



- OBITUARIO; HA MUERTO LEN STEIN
- ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE PRESCRIPCIÓN DE VALPROICO EN MUJERES CON CAPACIDAD DE GESTACIÓN
- LOS EFECTOS METABÓLICOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
- FENTANILO
- TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN RESISTENTE
- EPILEPSIA Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA COMÓRBIDA
- ¿MEJORA EL ESCITALOPRAM EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA AGUDA?
- RISPERIDONA SUBCUTÁNEA
- FACEBOOK, RECETAS, FARMACÉUTICOS Y LA LETRA DE LOS MÉDICOS
- ¿DAR UN “TOQUE” A LOS MÉDICOS PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN?
- QUETIAPINA: REACCIONES ADVERSAS CUTÁNEAS GRAVES Y SOBREDOSIS
- FLUOROQUINOLONAS Y SALUD MENTAL
- IBUPROFENO
- LA PARADOJA DEL TDAH
- A MÁS SALUD MENTAL, ¿PEOR SALUD MENTAL?
- PUBLICIDAD SUTIL Y PICHIGÜLIS

OBITUARIO; HA MUERTO LEN STEIN

Lo escribía en El País el pasado 15 de julio JJ Mz Jambrina, psiquiatra y director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Área Sanitaria III de Avilés y reconocido introductor e impulsor del tratamiento asertivo comunitario en España. Con su permiso, transcribo casi de manera íntegra el texto:



Fallecido el pasado día 10 de Julio, los 88 años de edad, en su domicilio de Madison, Wisconsin (Estados Unidos) el psiquiatra Leonard Stein es una figura trascendental en la psiquiatría contemporánea, y sin embargo para muchos colegas seguramente un perfecto desconocido. Fue uno de los padres del Tratamiento Asertivo Comunitario, tal vez el modelo de prestación de servicios más útil para proporcionar tratamiento, rehabilitación y reinserción social a aquellas personas afectadas por trastornos mentales graves y persistentes.

Su carrera como psiquiatra empezó en la Unidad de Internamiento Psiquiátrico de Mendota. En 1966 se trasladó a la Universidad de Kentucky para obtener su acceso a la

docencia universitaria. En 1968 regresó al Instituto de Salud Mental de Mendota donde poco tiempo más tarde fue nombrado director de Investigación y empezó sus estudios sobre el abordaje comunitario de las enfermedades mentales graves y de larga duración. Tras ser nombrado Director de Salud Mental de Dane County, comenzó el desarrollo de su pionero Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario, también conocido como Entrenamiento para la Vida Comunitaria que se difundiría por todo el mundo con el reconocimiento de la comunidad científica internacional. Le acompañaban en el proyecto colegas como Deborah Allness, William Knoedler, Arnold Marx y Mary Anne Test, entre otros.

En 1975, ingresó en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Wisconsin. En 1980, publicó en la prestigiosa Archives of General Psychiatry (ahora JAMA Psychiatry), junto con Mary-Anne Test el artículo fundacional del Tratamiento Asertivo Comunitario tal y como se difundiría por todo el mundo.

Alternative to Mental Hospital Treatment

I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation

Leonard I. Stein, MD, Mary Ann Test, PhD

• A conceptual model for the development of community-based treatment programs for the chronically disabled psychiatric patient was developed, and the results of a controlled study and follow-up are reported. A community-treatment program that was based on the conceptual model was compared with conventional treatment (ie, progressive short-term hospitalization plus aftercare). The results have shown that use of the community program for 14 months greatly reduced the need to hospitalize patients and enhanced the community tenure and adjustment of the experimental patients. When the special programming was discontinued, many of the gains that were attained deteriorated, and use of the hospital rose sharply. The results suggest that community programming should be comprehensive and ongoing.

(Arch Gen Psychiatry 37:392-397, 1980)

patients' homes weekly or less often to provide drugs and supportive therapy. In the Langsley and Kaplan¹¹ study, the home treatment was family-crisis therapy that was aimed at teaching the patient ways of handling crises without hospitalization. In the Rittenhouse¹² project, the home treatment consisted of family-unit therapy as developed by Satir.¹³ All three studies found that at least 77% of the experimental (E) patients could be kept out of the hospital continuously as long as the home treatment was in effect.

Three controlled studies expanded the generality of the alternative to mental-hospital research to patients who did not have a stable home situation by demonstrating the possibility of treatment in a nonfamilial, residential setting. Irvin D. Rutman, PhD, (unpublished data, October 1971) diverted a random sample of nonassaultive or suicidal

Stein y Test consiguieron demostrar que su método no solo mejoraba la calidad de vida de los enfermos que vivían en sus domicilios o en entornos comunitarios normalizados sino que además con el seguimiento intensivo domiciliario se garantizaba una disminución de las recaídas de la enfermedad así como menos ingresos hospitalarios y una menor duración de los mismos, con el consiguiente ahorro económico. Hay que recordar que un día de ingreso hospitalario supone en España en torno a 400 euros al día mientras que un día de tratamiento en un equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario no supera los 20 euros al día.

