequeño comentario, pero que da lugar a la reflexión; ¿cómo se deciden los precios de los medicamentos? La primera idea que le viene a uno a la cabeza es que quien lo comercializa quiere obtener el máximo precio posible para rentabilizarlo con creces en su vida productiva (antes de que lleguen los genéricos), mientras que la administración, que es quien mayoritariamente paga el coste (y del todo en el caso de los fármacos más caros, de prescripción hospitalaria), trataría de obtener precios ventajosos. Un ejemplo del impacto (y cierto debate social) de los precios de los nuevos medicamentos ha sido, sin duda, el de la comercialización de los nuevos fármacos para el tratamiento de la hepatitis C, que han puesto contra las cuerdas los presupuestos de los departamentos de sanidad (en 2015 se estimaba un coste de más de 700 millones).




El caso es que la manera en cómo se negocia este tema no debe de ser tan clara, y el comentario alerta acerca de una cierta discrecionalidad y falta de criterios relacionados con el impacto sociosanitario, la innovación y el coste-efectividad. El que un fármaco sea nuevo o el que los ensayos clínicos sean muy costosos no debiera ser un criterio, al menos no más allá del valor aportado. Innumerables ejemplos de fármacos absolutamente iguales que sus predecesores pero con modificaciones suficientes para permitir su comercialización como nuevos (y con nuevos precios), existen en todos los ámbitos:

prazosles, estatinas, isómeros (citalopram-escitalopram), metabolitos (venlafaxina-desvenlafaxina, risperidona-paliperidona), etc. etc.

UNA REVISIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO Y MANEJO DEL TRASTORNO BIPOLAR

REVIEW



 The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update

William V. Bobo, MD, MPH

Lo publica el Mayo Clinic Proceedings, y es de acceso libre. Se trata de una revisión general, pero bastante exhaustiva, acerca de lo que sabemos en

relación con el diagnóstico, manejo general y tratamiento farmacológico del trastorno bipolar. Se incluyen tablas con resúmenes de las recomendaciones de tratamiento para los episodios maníacos, los depresivos, el tratamiento de mantenimiento, o los pacientes con ciclación rápida.

BENZORED

Se trata de un estudio dirigido a evaluar la eficacia de un modelo de intervención en atención primaria para reducir el consumo de benzodicepinas. Liderado por Caterina Vicens, médico de familia en Baleares, fue publicado en el British Journal of Psychiatry, lo que da idea de su relevancia y rigurosidad. La idea es utilizar un sistema de entrevista estructurada, pautas por escrito, y visitas de seguimiento desde la propia atención primaria a pacientes con consumo crónico de benzodicepinas. La noticia se recoge a principios de abril aquí, en medicosypacientes.com, una página de la Organización Médica Colegial de España.

The British Journal of Psychiatry

Article Metrics eLetters

Volume 204, Issue 6 June 2014, pp. 471-479

Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care

Caterina Vicens ^(a1), Ferran Bejarano ^(a2), Ermengol Sempere ^(a3), Catalina Mateu ^(a4) ... 
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134650> Published online: 03 January 2018

La publicación del estudio, sin embargo, data ya de 2014. Es posible que el estudio y su publicación hayan tenido impacto en el ámbito de primaria, porque los de especializada, es decir, los psiquiatras, no nos hemos enterado. Es posible que el uso de benzodicepinas,

especialmente de forma crónica, tenga distintas lecturas desde el ámbito de primaria que desde el de especializada; pacientes con problemas graves de ansiedad que obtienen alivio significativo con la toma sintomática de benzodicepinas, sin realizar escaladas de dosis, ni efectos secundarios de gravedad. Pero también es evidente que muchos pacientes toman benzodicepinas de forma crónica sin reevaluarse el riesgo-beneficio, y atrapados por las dificultades para suspender el tratamiento ante los síntomas de rebote.

