



- ACCESO A TODOS LOS NÚMEROS DEL BOLETÍN
- TRAZODONA Y CAIDAS
- ¿CUÁL DEBE SER EL PAPEL DE LOS PSIQUIATRAS EN EL ABORDAJE DE LA EPIDEMIA DE ABUSO DE OPIÁCEOS?
- DISPOSITIVOS SANITARIOS Y SU REGULACIÓN
- AMITRIPTILINA
- PRESBIDE: SUSPENSIÓN TEMPORAL DE PRECRIPTIONES CRÓNICAS
- TERAPIA DE PRIVACIÓN DE SUEÑO EN LA DEPRESIÓN
- MEDICAMENTOS Y DEPRESIÓN
- NOCEBOS
- ALUCINÓGENOS Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES
- NAVIDAD Y EL BMJ
- LA REAL EXPEDICIÓN FILANTRÓPICA DE LA VACUNA
- FELIZ NAVIDAD

### ACCESO A TODOS LOS NÚMEROS DEL BOLETÍN

Hasta ahora los números editados de este boletín desde julio de 2015 estaban archivados en la nuestra intranet, lo que supone que no eran accesibles desde fuera de Osakidetza. Bueno, pues ya hemos arreglado eso y se puede acceder de forma libre al archivo desde aquí.

The screenshot shows the Osakidetza website interface. At the top, there are logos for Osakidetza, the Basque Government (EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO), and euskadi.eus. Below the logos is a navigation bar with links for 'Contacto', 'Ayuda', 'Mapa Web', 'Acosibilidad', and 'Preguntas Frecuentes'. A main menu contains four buttons: 'Ciudadanía', 'Profesionales', 'Empresas', and 'Quiénes somos'. Below the menu, a breadcrumb trail reads: 'Estás en: Ciudadanía > Directorio de centros > Centros de Osakidetza > Red de Salud Mental de Bizkaia > Difusión del conocimiento'. The main content area displays 'Red de Salud Mental de Bizkaia' and 'Boletín de Psicofarmacología'. A sidebar on the left lists: 'Quiénes somos', 'Modelo asistencial', 'Nuestros centros', 'Difusión del conocimiento', and 'Unidad Docente Multiprofesional'. The year '2019' is visible in the bottom right corner of the page content.

Con un poco de paciencia esperamos poder incluir el índice de temas de cada número, para facilitar la búsqueda de temas tratados.

## TRAZODONA Y CAIDAS

El uso de medicación con efecto más o menos sedante en personas ancianas con demencia y problemas de sueño o de conducta es una práctica muy frecuente. El reconocimiento de los riesgos asociados al uso de medicación antipsicótica en esta indicación ha llevado a una progresiva reducción en su prescripción y a la búsqueda de otras alternativas potencialmente más seguras. Una de ellas es la trazodona. Pues bien, el CAMJ publica un estudio retrospectivo que incluye a más de 6500 personas mayores de 65 años viviendo en residencias de mayores y diagnosticados de demencia, en el que comparan el riesgo de caídas y fracturas en pacientes tratados con antipsicóticos atípicos o con trazodona. Los resultados muestran que los riesgos no difieren entre ambos grupos de pacientes, es decir, la trazodona no resultó más segura que los antipsicóticos atípicos en relación al riesgo de fracturas y caídas. Sin embargo el grupo en tratamiento con trazodona mostró un índice de mortalidad por cualquier causa en los 90 días posteriores significativamente menor que el grupo tratado con antipsicóticos, quizás en relación con los descritos riesgos cerebrovasculares de los antipsicóticos en esta población.



**cmaj**  
BEST EVIDENCE • BEST PRACTICE • BEST HEALTH

search    
Advanced Search

Home Content Authors & Reviewers CMA Members Subscribers 

Research

Comparative risk of harm associated with trazodone or atypical antipsychotic use in older adults with dementia: a retrospective cohort study

Jennifer A. Watt, Tara Gomes, Susan E. Bronskill, Anjie Huang, Peter C. Austin, Joanne M. Ho and Sharon E. Straus  
CMAJ November 26, 2018 190 (47): E1376-E1383; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.180551>

## ¿CUÁL DEBE SER EL PAPEL DE LOS PSIQUIATRAS EN EL ABORDAJE DE LA EPIDEMIA DE ABUSO DE OPIÁCEOS?

Lo cuenta JAMA Psychiatry, y aunque hoy por hoy este parece ser un problema de especial virulencia en EEUU, conviene tenerlo en cuenta. Y es que si nos atenemos a los datos hay de qué preocuparse: más de 11 millones de personas mayores de 12 años abusan de opiáceos en los EEUU, con un incremento exponencial de muertes asociadas y una auténtica crisis social. Entre los tratamientos disponibles en la actualidad destacan tres: la metadona (un agonista), la naltrexona (un antagonista) y la buprenorfina (un agonista parcial). El artículo apoya el uso de buprenorfina por su mayor inmediatez y facilidad de uso (prescripción normalizada en farmacia, no requiere desintoxicación previa), y por la evidencia disponible de su efectividad para reducir el uso de opiáceos, las muertes por sobredosis, la transmisión de VIH y hepatitis C y para mejorar el funcionamiento social y reducir la criminalidad de las personas adictas.