El Modelo Madison de Stein y Test se extendió rápidamente por todo el mundo con diferentes variaciones: Australia, Canadá y el Reino Unido lo incorporaron rápidamente a sus carteras de servicios. Su difusión por el resto de Europa se produjo a finales del siglo pasado, cuando Holanda, España y los países nórdicos incorporan esta modalidad de tratamiento en sus Estrategias de Salud Mental.

Len Stein supo combinar en su vida profesional la investigación universitaria con su implicación en programas de formación, desarrollo y administración de servicios de salud mental. Con su trabajo revolucionó la asistencia psiquiátrica de nuestros días y ha sido uno de los líderes mundiales en la dura tarea de conseguir unos servicios de salud mental sólidos e integrales. En todo caso, todos los escritos de Len Stein se hicieron desde un contacto continuado y muy respetuoso con los pacientes y sus familiares.

Len Stein recibió a lo largo de su vida numerosos premios como reconocimiento a su brillante trayectoria profesional. Por su carácter amable y educado disfrutó del cariño de numerosos colegas de todo el mundo dado que su capacidad docente no se limitó a Estados Unidos. Por ello, es considerado por muchos como "el último maestro". En palabras del psiquiatra Allen Frances, catedrático emérito de la Universidad de Duke, si Estados Unidos hubiese apostado con firmeza por el modelo de Stein y Test no tendría ahora las cárceles ni las calles de las grandes ciudades con gran número de enfermos mentales convertidos en vagabundos sin hogar.

Goian bego, descanse en paz.

ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE PRESCRIPCIÓN DE VALPROICO EN MUJERES CON CAPACIDAD DE GESTACIÓN

En 24 de julio de 2018, la AEMPS publicaba una nueva nota de seguridad: [Programa de Prevención de Embarazos para valproato \(Depakine/Depakine Crono\)](#), como continuación de su nota de seguridad del 13 de febrero **ÁCIDO VALPROICO: NUEVAS MEDIDAS PARA EVITAR LA EXPOSICIÓN DURANTE EL EMBARAZO**.



The screenshot shows the official website of the Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). The header includes the Spanish Government logo, the AEMPS logo, and navigation links like 'Buscar', 'Imprimir', 'Mapa web', 'Contactar', and 'Enlaces'. A main navigation bar lists categories: 'La AEMPS', 'Medicamentos de uso humano', 'Medicamentos veterinarios', 'Productos sanitarios', 'Cosméticos e higiene', and 'Industria'. The main content area displays a breadcrumb trail: 'Inicio > La AEMPS informa > Notas informativas > Medicamentos de uso humano > Seguridad'. The current page title is 'Valproato (▼ Depakine / ▼ Depakine Crono): programa de prevención de embarazos'. A 'Compartir' button is visible, and the page is dated 'Última actualización: 24/7/2018'. A box at the bottom states: 'La Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios informa sobre el Programa de Prevención de Embarazos para valproato (Depakine/Depakine Crono) que deben seguir las mujeres en tratamiento.'

En la actual nota la AEMPS informa acerca de la disponibilidad de materiales informativos sobre el programa de prevención de embarazos **que debe cumplirse de forma obligada en todos los casos de prescripción e mujeres con capacidad de gestación.**

- Guía para profesionales sanitarios : incluye información detallada sobre el Programa de Prevención de Embarazos para valproato, las medidas que deben adoptarse en niñas y en mujeres con capacidad de gestación y las responsabilidades de los distintos profesionales sanitarios que pueden atender a estas mujeres.
- Formulario de conocimiento de riesgos : documento que debe cumplimentar y firmar el médico que establece el tratamiento y la paciente, al inicio del tratamiento y en revisiones posteriores al menos anuales, elaborado para confirmar que se transmite a la paciente la información sobre los riesgos en el embarazo y que esta los ha entendido.
- Guía de la paciente : información específica para la paciente sobre los riesgos durante el embarazo y las medidas que debe adoptar mientras esté en tratamiento con valproato, según su situación particular.
- Tarjeta de la paciente : tarjeta recordatoria de los riesgos y de las medidas a adoptar. En los próximos meses se incluirá en los envases de Depakine/Depakine Crono.

En este contexto, la Dirección de Farmacia y la Dirección de Asistencia Sanitaria han realizado una serie de acciones para asegurar la prescripción segura de valproato a niñas y mujeres en edad fértil en Osakidetza y para cumplir las recomendaciones de seguridad de la AEMPS, que incluyen:

- IMPLANTACIÓN DE UNA ALERTA ESPECÍFICA EN OSABIDE GLOBAL EN TODAS LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON DICHO TRATAMIENTO
- NUEVO DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A CUMPLIMENTAR TANTO POR EL PROFESIONAL COMO POR LA PACIENTE, DISPONIBLE EN OSABIDE GLOBAL

El consentimiento consta de dos apartados, uno que debe cumplimentar y firmar el profesional, y otro que debe cumplimentar la paciente y/o su cuidador y responsable legal si fuera el caso.