BENZODIAZEPINAS Y CAIDAS EN ANCIANOS

Y un colectivo muy especialmente vulnerable a los efectos secundarios de las benzodicepinas es el de las personas mayores. [Martínez-Cengotitabengoa y colaboradores publican en la Revista de Psiquiatría y Salud Mental](#) un estudio que revela que alrededor de un 40% de los ancianos que acuden a un servicio de urgencias tras una caída habían consumido benzodicepinas o hipnóticos durante las 2 semanas previas.

En la mayoría de los casos, el consumo había sido de medicamentos de vida media corta coincidiendo con las recomendaciones de las guías clínicas. Los autores observan diferencias de género en la prescripción de estos medicamentos en ancianos, con ratios más altos de prescripción en las mujeres y con uso más frecuente de fármacos de vida media larga. Igualmente, se utilizan dosis más elevadas de las recomendadas en muchos de los pacientes, sobre todo en los varones.



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

Volume 11, Issue 1, January–March 2018, Pages 12-18



Original

Prescripción de benzodicepinas y caídas en mujeres y hombres ancianos

Benzodiazepine prescriptions and falls in older men and women

Monica Martinez-Cengotitabengoa ^{a, b, g, ✉}, Maria Jose Diaz-Gutierrez ^c, Ariadna Besga ^{a, d, e}, Cristina Bermúdez-Ampudia ^a, Purificación López ^a, Marta B. Rondon ^f, Donna E. Stewart ^g, Patricia Perez ^a, Miguel Gutierrez ^{a, e}, Ana Gonzalez-Pinto ^{a, e}

EL QTC Y LOS ANTIDEPRESIVOS

Lo [publica Psychiatric Times](#). Y revisa los riesgos sobre la conducción cardiaca, específicamente la prolongación del QT y el riesgo asociado de arritmias, durante el tratamiento con diferentes antidepresivos. Como es bien conocido, xisten alertas de la AEMPS con respecto al [citalopram](#)

y el escitalopram, limitando la dosis máxima, y discriminando la misma también en función de la edad (en menores y mayores de 65 años).

TABLE 3. A comparison of risk of QT interval prolongation with antidepressants²⁻⁴

Drug	Risk ^a
SSRIs	
Citalopram	Medium ^b
Escitalopram	Medium ^b
Fluoxetine	Low
Paroxetine	Low
Sertraline	Low
SNRIs	
Desvenlafaxine	Low
Duloxetine	Low
Levomilnacipran	Inconclusive
Venlafaxine	Medium
TCA's	
Amitriptyline	High
Maprotiline	High
Clomipramine	Medium
Novel antidepressants	
Bupropion	Low
Mirtazapine	Low
Vilazodone	Inconclusive

^aWithin therapeutic doses and without other risk factors.

^bConflicting data regarding clinical significance.

La tabla muestra el riesgo asociado a los distintos antidepresivos; el mayor riesgo se asocia a algunos antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina o la maprotilina, fármacos muy populares hace dos o tres décadas, pero casi en desuso en la actualidad. El artículo revisa también la evidencia disponible sobre el impacto clínico real de estas alteraciones de la conducción cardíaca y los factores asociados que pueden contribuir a agravarlo, como la edad superior a los 65 años y el sexo femenino.

Sin embargo, el artículo reflexiona también acerca de la relevancia real de este efecto en pacientes sin otros factores de riesgo, y de las consecuencias de cambios en el tratamiento que pueden conllevar recaídas y hospitalizaciones en pacientes previamente estabilizados, tal y como refiere [este estudio](#).

CURCUMINA Y E DE ALZHEIMER



Por si alguien no lo sabe, la [curcumina](#) es un colorante natural procedente de la cúrcuma, especia obtenida del rizoma de la planta del mismo nombre cultivada principalmente en la India y utilizada desde la antigüedad para diversas aplicaciones. Es también un aditivo alimentario autorizado (Wikipedia dixit). Y es el componente fundamental del curry. Por cierto, y a modo de curiosidad, la curcumina tiene una escasa absorción

intestinal, pero dicha absorción se incrementa un 2000% cuando se mezcla con pimienta negra.