Con esta evidencia, la promoción desde los ámbitos sanitarios para impulsar su uso ha llevado a un incremento del mismo muy relevante en los médicos de atención primaria, pero parece que los psiquiatras en general no se han implicado tanto. Así que el artículo, además del uso de la buprenorfina, defiende una mayor implicación de los psiquiatras en el tratamiento de

esta epidemia, que muy comúnmente coexiste y/o conduce a otros problemas de salud mental que requieren un tratamiento especializado. Sin embargo el número de psiquiatras que cuentan con una formación específica sobre adicciones es relativamente pequeño, a lo que hay que sumar que muchos psiquiatras huyen como de la peste de éste ámbito asistencial. Así que lo que se propone es que todos los psiquiatras cuenten con formación en la evaluación y tratamiento del abuso de opiáceos, básicamente:

- Completar la formación estándar de 8 horas requerida para prescribir buprenorfina
- Incluir el tratamiento con buprenorfina entre su práctica psiquiátrica rutinaria
- Incluir esta formación en los programas de formación de residentes

**New Online** Views **467** | Citations **0** | Altmetric **11**

**Viewpoint**

**ONLINE FIRST**

November 28, 2018

## **What Role Should Psychiatrists Have in Responding to the Opioid Epidemic?**

Srinivas B. Muvvala, MD, MPH<sup>1</sup>; Ellen Lockard Edens, MD, MPE<sup>1</sup>; Ismene L. Petrakis, MD<sup>1</sup>

[» Author Affiliations](#)

*JAMA Psychiatry*. Published online November 28, 2018. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3123

### **DISPOSITIVOS SANITARIOS Y SU REGULACIÓN**

Se preguntaba un editorial del BMJ del pasado 29 de noviembre: ¿por qué los dispositivos médicos no se regulan como los medicamentos?



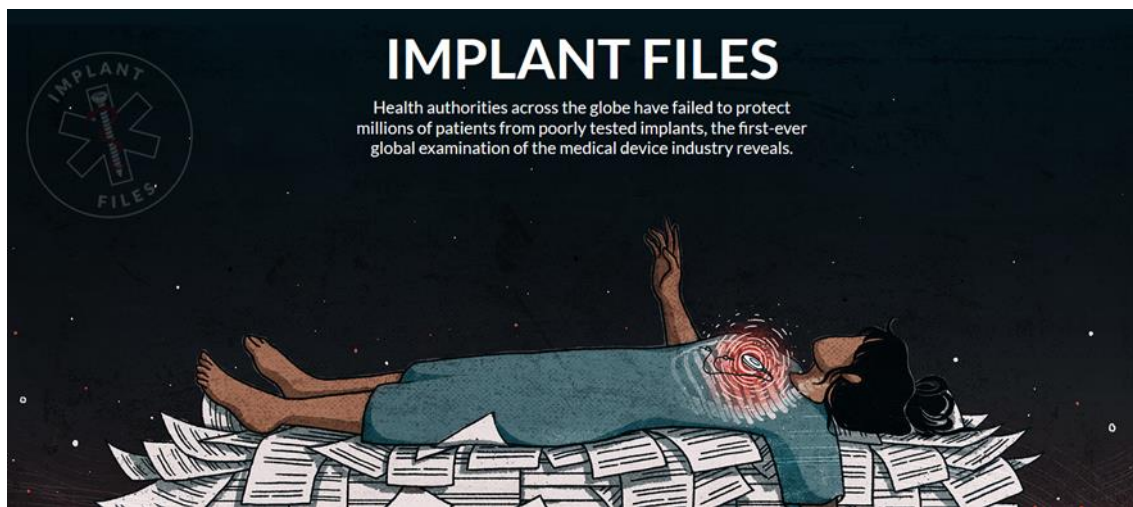
Y la pregunta surge ante los resultados de un estudio

internacional llevado a cabo por el Consorcio Internacional de Periodistas de Investigación, 250 periodistas de 36 países, en el que se evidencia que la actual regulación es en exceso laxa, envuelta en cierto secretismo, e incapaz de proteger de forma adecuada a los pacientes.

En el estudio, denominado con el sugerente (e inquietante) nombre de Implant files, han participado 59 organizaciones, incluyendo el propio BMJ. El caso es que Europa no dispone de una agencia supervisora de dispositivos médicos equivalente en el caso de los

medicamentos a la EMA, y los intentos de establecer una agencia específica han chocado con

los intereses de la industria y su poder de influencia; este estudio, publicado en el mismo número del BMJ, parece mostrar que en EEUU las cosas funcionan mejor a este respecto. El resultado son pacientes con implantes defectuosos que hay que retirar, marcapasos que se paran, prótesis que se rompen, en un enorme mercado del que somos mucho menos conscientes de lo que debiéramos, al menos los psiquiatras. Y es que aunque no disponemos de prótesis superyoicas para implantar en los psicópatas, sí que usamos algo de cacharrería, como los aparatos de TEC, y otros aún no generalizados pero a la espera, como la estimulación magnética transcraneal o la estimulación cerebral profunda.