Las guías informativas están disponibles en la intranet de Osakidetza . Y también en el repositorio Agirigune en la intranet de la RSMB

En resumen:

El profesional prescriptor que decida iniciar o mantener el tratamiento con valproico en una mujer con capacidad reproductiva (o en niñas que aún no la tienen, pero que en un futuro estarán expuestas al riesgo) debe:

- **LEER CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA GUÍA DEL PROFESIONAL.**
- **INFORMAR DETENIDAMENTE A LA PACIENTE Y EN SU CASO A SUS CUIDADORES Y/O REPRESENTANTES LEGALES DE LOS RIESGOS TERATOGÉNICOS INHERENTES AL TRATAMIENTO. ENTREGAR LA GUÍA PARA LA PACIENTE Y ASEGURARSE DE SU LECTURA Y COMPRENSIÓN.**
- **CUMPLIMENTAR Y FIRMAR, TANTO EL PROFESIONAL COMO LA PACIENTE EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE RIESGOS/CONSENTIMIENTO INFORMADO DISPONIBLE EN OSABIDE GLOBAL. ESTE FORMULARIO HA DE SER CUMPLIMENTADO NO SÓLO AL INICIO DEL TRATAMIENTO, SINO DURANTE SU CONTINUACIÓN, AL MENOS ANUALMENTE**
- **INCORPORAR A LA HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE EL DOCUMENTO CUMPLIMENTADO Y FIRMADO [ESCANEARLO Y "SUBIRLO" A LA HISTORIA].**
- **REALIZAR SIEMPRE EL SEGUIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN Y EL PROCEDIMIENTO DESCRITO POR PARTE DEL PSIQUIATRA RESPONSABLE DEL CASO.**
- **ACTIVAR DE MANERA SISTEMÁTICA LA CASILLA DE SEGUIMIENTO EN PRESBIDE**

Por si requiere explicación, la marca de seguimiento en Presbide indica expresamente que el especialista quiere hacer el seguimiento de una prescripción concreta (incluyendo la gestión de sus prorrogas).

Consultar y/o modificar Prescripción

Información de la Prescripción

Conjunto DOE: 002508 - NORTRIPTILINA 25MG 25 COMPRIMIDOS | Contenido: 25 COMPRIMIDO | [Cambiar Producto o Conjunto DOE](#)

Principio Activo ATC: NORTRIPTILINA | Dosis: 1 (COMPRIMIDO) ~ 25 (MG) | Vía de administración: ORAL | Episodio | Consultas Externas

Tipo: Crónica | Inicio de tratamiento: 15/11/2016 | Revisión -- Seleccione -- | 08/06/2019 | Campaña sanitaria | Prescrito en domicilio | Seguimiento

Estado: Prescripción activa | Nuevo estado: Activa | Motivo cambio de estado: | Modificada: 14/06/2018

A riesgo de ponernos pesados, recordamos que este procedimiento no es una recomendación, sino de obligado cumplimiento.

LOS EFECTOS METABÓLICOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Un preprint reciente de JAMA Psychiatry (publicado online el 13-6-2018), estudia en niños y adolescentes si ciertos antipsicóticos generarían un aumento de peso y reducirían la sensibilidad a la insulina. Se incluyeron 144 pacientes de 6 a 18 años (edad media: 11,3 ± 2,8 años), que durante 12 semanas recibieron tratamiento con uno de tres antipsicóticos: aripiprazol ($n = 49$), olanzapina ($n = 46$) o risperidona ($n = 49$). Se describió un aumento significativo en la adiposidad de todo el cuerpo en todos los pacientes, pero mayor entre los

que recibieron olanzapina. También encontraron aumentada la grasa visceral y la grasa abdominal subcutánea, hallazgos que, en general, se han asociado con un aumento del riesgo para desarrollar un síndrome metabólico.

Original Investigation

August 2018

Metabolic Effects of Antipsychotics on Adiposity and Insulin Sensitivity in Youths A Randomized Clinical Trial

Ginger E. Nicol, MD¹; Michael D. Yingling, MS¹; Karen S. Flavin, RN, CCRC²; [et al](#)

[» Author Affiliations](#)

JAMA Psychiatry. 2018;75(8):788-796. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1088

FENTANILO

Hace un par de boletines nos hacíamos ya eco del problema que suponen los opioides de prescripción, centrándonos más en las posibles interacciones con otros fármacos psiquiátricos, como las benzodiazepinas y los ISRS. Uno de estos opioides, el fentanilo, parece estar suponiendo una alarma especial, tal y como alertaba el pasado 13 de julio en Redacción Médica Manuel Escolano, responsable de Inspección Farmacéutica de la Conselleria de Sanidad valenciana. En sus propias palabras, “se puede hablar de una epidemia” de su consumo, “es el fármaco de mayor mortalidad de todos los tiempos”, y es “40 veces más

 AUTONOMÍAS > C. Valenciana

Sanidad sobre el fentanilo: "es mortal y más adictivo que la heroína"

Manuel Escolano dice que su consumo ya es "una epidemia"

referida a las formulaciones de fentanilo de liberación inmediata y la importancia de respetar las condiciones de uso autorizadas, es decir, tratamiento del dolor irruptivo oncológico en adultos que ya están recibiendo de forma crónica otro tratamiento de mantenimiento con opioides. Y es que según los datos de su propio observatorio, las prescripciones de fentanilo en atención primaria se habían duplicado entre 2010 y 2016, y en ese último año el 40% de las prescripciones en primaria se habían realizado para pacientes no oncológicos. Así que seguramente sí hay razones fundadas para preocuparse.

adictivo que la heroína. Y específicamente hace referencia a su uso inadecuado, fuera de indicación, en paciente no oncológicos. No sabemos si estas alarmantes afirmaciones reflejan una realidad tan dramática en nuestro entorno, aunque en países como EEUU ha provocado una auténtica alerta nacional.