A la cúrcuma [se le han atribuido diversas propiedades medicinales](#), incluyendo funciones antitumorales, antioxidantes, neuroprotectoras y antiinflamatorias. Y recientemente, parece que también efectos positivos sobre la función cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Bueno, no tan recientemente, [aquí tenéis un artículo](#) que revisaba este asunto allá por 2008, publicado en una revista india de neurología. Ahora [la noticia la publica Medscape](#), que a su vez se hace eco [de la reciente publicación de un artículo en el *American Journal of Geriatric Psychiatry*](#):

Memory and Brain Amyloid and Tau Effects of a Bioavailable Form of Curcumin in Non-Demented Adults: A Double-Blind, Placebo-Controlled 18-Month Trial

[Gary W. Small, M.D.](#), [Prabha Siddarth, Ph.D.](#), [Zhaoping Li, M.D., Ph.D.](#), [Karen J. Miller, Ph.D.](#), [Linda Ercoli, Ph.D.](#), [Natacha D. Emerson, M.A.](#), [Jacqueline Martinez, M.B.A., M.S.](#), [Koon-Pong Wong, Ph.D.](#), [Jie Liu, Ph.D.](#), [David A. Merrill, M.D., Ph.D.](#), [Stephen T. Chen, M.D.](#), [Susanne M. Henning, Ph.D., R.D.](#), [Nagichettiar Satyamurthy, Ph.D.](#), [Sung-Cheng Huang, D.Sc.](#), [David Heber, M.D., Ph.D.](#), [Jorge R. Barrio, Ph.D.](#)

Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, UCLA Longevity Center, Department of Molecular and Medical Pharmacology, and Center for Human Nutrition, David Geffen School of Medicine at the University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA

Se trata de un ensayo clínico utilizando una forma de la curcumina con mejor absorción y biodisponibilidad (Theracurmina), y que lo que explora es su potencial acción neuroprotectora en personas sanas. En el ensayo clínico, además de evaluaciones cognitivas, se utilizaron métodos de imagen funcional que parecen mostrar que su efecto se produce a expensas de su capacidad para reducir el depósito de amiloide y de proteína tau.

SEGURIDAD DE LOS ANTIPSICÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DEL DELIRIUM EN PACIENTES INFARTADOS

Del BMJ. Los fármacos antipsicóticos son el tratamiento más utilizado en casos de agitación asociada a delirium en muy diversas condiciones, desde la demencia, hasta situaciones agudas graves, como el infarto de miocardio. En los últimos años se ha puesto un énfasis especial en la seguridad del uso de los antipsicóticos atípicos, en especial en pacientes ancianos y con demencia, a pesar de que los antipsicóticos clásicos, de uso muy extendido (como el haloperidol), también han demostrado riesgos similares.

El estudio incluye a más de 6000 pacientes ingresados por un infarto agudo de miocardio que han recibido medicación antipsicótica durante la hospitalización para tratar sintomatología confusional. Lo que se mide es la tasa de mortalidad en los 7 días siguientes al inicio del tratamiento, y su relación con el tratamiento con distintos antipsicóticos, en este caso haloperidol vs antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina y olanzapina). Los resultados sugieren un pequeño incremento en el riesgo de muerte en los siete días posteriores al inicio del tratamiento con haloperidol en comparación con los pacientes tratados con antipsicóticos atípicos.

thebmj

Research ▾

Education ▾

News & Views ▾

Campaigns ▾

Archive

Research

Use of haloperidol versus atypical antipsychotics and risk of in-hospital death in patients with acute myocardial infarction: cohort study

BMJ 2018 ; 360 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1218> (Published 28 March 2018)

Cite this as: *BMJ* 2018;360:k1218

Article

Related content

Metrics

Responses

Peer review

Yoonyoung Park, doctoral student^{1,2}, Brian T Bateman, assistant professor^{1,3}, Dae Hyun Kim, assistant professor¹,
Sonia Hernandez-Diaz, professor², Elisabetta Paterno, instructor¹, Robert J Glynn, professor¹, Helen Mogun, programmer¹,
Krista F Huybrechts, assistant professor¹