En nuestro país las Implant files han sido especialmente difundidas al público general por el diario digital El Confidencial, que por medio de algunos de sus periodistas ha participado en la investigación.



La AEMPS dispone de un apartado de seguimiento de lo que denomina Productos Sanitarios, incluyendo prótesis e implantes diversos, y sus correspondientes notas informativas, sistemas de recogida y notificación de incidencias, etc., pero al parecer el sistema actual, no solo en España, en toda Europa, es manifiestamente mejorable en ese ámbito, incluyendo un registro

fiable de productos sanitarios comercializados. Las autoridades europeas están actualmente trabajando en la creación de una base de datos centralizada, Eudamed (European Database on Medical Devices), que debiera estar en marcha en 2020, pero que ha suscitado dudas sobre su transparencia.



THE IMPLANT FILES

## El sistema de incidentes europeo en el que confía Sanidad: opaco y para la industria



El ministerio confía en que la nueva normativa sirva para cerrar los agujeros todavía existentes en el sistema de alerta español



### AMITRIPTILINA

A la vejez, viruelas, teniendo en cuenta que la amitriptilina se introdujo en 1961, comercializada como Deprelío desde 1966 y como Tryptizol desde 1973. Y se mantiene en el listado de medicinas esenciales que publica la OMS.

Y es que en el boletín de la AEMPS (publicado en diciembre, pero que corresponde al mes de octubre), se señalan informaciones nuevas que afectan a la seguridad de su uso. Un *bestseller* en sus tiempos, desplazado como el resto de antidepresivos tricíclicos por la ola de los ISRS a partir de mediados de los años 80, actualmente su prescripción es casi anecdótica. En estos momentos en la RSMB 488 pacientes tienen prescrito tratamiento con amitriptilina, de los que 98, una quinta parte, reciben una dosis que puede calificarse como de antidepresiva, por encima de los 75 mg. Teniendo en cuenta que 21800 pacientes en la RSMB están tomando algún antidepresivo, las prescripciones de amitriptilina suponen un escaso 2,2% del total. Por otro lado, 282 pacientes, casi un 60% del total, reciben una dosis diaria de 25 mg o menos, lo que hace dudar de su prescripción para indicación como antidepresivo, y evidencia un uso relevante como tratamiento coadyuvante del dolor, el insomnio, etc.

En todo caso:

- Se incorpora hiponatremia a la información existente en la ficha técnica del medicamento relativa a sobredosis de amitriptilina.
- También se extiende la posible reacción adversa asociada al medicamento “alucinaciones” a todos los pacientes, y no solo a los pacientes esquizofrénicos.
- Por último, en un estudio se ha identificado una interacción clínicamente muy relevante entre amitriptilina/nortriptilina y ácido valproico, que da lugar a un aumento de la concentración de amitriptilina/nortriptilina en suero. Se actualizará la información de producto para incluir esta interacción y la recomendación de realizar un seguimiento clínico de estos pacientes.



The screenshot shows the header of the AEMPS website. On the left, there are logos for the Spanish Government (GOBIERNO DE ESPAÑA) and the Ministry of Health, Consumption and Social Welfare (MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL). In the center is the logo of the Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). To the right, the text reads 'Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios - AEMPS'. Below this is a navigation menu with the following items: 'La AEMPS', 'Medicamentos de uso humano', 'Medicamentos veterinarios', 'Productos sanitarios', 'Cosméticos e higiene', and 'Industria'. Below the navigation menu, there are two boxes: 'Portada la AEMPS informa' and 'Última información'. To the right of these boxes, there is a breadcrumb trail: 'Inicio > La AEMPS informa > Boletines de la AEMPS > Boletines mensuales de la AEMPS sobre medicamentos de uso humano' and a link: '▶ Boletín mensual de la AEMPS sobre medicamentos de uso humano del mes de octubre de 2018'.

### **PRESBIDE: SUSPENSIÓN TEMPORAL DE PRECRIPTIONES CRÓNICAS**

Desde la Dirección de Farmacia y la Dirección de Asistencia Sanitaria nos comunican que se ha habilitado en Presbide una nueva funcionalidad que pasa de forma automatizada a Suspensión Temporal (ST) las prescripciones crónicas sin recogida de medicación en oficina de farmacia en los 8 meses previos. Este proceso se ha pilotado previamente de forma satisfactoria en 43 cupos de atención primaria.