En todo caso, en febrero de este año, la AEMPS publicaba una alerta informativa

[Puede consultar esta nota en formato pdf](#) 

FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA: IMPORTANCIA DE RESPETAR LAS CONDICIONES DE USO AUTORIZADAS

Información para profesionales sanitarios

Fecha de publicación: 21 de febrero de 2018

Un gas conteniendo fentanilo fue, por cierto, lo que utilizó Putin (el gobierno Ruso, o sea, Putin), en la crisis del secuestro de un teatro en Moscú por parte de terroristas chechenos allá por 2002; fallecieron todos los terroristas y 117 de los 800 rehenes.

≡ **EL PAÍS**

INTERNACIONAL

EUROPA EE.UU. MÉXICO AMÉRICA LATINA ORIENTE PRÓXIMO ASIA ÁFRICA FOTOS OPINIÓN BLOGS TITULARES »

ASALTO EN MOSCÚ

El gas utilizado por el Ejército en el teatro de Moscú estaba basado en el opiáceo Fentanyl

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN RESISTENTE

Lo publicaba hace unos meses Psychological Medicine. Se trata de una revisión sobre el asunto, proponiendo diversas estrategias farmacológicas para el abordaje de la depresión en pacientes que no responden, o responden de forma parcial a los tratamientos farmacológicos habituales. Supongo que todos, a lo largo de nuestra vida profesional, hemos leído artículos como éste, cuyo título promete contener en su interior la piedra filosofal, la combinación mágica que por fin curaría a nuestros pacientes depresivos, a menudo cronificados durante años, y sometidos a todo tipo de estrategias y combinaciones de pastillas de lo más imaginativas: cócteles de antidepresivos serotoninérgicos, noradrenérgicos y dopaminérgicos, combinaciones arriesgadas de tricíclicos e IMAOs, potenciación con hormona tiroidea, con litio, con anfetaminas, con triptófano, o en tiempos más recientes con aripiprazol, quetiapina, etc., en general basados en casos clínicos aislados y sin soporte en ensayos clínicos. Una especie de pelea a la desesperada, y a menudo, si algo funcionaba, nadie podía saber si era por el cambio de tratamiento o porque le tocaba.

Published in final edited form as:

Psychol Med. 2017 November ; 47(15): 2569–2577. doi:10.1017/S003329171700068X.

Backing into the Future: Pharmacological Approaches to the Management of Resistant Depression

PJ Cowen

University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, UK

El artículo reflexiona sobre la realidad de la depresión crónica, la modesta, por decirlo de alguna manera, efectividad de los tratamientos farmacológicos y psicoterápicos, a pesar de la expansión de fármacos antidepresivos en pasadas décadas y la disponibilidad de intervenciones psicoterápicas cognitivo conductuales (TCC, CBT que dicen los ingleses). La realidad es que un porcentaje muy elevado de pacientes con depresión clínica no alcanzan la remisión, incluso después de haber intentado todas las estrategias recomendadas. Estudios como el STAR*D (una especie de CATIE pero con antidepresivos), mostraron tasas de remisión clínica tras el tratamiento de primera línea que no alcanzaban a un tercio de los pacientes. Y las estrategias de tratamiento posterior en estos pacientes, incluyendo TCC, siguen dejando a muchos pacientes con sintomatología residual significativa y elevado riesgo de recaída.

En esta tesitura, las jóvenes promesas parecen ser la ketamina y derivados, u otros posibles fármacos con efectos en el sistema glutamatérgico y receptores NMDA, aunque aún será necesario resolver problemas clínicos tanto en sus formulaciones y administración como en su seguridad. Otra vía prometedoras, según cuenta el artículo, es la de la inflamación, y la posible utilidad de agentes antiinflamatorios, al menos en un subgrupo de pacientes, así como la de agonistas dopaminérgicos como el pramipexol. No está de menos recordar que el pramipexol, al igual que otros fármacos de acción dopaminérgica, se ha relacionado con conductas de juego patológico y compras y sexo compulsivos.

EPILEPSIA Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA COMÓRBIDA

El artículo, que publica The Mental Health Clinician, analiza y revisa, a través de tres casos clínicos, los aspectos más relevantes a tener en cuenta en el tratamiento de pacientes con epilepsia y patología psiquiátrica asociada. Y resume el asunto en tres puntos principales:

1. Los pacientes con epilepsia y patología psiquiátrica asociada, a menudo no reciben el tratamiento psiquiátrico apropiado, muchas veces basado en la idea de que las medicaciones psiquiátricas son en general epileptógenas o proconvulsivantes (algunas lo son, especialmente el bupropion o la clorpromazina y la clozapina a dosis elevadas)
2. Los fármacos antiepilépticos aromáticos (como la fenitoína, carbamacepina, primidona y fenobarbital) y los antidepresivos tricíclicos se asocian con reacciones cutáneas idiosincráticas y pueden potenciar el riesgo de estos efectos cuando se administran conjuntamente.
3. El tratamiento de la epilepsia con antiepilépticos aromáticos (los descritos fenitoína, carbamacepina, primidona y fenobarbital) se asocia a alteraciones de conducta, especialmente en niños y adolescentes y en personas con discapacidad del desarrollo.