DEMENCIA Y FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS

Un novedoso y extenso estudio caso-control de [Richardson y colaboradores y que se publica en el BMJ](#) estudia la posible influencia de la toma continuada de medicamentos con acción anticolinérgica en la aparición de demencia. Para ello revisa el tratamiento entre 4 y 20 años antes del diagnóstico de demencia en 40.770 pacientes a los que compara con casi 284.000 controles. Los autores estratifican la acción anticolinérgica de los compuestos basándose en una escala, la *Anticholinergic Cognitive Burden Scale* o ACB, que categoriza a los medicamentos en tres grados, siendo 1 el de más bajo riesgo de influencia sobre la cognición y 3 el de mayor riesgo.

Lo notable es que encuentran que el uso, incluso muchos años atrás, de anticolinérgicos se asocia a diagnóstico ulterior de demencia. En particular, son tres grupos los que parecen más relacionados con la aparición de demencia: los antiparkinsonianos, los medicamentos urológicos y los antidepresivos, en todos los casos con grado 3 en la ACB. Otros grupos, como los medicamentos de acción sobre el tubo digestivo, no presentan esta asociación, reflejando tal vez una diferente capacidad de acceder al SNC. En el caso de los antidepresivos, el hecho de que la asociación se dé con tratamientos muy anteriores al diagnóstico de demencia descarta que haya una confusión y que el fármaco haya sido prescrito para tratar una depresión comórbida o sintomática del deterioro cognitivo.

RESEARCH



OPEN ACCESS

Anticholinergic drugs and risk of dementia: case-control study

Kathryn Richardson,¹ Chris Fox,² Ian Maidment,³ Nicholas Steel,² Yoon K Loke,² Antony Arthur,¹ Phyo K Myint,⁴ Carlota M Grossi,¹ Katharina Mattishent,² Kathleen Bennett,⁵ Noll L Campbell,⁶ Malaz Boustani,⁷ Louise Robinson,⁸ Carol Brayne,⁹ Fiona E Matthews,¹⁰ George M Savva¹

Entre los medicamentos urológicos, el que mostraba una asociación más clara era la oxibutinina (*Ditropan*, *Kentera*, entre otros), un medicamento sobre el que ya [la AEMPS alertó hace un par de años](#) sobre la posibilidad de que produzca cuadros confusionales agudos; lo que el estudio aporta como novedoso es que la exposición continuada y relativamente remota al fármaco se asocia con demencia. También hay una asociación con tolerodina (*Detrusitol*, *Urotrol*, entre otros). En cuanto a los antidepresivos, la asociación más notable se daba en el caso de la amitriptilina, seguida de la dotiepina (que se comercializó durante unos años en nuestro mercado como *Prothiaden*) y la paroxetina, al que siempre se ha identificado como el más anticolinérgico de los ISRS. Aunque la potencia del estudio no evita algunos sesgos, sus hallazgos tienen interés clínico y deberían tenerse en cuenta a la hora de indicar algunos productos en edades cercanas a las de mayor riesgo de demencia.

LOS RIESGOS DEL VALPROICO (SI, OTRA VEZ, Y LAS QUE HAGA FALTA)

Este tema sigue en rabiosa (y penosa) actualidad. [El BMJ publica un artículo firmado por Angus-Leppan y Liu](#) en el que se analizan los graves riesgos para el feto y para el desarrollo

infantil que entraña la exposición intraútero al ácido valproico. Las autoras consideran la posibilidad de una prohibición absoluta de uso, al menos en mujeres con capacidad reproductiva, dada la magnitud de los riesgos, pero al mismo tiempo plantean la utilidad del fármaco en algunas patologías graves, particularmente epilepsias con un cierto riesgo vital que solo respondan a este medicamento. Por este motivo, ponen el acento en la necesidad de una adecuada información a las pacientes sobre los riesgos y beneficios tanto del ácido valproico como de sus posibles alternativas farmacológicas (incluida, lógicamente, la opción de no medicar). Asimismo, reclaman un seguimiento poblacional que permita caracterizar con precisión las consecuencias de la exposición intraútero al producto.