Por resumir la nota, que en todo caso todos hemos o vamos a recibir:

- Actualmente existen en Presbide aproximadamente 4 millones de tratamientos crónicos activos; 308.000 (7,7%) tienen 0% de adherencia, es decir, el personal ni recoge ni obviamente se toma la medicación prescrita (quizás en ocasiones prudentemente). Así que para ordenar un poco este asunto se ha desarrollado un proceso automático en Presbide que permite pasar de forma automatizada a Suspensión Temporal (ST) a estas prescripciones.
- Inicialmente este proceso se va a limitar a medicamentos para procesos menores (p.ej. fiebre, rinitis), a tratamientos que tenían que haber sido prescritos como agudos (p.ej. antiinfecciosos) o a demanda (p.ej. salbutamol, terbutalina) y a tratamientos en los que la no recogida sistemática en farmacias justifica la finalización (p. ej. benzodiazepinas).


Este mecanismo solo se aplica a los medicamentos financiados por receta (el registro de la dispensación de fármacos que no la precisan es muy variable en farmacia) y se excluyen las prescripciones de pacientes ingresados en centros sociosanitarios y las de los pacientes que pertenecen a mutuas sanitaria, en los que la retirada de medicación se realiza mediante recetas específicas que no quedan registradas en el sistema de receta electrónica.

### CREACIÓN DE UN NUEVO ESTADO EN PRESBIDE (“ST por no recogida en farmacia”)

Hasta ahora una prescripción podía tener tres estados en Presbide:

-  Activa
-  Suspensión temporal
-  Finalizada

Se ha creado un nuevo estado de Suspensión temporal en Presbide:

-  “Prescripción suspendida por no recogida en farmacia”.

### TERAPIA DE PRIVACIÓN DE SUEÑO EN LA DEPRESIÓN

No es éste un tema novedoso; hace muchos años que se conocen los afectos antidepresivos de la privación de sueño, así como su limitado papel terapéutico dada la pérdida de dicho efecto en cuanto se vuelve a dormir. Sin embargo el asunto tiene un indudable interés en la comprensión de posibles factores neurobiológicos subyacentes a la depresión, así que nos ha llamado la atención este artículo, publicado en abierto en *Neuropsychopharmacology*, en el que se revisa el asunto en el contexto de un estudio que trata de identificar factores clínicos y genéticos predictores de respuesta a la privación y su impacto en la evolución posterior.

MENU ▾

## Neuropsychopharmacology

At the intersection of brain, behavior, and therapeutics

Article | [OPEN](#) | Published: 17 May 2018

### Response to therapeutic sleep deprivation: a naturalistic study of clinical and genetic factors and post-treatment depressive symptom trajectory

Nina Trautmann, Jerome C. Foo , Josef Frank, Stephanie H. Witt, Fabian Streit, Jens Treutlein, Steffen Conrad von Heydendorff, Maria Gilles, Andreas J. Forstner, Ulrich Ebner-Priemer, Markus M. Nöthen, Michael Deuschle, Marcella Rietschel & Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium

*Neuropsychopharmacology* **43**, 2572–2577 (2018) | [Download Citation](#) 

Lo que sabemos hasta ahora es que la privación de sueño produce efectos antidepresivos rápidos y significativos en la mayoría de las personas deprimidas, aunque este efecto es pasajero y desaparece cuando el sueño se recupera. Y que este efecto también se produce en alguna medida con la privación selectiva de sueño REM y con el avance de la fase sueño-vigilia. El estudio incluye a 78 pacientes con un episodio depresivo, suponemos que de suficiente gravedad ya que se trata de pacientes hospitalizados, que se compara con 15 pacientes sanos como grupo control. A todos se les mantuvo despiertos durante un periodo de 36 horas consecutivas, desde la seis de la mañana del día 1 hasta las seis de la tarde del día 3, iniciando el sueño de recuperación entre las seis de la tarde y la una de la mañana de ese mismo día. Posteriormente los pacientes fueron sometidos a un avance de fase de sueño de una hora al día hasta alcanzar su patrón regular de sueño. La respuesta se evaluó entre las cuatro y las cinco de la tarde del día 3, justo antes de terminar el periodo de privación, utilizando la CGI. Los síntomas depresivos se evaluaron en los días 1, 4, 10, 17 y 30. Y se realizaron también mediciones del estado de ánimo cada dos horas durante el periodo de privación (mediante una sencilla escala visual analógica).

Más allá de este estudio en particular, el asunto nos ha despertado la curiosidad, esa



Johann Christian August  
Heinroth ca. 1811.

curiosidad de esos asuntos que nos son conocidos pero a la vez tenemos olvidados, y hemos visto que el año pasado el Journal of Clinical Psychiatry publicaba un metaanálisis (que para variar en esta revista está disponible en abierto), y como no podía ser menos hemos aprendido algunas cosas. Por ejemplo, que los efectos antidepresivos de la privación de sueño fueron referidos ya en 1818 por el psiquiatra alemán Johann Christian August Heinroth, y que fue Schulte, en los años 60 del siglo pasado, quien publicó por primera vez un caso clínico mostrando este efecto. Por cierto, Heinroth fue también el “inventor” del término “psicosomático”, allá por 1818. Los resultados del metaanálisis indican que la privación de sueño es efectiva en aproximadamente la mitad de los pacientes, que la privación parcial es igual de efectiva que la completa, que la medicación no influye en la respuesta, y

que la respuesta es similar en depresiones unipolares y bipolares.