TABLE 1

Prevalence rate comparing epilepsy and psychiatric comorbidities⁵

• [Image of typeset table](#)

Psychiatric Comorbidity	General Population, %	Epilepsy Population, %
Anxiety	1.5 to 19	19 to 66
Attention deficit disorder	15	30 to 40
Depression	10.7	17.4 to 80
Psychosis	1 to 7	6 to 10
Suicide	1.4 to 6.9	13 to 25

Y [aquí tenéis otra tabla](#) (demasiado grande para incrustarla aquí), con los fármacos psiquiátricos que reducen el umbral convulsivo.

¿MEJORA EL ESCITALOPRAM EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA AGUDA?

Al menos eso es lo que sugiere [este ensayo clínico publicado el mes pasado en JAMA](#) y que comparó los efectos en 300 pacientes con eventos coronarios recientes y depresión del tratamiento durante 24 semanas con escitalopram vs placebo. El resultado, con un seguimiento media de 8 años, es que los pacientes tratados con escitalopram tienen evoluciones cardiacas mejores, es decir, reduce el riesgo de volver a sufrir un nuevo infarto.

This Issue Views **8,545** | Citations **0** | Altmetric **756**

Original Investigation

July 24/31, 2018

Effect of Escitalopram vs Placebo Treatment for Depression on Long-term Cardiac Outcomes in Patients With Acute Coronary Syndrome A Randomized Clinical Trial

Jae-Min Kim, MD, PhD¹; Robert Stewart, MD, FRCPsych^{2,3}; Yong-Seong Lee, MD, MSc¹; [et al](#)

» [Author Affiliations](#)

JAMA. 2018;320(4):350-358. doi:10.1001/jama.2018.9422

RISPERIDONA SUBCUTÁNEA



La FDA ha aprobado un [depot subcutáneo mensual de risperidona](#); A la criatura le han puesto por nombre PERSERIS. Desarrollado por un laboratorio llamado [Indivior](#), no sabemos si

esto llegará a nuestros lares, y en su caso qué espacio se podrá hacer en el campo de batalla de los depots, hoy en día el nicho comercial más prometedor en el ámbito de los psicofármacos.-

FACEBOOK, RECETAS, FARMACÉUTICOS Y LA LETRA DE LOS MÉDICOS

Lo contaba hace unos días El Mundo, y cuenta que existe un foro de farmacéuticos en Facebook en el que se ayudan unos a otros para descifrar la letra en las recetas en papel, una posible fuente de errores en la prescripción que podría potencialmente, tener consecuencias



graves.

Desde luego, una de las grandes ventajas de la receta electrónica (y de la HC electrónica en particular), es la de que ya no se requiere el concurso de egiptólogos y expertos en criptología para descifrar una receta.

¿DAR UN “TOQUE” A LOS MÉDICOS PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN?

Lo cuenta JAMA Psychiatry; evalúa la efectividad de enviar cartas (personalizadas, suponemos), a los prescriptores en los que se les informa acerca de un hábito de prescripción identificado como mejorable, y se les invita a modificar dicho hábito. La experiencia, en EEUU, se ha focalizado precisamente en relación con la prescripción de quetiapina, un ensayo clínico realizado sobre más de 5000 prescriptores de atención primaria, identificados previamente por su tendencia a prescribir en exceso quetiapina, y con el objetivo de reducir dicha prescripción. En las cartas enviadas se proporciona información de sus prescripciones en comparación con las de sus colegas, evidenciando su “desviación” de la práctica habitual, especialmente en patologías y colectivos fuera de indicación (como ancianos). Los resultados avalan la efectividad de este procedimiento, incluso en seguimientos relativamente largos, a dos años.

New Online Views **2,238** | Citations **0** | Altmetric **415**

Editorial

ONLINE FIRST

August 1, 2018

Nudging Physicians to Reduce Quetiapine Prescribing Using Medicare Letters Following the Letters of the Law?

Joshua M. Liao, MD, MSc^{1,2,3}; Amol S. Navathe, MD, PhD^{3,4,5}

[> Author Affiliations](#)

JAMA Psychiatry. Published online August 1, 2018. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1843

QUETIAPINA: REACCIONES ADVERSAS CUTÁNEAS GRAVES Y SOBREDOSIS

Lo contaba el boletín de mayo de la AEMPS:

Se han notificado reacciones adversas cutáneas graves (SCARs, por sus siglas en inglés), incluido síndrome de Stevens-Johnson (SJS, por sus siglas en inglés), necrólisis epidérmica tóxica (NET) y erupción medicamentosa con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), relacionada con el tratamiento con quetiapina. Se incluye como nueva reacción adversa asociada al fármaco erupción medicamentosa con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS).

Tras una revisión de la bibliografía publicada acerca de quetiapina y sobredosis, se ha concluido que en caso de sobredosis con quetiapina de liberación prolongada, se retarda el pico de sedación y el pico del pulso y se prolonga la recuperación, comparado con la sobredosis con Quetiapina IR. Asimismo, también en caso de sobredosis con quetiapina de liberación prolongada, se ha notificado la formación de bezoar gástrico y se recomienda un diagnóstico por imagen apropiado para decidir el tratamiento del paciente. La eliminación endoscópica del bezoar se ha realizado con éxito en algunos casos.