Por su parte, y hablando de alternativas, [Tomson y colaboradores publican en *Lancet*](#) un artículo basado en los hallazgos del registro **EURAP** (*European Registry of Antiepileptic Drugs and Pregnancy*), una base de datos amplísima, con aportaciones de 45 países y más de 1500 colaboradores, lo que garantiza un impresionante poder estadístico. En el trabajo que comentamos se informa sobre los resultados en forma de malformaciones congénitas graves a partir de 7355 embarazos con exposición a los medicamentos más habitualmente utilizados en monoterapia (lamotrigina, carbamazepina, valproico, levetiracetam, oxcarbazepina, fenobarbital y fenitoína). El máximo riesgo malformativo se dio con valproico, situándose en el 25.2% para dosis superiores a 1450 mg/d). Se reducía, sin embargo, si

las dosis eran bajas (por debajo de 650 mg/d). La lamotrigina a dosis bajas (hasta 325 mg/d) fue el medicamento con el que se apreció un riesgo malformativo más bajo, si bien por encima de esta dosis la posibilidad de malformación aumentaba claramente. Otro medicamento que mostró una mayor seguridad fue la oxcarbazepina, con la que se han registrado menos casos de malformación que con su análogo estructural carbamazepina. El estudio aporta un dato preocupante, que es que el tratamiento con ácido fólico no redujo el riesgo malformativo en embarazos con exposición a antiepilépticos.

THE LANCET
Neurology

Comparative risk of major congenital malformations with eight different antiepileptic drugs: a prospective cohort study of the EURAP registry

Prof Torbjörn Tomson, MD^{*}, Dina Battino, MD^{*}, Erminio Bonizzoni, PhD, John Craig, MB, Prof Dick Lindhout, MD, Prof Emilio Perucca, MD, Prof Anne Sabers, MD, Prof Sanjeev V Thomas, MD, Prof Frank Vajda, MD for the  EURAP Study Group[†]

^{*} Contributed equally

Desde el punto de vista práctico, parece que la opción más segura en una paciente que deba ser tratada con reguladores del humor durante el embarazo y que no pueda recibir litio sería la lamotrigina, aunque como regulador sea un tanto incompleto a la vista de que según su [ficha técnica](#) no es producto eficaz para el tratamiento o prevención de episodios maníacos ni para el tratamiento agudo de episodios depresivos. La oxcarbazepina sería una opción más arriesgada, puesto que su empleo en el trastorno bipolar es [fuera de indicación](#).

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS Y DIABETES TIPO II

[Hippisley-Cox y Coupland describen en el BMJ](#) el desarrollo y validación del algoritmo QDiabetes, orientado a ser utilizado por el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido para el estudio y detección de factores de riesgo de diabetes. Además de los factores de riesgo ya conocidos (edad, etnicidad, falta de recursos, índice de masa corporal, tabaco, historia familiar de diabetes de primer grado, enfermedad cardiovascular, hipertensión tratada y uso regular de corticoides) en la última actualización de los datos se han incluido nuevos factores de riesgo, ya señalados por una reciente actualización en 2017 de la guía NICE sobre la prevención de diabetes: antipsicóticos atípicos, estatinas, esquizofrenia, trastorno bipolar, discapacidad del aprendizaje, diabetes gestacional y síndrome de ovarios poliquísticos en mujeres.