### **MEDICAMENTOS Y DEPRESIÓN**

Lo publicaba JAMA en junio; se trata de un estudio en población de EEUU para conocer el grado de prescripción de medicamentos que tienen como posible efecto secundario el inducir depresión y su potencial relación con la presentación de síntomas depresivos. De las casi 30000 personas estudiadas, un 37% tomaba algún fármaco potencialmente inductor de síntomas depresivos. La prevalencia de depresión alcanzó al 15% de los pacientes que

tomaban 3 o más fármacos con dicho efecto secundario, frente a un 4,7% en los que no tomaban ninguno.

**Original Investigation**

FREE

June 12, 2018

**Prevalence of Prescription Medications With  
Depression as a Potential Adverse Effect  
Among Adults in the United States**

Dima Mazen Qato, PharmD, MPH, PhD<sup>1,2</sup>; Katharine Ozenberger, MS<sup>1</sup>; Mark Olfson, MD, MPH<sup>3</sup>

» Author Affiliations | Article Information

JAMA. 2018;319(22):2289-2298. doi:10.1001/jama.2018.6741

Los fármacos potencialmente culpables fueron obtenidos de la base de datos [Micromedex](#). Quizás lo más interesante del artículo estriba en acordarse de que muchas medicaciones de uso habitual, como los inhibidores de la bomba de protones, antihipertensivos, fármacos anticonceptivos o analgésicos cuentan en sus fichas técnicas con efectos secundarios como depresión o ideación suicida. Curiosamente un montón de antidepresivos están en el listado....

**eBox 1. List of Medications with Potential Depression Adverse Effects Identified for Inclusion in Study (N=203)<sup>a</sup>**

**A. Suicidal Symptoms (n=103)<sup>b</sup>**

1. Analgesics (Acetaminophen/Tramadol, Hydroprmorphone, Tapentadol, Tramadol)
2. Anticonvulsants (Carbamazepine, Clonazepam, Diazepam, Ethosuximide, Gabapentin, Lamotrigine, Levetiracetam, Lorazepam, Methsuximide, Oxcarbazepine, Phenytoin, Pregabalin, Topiramate, Valproic Acid, Zonisamide)
3. Antidepressants (Amitriptyline, Amitriptyline/Chlordiazepoxide, Amitriptyline/Perphenazine, Bupropion, Citalopram, Clomipramine, Desipramine, Desvenlafaxine, Doxepin, Duloxetine, Escitalopram, Fluoxetine, Fluoxetine/Olanzapine, Fluvoxamine, Imipramine, Milnacipran, Mirtazapine, Nefazodone, Nortriptyline, Paroxetine, Phenelzine, Protriptyline, Selegiline, Sertraline, Trazodone, Venlafaxine, Vilazodone)
4. Anxiolytics, Hypnotics, and Sedatives (Alprazolam, Butabarbital, Chlordiazepoxide, Clonazepam, Clorazepate, Diazepam, Doxepin, Eszopiclone, Flurazepam, Pentobarbital, Rameelteon, Triazolam, Zaleplon, Zolpidem)
5. Gastrointestinal Agents (Metoclopramide)
6. Hormones/Hormone Modifiers (Finasteride<sup>1</sup>, Leuprolide, Levonorgestrel, Oxandrolone<sup>2</sup>, Progesterone)
7. Respiratory Agents (Montelukast, Ribavirin, Roflumilast, Zafirlukast<sup>3</sup>)
8. Other Therapeutic Classes (Acamprosate, Amantadine, Amodafinil, Aripiprazole, Asenapine, Atomoxetine, Carbidopa/Entacapone/Levodopa, Carbidopa/Levodopa, Ciprofloxacin, Dapsone, Efavirenz, Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir, Iloperidone, Interferon Beta-1a, Interferon Beta-1b, Isotretinoin, Lurasidone, Memantine, Mefloquine, Methylphenidate, Modafinil, Moxifloxacin, Naltrexone, Natalizumab, Olanzapine, Ofloxacin, Peginterferon Alfa-2a, Quetiapine, Raltegravir, Risperidone<sup>4</sup>, Rivastigmine<sup>5</sup>, Sibutramine, Tetrabenazine, Varenicline)