FLUOROQUINOLONAS Y SALUD MENTAL

La FDA alerta acerca de los efectos secundarios de las fluoroquinolonas, en este caso los riesgos de aparición de alteraciones mentales y cognitivas (así como alteraciones de la glucosa en sangre, incluyendo coma hipoglucémico), que incluyen alteraciones en la atención, desorientación, agitación, nerviosismo, deterioro de la memoria y delirium. Las fluoroquinolonas disponibles en nuestro país incluyen norfloxacin, levofloxacin, ciprofloxacino, moxifloxacino y ofloxacino. Visto lo visto, y a la luz de otros efectos secundarios de gravedad ya conocidos, la FDA sugiere que no sean usados como antibióticos de primera elección. Desconocemos si en la práctica clínica habitual su uso es profuso y extendido, por ejemplo en infecciones urinarias, pero es algo a tener en cuenta especialmente en ancianos, en los que los cuadros confusionales y reacciones diversas podrían ser atribuidos erróneamente a los psicofármacos o al proceso orgánico que hizo necesaria la antibioterapia.

[Iniciar ses](#)

Medscape martes 21 de agosto de 2018

[NOTICIAS Y PERSPECTIVAS](#) [EDUCACIÓN MÉDICA](#)

PUBLICIDAD

[Noticias y Perspectivas](#)

La *Food and Drug Administration* de Estados Unidos incrementa las advertencias sobre el uso de fluoroquinolonas para la salud mental y la hipoglucemia

Marcia Frellick

IBUPROFENO

*El Consejo General de Colegios Farmacéuticos (CGCOF) pide que se solicite siempre la prescripción médica a todos los pacientes antes de dispensar **ibuprofeno** de 600 mg, para evitar así mala praxis.*

Así lo cuenta redacción Médica; no será un psicofármaco, pero la extensión (y banalización) de su uso implica el que afecte a muchos de nuestros pacientes. Y es que no hay botiquín casero, ni bolso, ni guantera de coche que no contenga unos ibuprofenos (y unos omeprazoles), que son ingeridos sin ninguna conciencia de sus posibles riesgos. Y ande o no ande, caballo grande, así que casi todo el mundo prefiere el de 600 al de 400 mg; y es que aunque el ibuprofeno de 600 requiere receta médica, en la práctica (un estudio de OCU lo comprobó), prácticamente todas las farmacias lo dispensan sin la receta.



*Según el estudio realizado por **OCU**, ante la petición de ibuprofeno sin especificar la dosis, siete de cada diez farmacias ofrecieron el de 600 mg sin preguntar nada y sin solicitar la receta. Solo un establecimiento entregó de primeras comprimidos de 400 mg -que no requiere receta-, aunque al pedir la dosis más alta y tras requerir la receta médica, acabó dispensando el de 600 mg, a pesar de no presentarla.*

LA PARADOJA DEL TDAH

No sabemos si es la mejor manera de llamarlo, paradoja, pero es quizás la máxima expresión de los efectos en el diagnóstico y tratamiento que tienen nuestros intereses ideológicos, académicos, filosóficos y económicos, intereses que nos llevan a sesgos, que en este caso pueden resultar extremos.

La historia parte de la publicación, hace unos días, de un artículo en The Times con el sonoro titular (traducimos): los fármacos son la mejor manera de tratar a los niños que padecen TDAH

THE TIMES Today's sections Past six days My articles Times+ My account

Drugs 'are the best way to treat children's ADHD'

August 8 2018, 12:01am,
The Times

Health



Researchers said there was little evidence that drugs such as Ritalin were a form of "chemical cosh"
ALAMY


Este titular, y el artículo en cuestión, reaccionaban a un estudio publicado en Lancet Psychiatry el pasado 7 de agosto, una revisión sistemática acerca de la eficacia y tolerancia de los psicoestimulantes en el tratamiento del TDAH en niños, adolescentes y adultos.

THE LANCET
Psychiatry

ARTICLES | ONLINE FIRST

Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis

Samuele Cortese, MD • Nicoletta Adamo, MD • Cinzia Del Giovane, PhD • Christina Mohr-Jensen, PhD •

Adrian J Hayes, MD • ... Farhad Shokraneh, MSc • Jun Xia, MSc • Andrea Cipriani, MD   Show all authors

Open Access • Published: August 07, 2018 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4) •

 Check for updates

Open access funded by Department of Health UK

No es el objetivo de esta entrada analizar los resultados del estudio, que se ofrecen como información que puede ayudar a la elección del medicamento mejor a psiquiatras, familias, y en su caso, pacientes. En su introducción, los autores cifran la prevalencia del TDAH en el 5% en niños y el 2,5% en adultos, lo que supone cifras absolutas de afectados muy considerables. Teniendo en cuenta que Lancet Psychiatry no es una revista de tres al cuarto, que los artículos que publica son mirados, al menos de entrada, con respeto, y que obviamente tienen un impacto en la práctica clínica, y en casos relevantes, también quizás en políticos y gestores, no resulta extraño que The Times lo haya llevado a sus páginas (digitales o analógicas).