Research

Development and validation of QDiabetes-2018 risk prediction algorithm to estimate future risk of type 2 diabetes: cohort study

BMJ 2017 ; 359 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j5019> (Published 20 November 2017)

Cite this as: *BMJ* 2017;359:j5019

SINDROME DE RETIRADA Y TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS

The New York Times

HEALTH

Many People Taking Antidepressants Discover They Cannot Quit

By BENEDICT CAREY and ROBERT GEBELOFF APRIL 7, 2018



[Un reportaje de Carey y Gebeloff en The New York Times](#) recoge testimonios de pacientes que después de tomar antidepresivos durante años, presentan un síndrome de retirada tan intenso que les resulta imposible dejar de tomarlos. Los autores destacan el incremento del uso de estos fármacos en los últimos años: El 7% de los norteamericanos han tomado antidepresivos durante al menos los últimos 5 años y la mayoría (58%) son mujeres de raza blanca mayores de 45 años. Al mismo tiempo, recogen la opinión de varios médicos que apuntan la poca información acerca del resultado de los tratamientos a largo plazo con antidepresivos (hay pocos estudios de seguimiento a 5 años, la mayoría son hasta los 2 años) y la falta de guías con pautas de retirada de antidepresivos basadas en la evidencia.

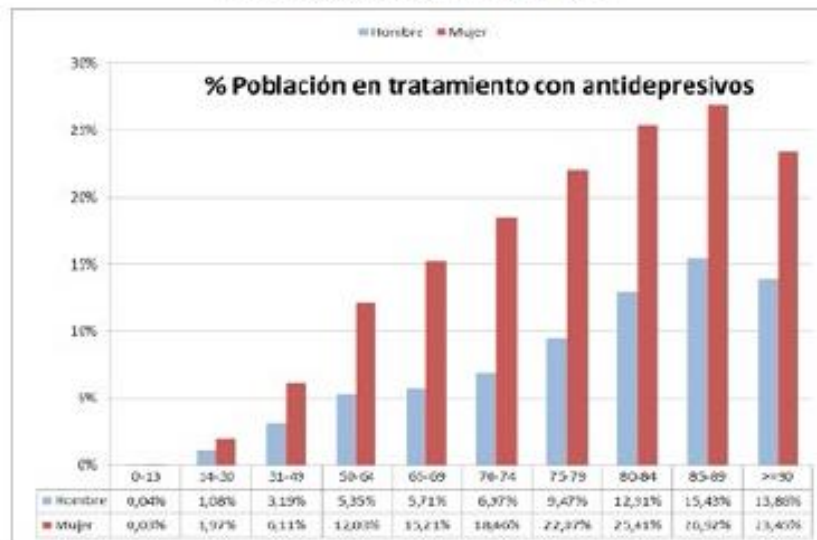
Y en relación con esto, la dirección de asistencia sanitaria ha remitido un pequeño documento, con el descriptivo título:

UTILICEMOS BIEN LOS ANTIDEPRESIVOS

[El documento recuerda cosas ya sabidas](#), pero que a la vista de los hechos no está de más recalcar: los antidepresivos no son el tratamiento de los sinsabores de la vida, depresión y

malestar no son lo mismo, estamos medicando a personas que no lo requieren, y quizás dejando de medicar a otras que sí, y el tratamiento debe retirarse de manera gradual.

Figura 1.
Población en tratamiento con antidepresivos (todas las indicaciones)
por sexo y tramos de edad en la CAPV en 2016



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PATOLOGÍA DUAL

O más exactamente, [guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias](#).

Editada por Guía Salud, y dirigida por Lluís San, este documento se presenta como la primera guía de práctica clínica a escala mundial para el tratamiento en población adulta de la patología dual. Su objetivo es ayudar a psiquiatras y psicólogos en la toma de decisiones del tratamiento de esta asociación de patologías. Es gratuita y aunque se ha presentado recientemente, está disponible en libre acceso desde diciembre pasado.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOLÓGICO
DE LOS PACIENTES ADULTOS CON UN TRASTORNO MENTAL
GRAVE Y UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

EFFECTOS PREVENTIVOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA DEPRESIÓN