**B. Depressive (Non-Suicidal) Symptoms (n=100)<sup>c</sup>**

1. Analgesics (Cyclobenzaprine, Fentanyl, Acetaminophen/Hydrocodone, Ibuprofen, Indomethacin, Morphine, Nabumetone, Oxycodone)
2. Antihypertensives (Atenolol, Atenolol/Chlorthalidone, Betaxolol, Bendroflumethiazide/Nadolol, Brimonidine, Brimonidine/Timolol, Dorzolamide/Timolol, Enalapril, Hydrochlorothiazide/Metoprolol, Hydrocodone, Metolazone, Metoprolol, Nisoldipine, Quinapril, Telmisartan, Timolol, Trandolapril)
3. Corticosteroids (Betamethasone, Cortisone, Dexamethasone, Methylprednisolone, Prednisolone, Prednisone, Triamcinolone)
4. Gastrointestinal Agents (Atropine/Diphenoxylate, Cimetidine, Dexlansoprazole, Esomeprazole, Famotidine, Omeprazole, Ranitidine)
5. Hormones/Hormone Modifiers (Anastrozole, Bicalutamide, Cabergoline, Conjugated Estrogens, Conjugated Estrogens/Medroxyprogesterone, Desogestrel/Ethinyl Estradiol, Dienogest/Estradiol, Drospirenone/Ethinyl Estradiol, Drospirenone/Ethinyl Estradiol/Levomefolate, Esterified Estrogens, Esterified Estrogens/Methyltestosterone, Estradiol, Estradiol/Norethindrone, Estropipate, Ethinyl Estradiol/Ethinodiol, Ethinyl Estradiol/Etonogestrel, Ethinyl Estradiol/Levonorgestrel, Ethinyl Estradiol/Norethindrone, Ethinyl Estradiol/Norgestimate, Ethinyl Estradiol/Norgestrel, Etonogestrel, Exemestane, Goserelin, Hydroxyprogesterone, Medroxyprogesterone, Megestrol, Norethindrone, Tamoxifen, Testosterone)
6. Respiratory Agents (Cetirizine<sup>7</sup>)
7. Other Therapeutic Classes (Abacavir/Lamivudine, Acebutolol, Acitretin, Amphetamine/Dextroamphetamine, Baclofen, Benzphetamine, Cinacalcet, Clonidine, Cyclosporine, Dantrolene, Dexmethylphenidate, Donepezil, Dronabinol, Emtricitabine, Erlotinib, Flecainide, Fluphenazine<sup>8</sup>, Galantamine, Haloperidol, Maraviroc, Methylidopa, Metolazone, Metronidazole, Oxycbutynin<sup>9</sup>, Phentermine<sup>9</sup>, Pimozide, Prazosin, Propafenone, Propranolol, Rasagiline, Rotigotine, Sorafenib, Tizanidine)

## NOCEBOS

Este artículo, publicado por BMC en abierto, revisa el efecto nocebo en los participantes que caen en la rama de placebo en los ensayos clínicos. Es decir, la aparición de efectos adversos atribuibles a la intervención, que en este caso es un placebo. Existen diversas explicaciones al efecto nocebo, incluyendo las más obvias, como la atribución al tratamiento de un problema casual que hubiera ocurrido de todas maneras, o las expectativas que crean los consentimientos informados sobre la posible aparición de efectos adversos y predisponen a referirlos.

Howick et al. *Trials* (2018) 19:674  
<https://doi.org/10.1186/s13063-018-3042-4>

Trials

REVIEW

Open Access

### Rapid overview of systematic reviews of nocebo effects reported by patients taking placebos in clinical trials



Jeremy Howick<sup>1</sup>, Rebecca Webster<sup>2</sup>, Nigel Kirby<sup>3</sup> and Kerry Hood<sup>1\*</sup>

La revisión sugiere que casi la mitad de los participantes en ensayos clínicos en la rama de placebo experimenta efectos adversos que atribuyen a la intervención (o sea, al placebo). Y uno de cada 20 se cae del ensayo por intolerancia. Sin embargo, la comparación de este grupo de pacientes con otros que no reciben ninguna intervención (ni siquiera placebo), sugiere que la historia natural de síntomas que coinciden con la intervención no explica, al menos del todo, los efectos adversos que presentan los pacientes del grupo placebo en ensayos clínicos, y que la información sobre posibles efectos adversos que los participantes reciben puede ser muy

relevante en su aparición. Los autores establecen algunas recomendaciones para reducir los efectos adversos en los grupos de placebo en ensayos clínicos, incluyendo modificar los consentimientos informados para que sean “menos sugerentes” en relación con los posibles efectos adversos. Esto es más importante de lo que pueda parecer, porque la posible sobreestimación de efectos adversos en los grupos placebo conlleva una infraestimación de los que ocurren en la rama de tratamiento activo; es decir, las diferencias en seguridad entre la intervención y la no intervención quedarían, hasta cierto punto, minimizadas.

## NOCEBO EFFECT

a harmless thing that causes harm  
because you believe it's harmful



### ALUCINÓGENOS Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Es una revisión sobre lo que se sabe de los efectos de cinco alucinógenos clásicos en el tratamiento de las adicciones. Lo publica Psychiatric Times, en un formato de presentación tipo PPT, extremadamente conciso e informativo. Incluye al LSD, la psilocibina, la DPT, la mescalina y la ayahuasca, algunos usados desde hace siglos o milenios en prácticas chamánicas o religiosas de diversos tipos e incorporadas a la cultura psicodélica y a la psiquiatría psicodélica como coadyuvante en la psicoterapia.