Pero bueno, imaginemos que soy un padre de familia y tengo hijos pequeños, un tanto trastos, y quizás con alguna dificultad escolar. Y tras leer el artículo del Times me encuentro un enlace en Facebook a un artículo publicado en ABC que dice, literalmente:

ABC PADRES HIJOS Buscar

España ▾ Internacional Economía ▾ Sociedad Madrid ▾ Familia ▾ Opinión ▾ Deportes ▾ Gente ▾ Cultura ▾ Ciencia Historia Viajar ▾ Play ▾ Summum ▾ Más ≡

ABC Padres e hijos Parejas Educación Mayores Vida sana Supersanos Planes con niños

Publicidad

ENTREVISTA

«El TDAH no existe, y la medicación no es un tratamiento, sino un dopaje»

- El catedrático Marino Pérez, autor de «Volviendo a la normalidad», asegura que no hay biomarcador cerebral que justifique el Trastorno por Déficit de Atención



Publicidad

«Hay una patologización de problemas normales de la infancia», denuncia Marino - ernesto agudo

Y además lo dice, de forma taxativa, un catedrático. Así que, ¿a quién hago caso? No es que sea una cuestión de matiz, vaya, estamos hablando de miles de niños afectados por una enfermedad y que precisan tratamiento, o de miles de niños falsamente diagnosticados y envenenados por los psiquiatras en interés de la industria farmacéutica. Todo un caso de interés y salud pública de primer orden que debiera ser objeto fundamental de abordaje.

A nosotros nos parece que en casos como estos quizás la postura más sensata sea la de aceptar que existe un vacío de conocimiento; y que los vacíos de conocimiento tienden de

forma espontánea a llenarse con ideología y oportunismo. Y que grandes afirmaciones requieren grandes pruebas. Decir, como este señor catedrático, que el TDAH no existe porque no tiene un biomarcador cerebral, llevaría a borrar de la existencia a unas cuantas docenas o cientos de enfermedades, psiquiátricas y del cuello para abajo, que carecen de marcadores biológicos, empezando por el trastorno bipolar, la propia depresión, la esquizofrenia, los trastornos delirantes o casi cualquier otro trastorno psiquiátrico. O la psoriasis (salvo que se considere la biopsia un marcador biológico), o mi propia hipertensión arterial, condición únicamente existente porque a algún grupo de expertos les ha dado por poner unos límites a los que mi TA tiene la mala costumbre de hacer poco caso. Y obviamente, el antihipertensivo que tomo no me ha curado. Al fin y al cabo, hasta que triunfó la teoría microbiana o germinal de las enfermedades, las mismas se atribuían, además de a causas divinas o diabólicas, a las miasmas y/o a los humores. Y es que era de cajón, ¿cómo van a existir los microbios si no los vemos?

A MÁS SALUD MENTAL, ¿PEOR SALUD MENTAL?

No es esto algo que sorprenda a nadie del gremio, salvo ceguera o autoengaño descomunal, pero visto desde fuera sí que puede resultar algo paradójico. Lo ponía encima de la mesa, sin ambages [este artículo publicado el pasado año en Australian and New Zealand Journal of Psychiatry](#), que traducido se preguntaba: *¿por qué el incremento de servicios y disponibilidad de tratamiento psiquiátrico no reduce la prevalencia de los trastornos mentales?*

Why has increased provision of psychiatric treatment not reduced the prevalence of mental disorder?

Roger Mulder, Julia Rucklidge, Sam Wilkinson,

First Published August 23, 2017 | Other |  Check for updates

<https://doi.org/10.1177/0004867417727356>

[Article information](#) ▾

 Altmetric

4



Por ejemplo, el principal resultado de que la prescripción de antidepresivos se haya multiplicado por 10, por 20 o por 30 (o más) desde los años 90 es que la prevalencia de la depresión se ha multiplicado de forma similar. Más allá de la evidente expansión de los diagnósticos psiquiátricos y la llamada psiquiatrización del malestar, parece obvio que los resultados de nuestros tratamientos, servicios e intervenciones, es más bien limitado, y alguien podría pensar si invertir tanto en atención especializada para estos resultados tiene sentido. El artículo pone el ejemplo de Nueva Zelanda, un país con magníficos servicios de salud mental, en donde la financiación de los servicios de salud mental se incrementó un 40% entre 2009 y 2016, y el número de psiquiatras y psicólogos se dobló en los últimos 10 años. A la par, las derivaciones a salud mental por situaciones de urgencia se han triplicado entre 2010 y 2015, casi un 14% de la población toma un antidepresivo y un 3% un antipsicótico (un 50% de incremento en una década).