En general, el ejercicio (al menos el moderado), se considera bueno para todo, por lo que en ese todo está implícito que debe ir muy bien también para los problemas de salud mental. No sé si existen estudios (seguro que sí) acerca de si la gente que hace ejercicio con regularidad está más mentalmente sana que la que no lo hace, o incluso es más feliz que las personas sedentarias. También es posible que la gente que está bien, es decir, razonablemente libre de síntomas depresivos o malestares, tenga más predisposición, ganas y voluntad para ponerse a caminar, correr, nadar, o andar en bici. Y es que hacer deporte de forma regular requiere fuerza de voluntad, algo cuya disponibilidad es limitada, especialmente cuando no estás bien.



Este estudio que publica el Am J Psychiatry aporta información procedente del estudio HUNT (Health Study of Nord-Trøndelag County), una de las investigaciones sobre salud poblacional más grandes e integrales. Realizada en un área fundamentalmente rural en Noruega, incluyó a todos sus habitantes mayores de 20 años (85.100 sobre una población total de 127.000 personas), que completaron cuestionarios sobre su salud y estilos de vida, además de ser sometidos a un examen médico.

Todos los participantes fueron seguidos durante un periodo que oscila entre los y los 9-13 años. Y en este contexto se extrajeron los datos del presente estudio, buscando correlaciones entre la disposición a realizar ejercicio con regularidad y la aparición de episodios depresivos. La conclusión es que sí, que realizar ejercicio de cualquier intensidad de manera regular procura protección frente a la aparición de futuros episodios depresivos. Por el contrario, no parece resultar efectivo para prevenir la ansiedad. Los autores alientan a promover el ejercicio físico en la población como medida preventiva de un sustancial número de episodios depresivos.

The American Journal of
Psychiatry

Enter Search Term

Home Current Issue All Issues About Residents' Journal AJP in Advance Podcast CME

[Previous Article](#)

Volume 175, Issue 1, January 01, 2018, pp. 28-36

[Next Article](#)

Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study

Samuel B. Harvey, F.R.A.N.Z.C.P., Ph.D., Simon Øverland, Ph.D., Stephani L. Hatch, Ph.D., Simon Wessely, F.R.C.Psych., M.D., Arnstein Mykletun, Ph.D., Matthew Hotopf, F.R.C.Psych., Ph.D.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111223>

¿PONER LÍMITES A LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE CADA INVESTIGADOR?

Hemos de confesar que este comentario que se publica en Nature nos ha despertado muchas simpatías. Ya hace muchos años, allá por el mes de agosto de 1999, uno de nosotros publicaba un artículo en el prestigioso THMNews, con el sugerente título *Penalizar la Investigación Basura* y donde se proponía:

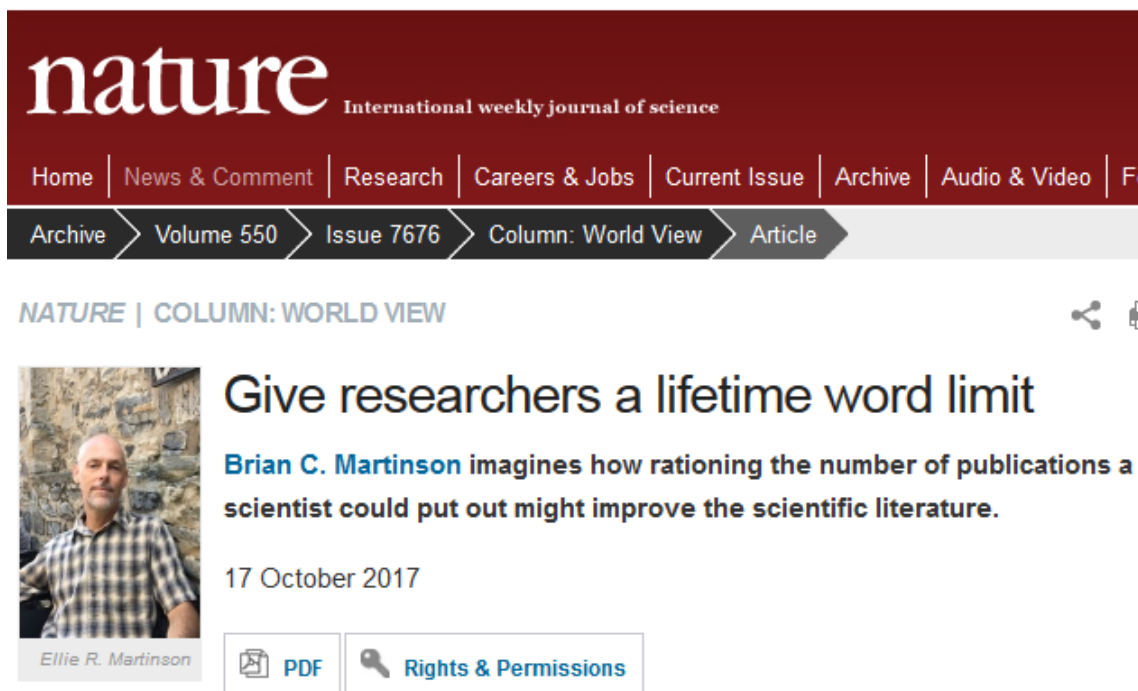
A nosotros se nos ocurre que habría que penalizar, en lugar de fomentar, la publicación científica. Por ejemplo, en las oposiciones se debería descontar medio punto por cada artículo que el aspirante tenga publicado, a no ser que haya sido citado por un mínimo de 100 autores diferentes. El efecto disuasorio de los puntos negativos podría ser un buen antídoto contra tanta facundia mientras llegan otros métodos menos traumáticos - quizás sistemas de filtrado electrónicos- que nos ayuden a separar el polvo de la paja. Mientras llega ese día, nos tememos que todos seguiremos produciendo investigación basura, la seguiremos recogiendo en las THMNews y el que esté libre de pecado que tire la primer piedra.

THMA Txori Herri Medical Association



THMNews
THE TXORI-HERRI MEDICAL NEWS

El caso es que la publicación de cualquier cosa se ha convertido en un valor en sí mismo, del que dependen carreras, prestigios, y en muchos casos, los sueldos de mucha gente. No hay ninguna organización sanitaria que no cuente entre sus objetivos que sus profesionales publiquen más y más, aunque la relevancia y el impacto real de lo investigado y publicado sean nulos. Bueno, peor que nulos, porque entre tanto ruido en esta industria voraz e insaciable de las publicaciones científicas, no hay quien encuentre o distinga entre lo relevante y lo insustancial. En realidad, casi todo es insustancial. Y es que la gente nos damos demasiada autoimportancia, a nosotros mismos, y a nuestras “investigaciones”.



The image shows a screenshot of a Nature journal article page. At the top, the Nature logo is displayed in white on a dark red background, with the tagline "International weekly journal of science". Below the logo is a navigation menu with links for Home, News & Comment, Research, Careers & Jobs, Current Issue, Archive, Audio & Video, and Feedback. A secondary navigation bar shows the article's path: Archive > Volume 550 > Issue 7676 > Column: World View > Article. The main content area has a header "NATURE | COLUMN: WORLD VIEW" and a share icon. The article title is "Give researchers a lifetime word limit" by Brian C. Martinson, with a sub-headline: "Brian C. Martinson imagines how rationing the number of publications a scientist could put out might improve the scientific literature." The date is "17 October 2017". Below the title is a small portrait of Ellie R. Martinson. At the bottom of the article preview are two buttons: "PDF" and "Rights & Permissions".

Así que el amigo Martinson, en línea con nuestra propuesta de hace ya casi 20 años, aboga por asignar a cada investigador un número limitado de palabras que poder publicar a lo largo de toda su vida profesional, lo que le animaría a ser más selectivo y a tratar de publicar solo los más relevante, a dosificarse, vaya.

©RSMB2015201620172018

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.uriaurarte@osakidetza.eus