## 5 Classic Hallucinogens Studied in the Treatment of Addictions

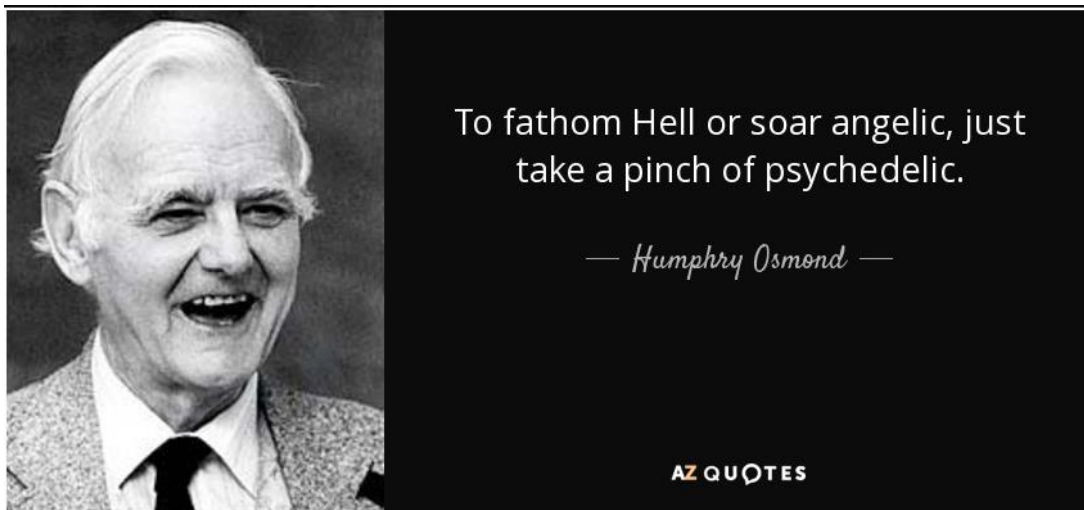
By Michael P. Bogenschutz, MD

Dec 13, 2018

Addiction,

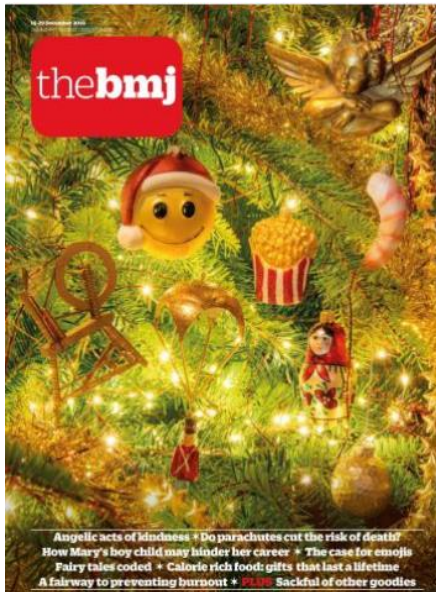


En todo caso la propuesta de usar alucinógenos en el tratamiento, por ejemplo del alcoholismo, data ya de los años 50, unos pocos después de la síntesis del LSD por Hoffman, con pioneros como Humphry Osmond (que introdujo a Aldous Huxley en el uso de la mescalina) y Abram Hoffer.



## NAVIDAD Y EL BMJ

Como cada año en estas fechas, nos hacemos eco del clásico número navideño del BMJ cuya tradición de publicar artículos más o menos gamberros y/o de corte más humanista ha sido también seguida por otras publicaciones.



Entre los más humanistas, un editorial titulado “Rethinking Medicine”, que reflexiona sobre los problemas de la medicina en el mundo actual, al menos en los países desarrollados, en el que un modelo médico mal entendido lleva al sistema a la deshumanización y defiende la necesidad de incorporar elementos psicosociales a la práctica médica habitual, incluyendo condicionantes sociales como el empleo, la pobreza o la educación.

O la importancia de esos pequeños actos de amabilidad en nuestro trabajo cotidiano, gestos cuya importancia para los pacientes son mucho más importantes de lo que pensamos. Y de los que nos hacemos conscientes cuando nos toca estar al “otro lado”.



BMJ 2018;363:k4987 doi: 10.1136/bmj.k4987 (Published 13 December 2018)

Page 1 of 2



## EDITORIALS

CHRISTMAS 2018

### Rethinking medicine

There's something going on out there

Martin Marshall *vice chair Royal College of General Practitioners*<sup>1</sup>, Jocelyn Cornwell *chief executive*<sup>2</sup>, Alf Collins *clinical director*<sup>3</sup>, on behalf of the [Rethinking Medicine Working Group](#)

<sup>1</sup>Department of Primary Care and Population Health, UCL Medical School, London, UK; <sup>2</sup>Point of Care Foundation, London, UK; <sup>3</sup>Personalised Care Group, NHS England, London, UK

**Feature** » Christmas 2018: Christmas Spirit

## Small acts of kindness

*BMJ* 2018 ; 363 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k5136> (Published 10 December 2018)

Cite this as: *BMJ* 2018;363:k5136



Entre los artículos más gamberros, este ensayo clínico que compara los efectos de lanzarse desde un avión con paracaídas con los de un grupo control que se lanza a pelo, sin paracaídas.