A pesar de todo este esfuerzo asistencial, los indicadores de salud mental en la comunidad han empeorado en casi todos los ámbitos en Nueva Zelanda; el número de niños en tratamiento por problemas de salud mental se ha duplicado entre 2008 y 2013, y entre 1991 y 2011 la población con discapacidad reconocida por problemas de salud mental se ha multiplicado por 4. Las tasas de suicidio no se han reducido (las tasas de suicidio de Nueva Zelanda doblan a las de España, y tiene la tasa de suicidio más elevada del mundo en población juvenil). Desde una posición “inocente”, la lógica debiera de decir que si proporcionas accesos a más y mejores servicios y provees de tratamientos efectivos a una población con determinados problemas de salud, las cosas debieran de mejorar, no empeorar. Por ejemplo, menos gente que tenga que acudir a urgencias, menos personas sufriendo discapacidad, menor número de suicidios. Así que, ¿es razonable que los servicios de salud mental sigan expandiéndose para estos resultados? ¿Por qué los tratamientos parecen ser eficaces en los ensayos clínicos (y no me refiero solo a los fármacos), y luego no lo son tanto en la vida real? ¿Los estamos empleando en quien no debería recibirlos? ¿Estamos quemando recursos en personas con problemas leves, malestares, y no usándolos donde son más eficaces, en las personas con problemas graves de salud mental?

El artículo reflexiona acerca de si nuestros sistemas de salud mental estén siendo en realidad perjudiciales en algunas áreas, y que es posible que para obtener mejores resultados lo que se necesite es hacer menos, no más, y de nuevo no sólo en lo que respecta a medicar. Quizás haya que devolver la responsabilidad de mejorar algunos indicadores de salud mental a otros ámbitos, desde la desigualdad, el desempleo, la falta de soporte social y familiar, la pobreza, las malas condiciones laborales. Y eso nos dejaría trabajar más y mejor con los pacientes graves.

Edurne Pasabán: “He visto más cerca la muerte en el día a día con la depresión que en la montaña”

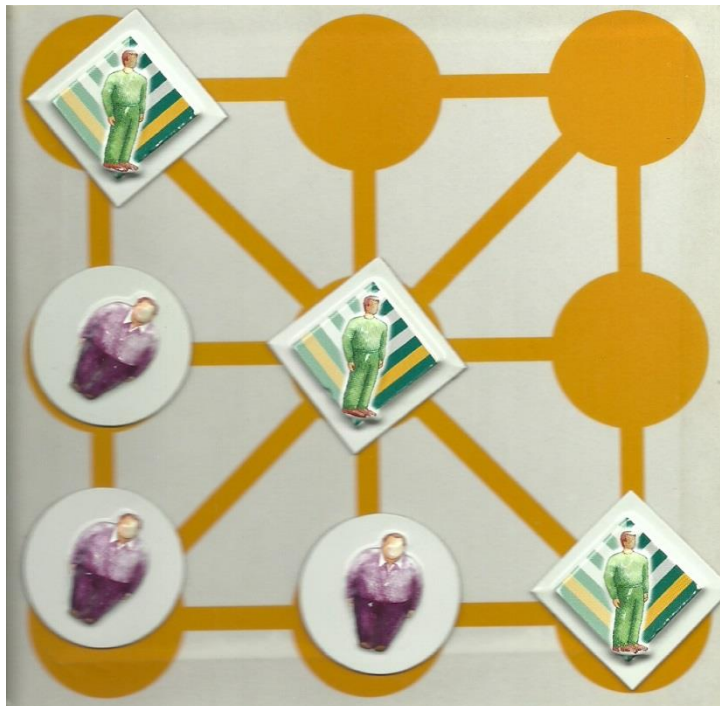
- La alpinista Edurne Pasabán (Tolosa, Guipúzcoa, 1 de agosto de 1973) se sincera en esta amplia entrevista, en la que habla de sus éxitos deportivos, de lo que ha significado ser la alpinista española y primera mujer en ascender a los 14 ochomiles, de lo mucho que ha cambiado su vida con el pequeño Max, pero también de su paso por el infierno de la depresión que la tuvo al borde de la muerte



Y es que se da el contrasentido de que la “visibilización” (que dicen los modernos) de los problemas de salud mental ha llevado a su banalización, especialmente en enfermedades como la depresión, cuya entidad como problema grave de salud ha quedado diluida en las consultas, en la opinión pública, y en el propio diagnóstico psiquiátrico. Y es que cuando todo el mundo “presume” de estar deprimido, y compite por atención, los enfermos “de verdad” quedan relegados. Y aquí un magnífico y valiente testimonio de lo que es, de verdad, una depresión, una terrible enfermedad (a pesar de que no tenga “marcadores biológicos”).

PUBLICIDAD SUTIL Y PICHIGÜILIS

Eran otros tiempos, quizás finales de los 90, inicios de los 2000, cuando todavía los pichigüilis y el marketing de la industria estaban más o menos pujantes, y nos llenábamos el bolsillo de



bolis y el despacho de separatas “científicas” (que nadie leía), y de diversas baratijas, tan extraordinariamente apreciadas como “kitsch”, y de duración obsoleta. El que esté libre de pecado, que tire la primera piedra. Pues aquí recuperamos un ejemplo grandioso de cuando los dos grandes, Janssen y Lilly, se batían el cobre para colocar a sus productos (Risperdal y Zyprexa respectivamente), en lo más alto del ranking de blockbusters: un pichigüili subliminal, un tres en raya en

el que las fichas son un señor apolíneo sobre el anagrama de Risperdal y otro obeso con el color de la Zyprexa. Todo sutileza.

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

©RSMB2015201620172018

Aegrescit medendo