Ambos grupos compartieron condiciones de altitud y velocidad del avión, en este caso 0,6 metros de altura y 0 km por hora. Se concluye que el uso de paracaídas no reduce los riesgos de muerte o traumatismos graves, y que en todo caso habrá que replicar el estudio en distintas condiciones de altitud y velocidad.



**Research** » Christmas 2018: Look Before You Leap

### Parachute use to prevent death and major trauma when jumping from aircraft: randomized controlled trial

*BMJ* 2018 ; 363 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k5094> (Published 13 December 2018)

Cite this as: *BMJ* 2018;363:k5094

El Australian Medical Journal, siguiendo esta estela, publica este artículo que ha tenido cierta difusión incluso en medios de información generalistas como El Mundo. El estudio revisa el patrón de los consumos de alcohol por parte de James Bond en todas sus películas desde hace seis décadas, y básicamente concluye que tiene un grave alcoholismo y que debería buscar ayuda. De especial interés es su frecuente implicación en conductas de riesgo tras consumos importantes de alcohol, tales como conducir, desactivar bombas nucleares, interaccionar con animales peligrosos o acostarse con enemigas.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA

BOOKSHOP MJA INSIGHT

# MJA

ONLINE FIRST CURRENT ISSUE ARCHIVE PODCASTS CAREERS ARTICLE TYPES FOR AUTHORS

Advertisement

**CHRISTMAS COMPETITION / JOINT WINNER**

## Licence to swill: James Bond's drinking over six decades

Nick Wilson, Anne Tucker, Deborah Heath and Peter Scarborough  
Med J Aust 2018; 209 (11): 495-500. || doi: 10.5694/mja18.00947  
Published online: 10 December 2018

### LA REAL EXPEDICIÓN FILANTRÓPICA DE LA VACUNA



Busto de Francisco Javier Balmis en la Facultad de Medicina de la UMH en San Juan de Alicante.

Pues esto no tiene nada que ver con nuestras boticas, pero como nos ha gustado, os lo contamos. La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna fue una especie de misión benéfica y filantrópica, encabezada por el médico alicantino Francisco Javier Balmis, y que tuvo como objetivo el de llevar la recién descubierta vacuna contra la viruela (por Edward Jenner, en 1796) por todo el mundo español en aquellos tiempos, que era mucho mundo. Así que Balmis convenció a Carlos IV (que había perdido a una de sus hijas por esa enfermedad) para que financiara la expedición, que salió de La Coruña y recorrió medio mundo entre 1803 y 1814 en lo que puede considerarse la primera expedición sanitaria internacional de la historia. Expedición rumbo a las américas y Filipinas, en la que se embarcaron también 22 niños (todos chicos y huérfanos, varios de tres años de edad) que se utilizaron como reservorio de la vacuna, en una especie de cadena humana: *cada*

*semana se inoculaban dos de ellos con el material obtenido de las pústulas de los vacunados la semana anterior.* Ninguno de esos niños regresó a Galicia, aunque que se sepa sólo falleció uno, parece que fueron recogidos por el camino en hospicios y después adoptados. Podéis leer un excelente resumen de la historia de estos niños aquí.

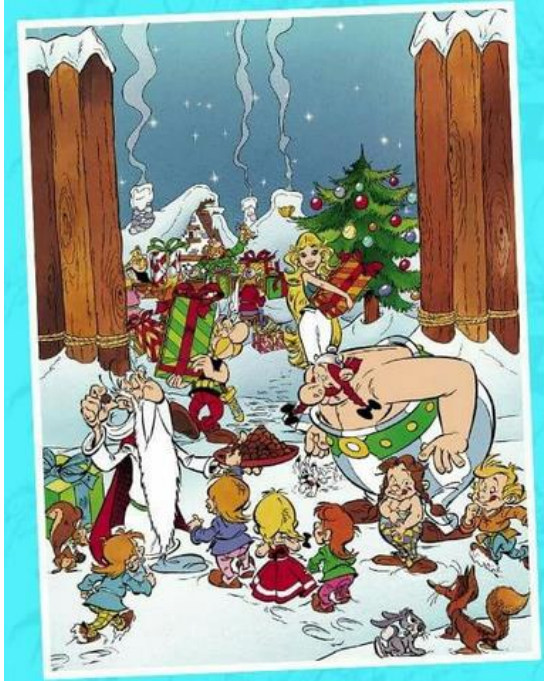
Un problema fundamental en ese viaje fue el de cómo cuidar, vigilar y tener entretenidos a 22 niños pequeños en un barco, tarea que se encomendó a Isabel Zendal, rectora de la inclusa del Hospital de la Caridad de la ciudad de La Coruña, y que fue reconocida por la OMS como la primera mujer enfermera en misión internacional.



Esta iniciativa salvó sin dudas miles de vidas, en unos tiempos en los que la vida era mucho más penosa e incierta que ahora, en la que la gente se permite hacer objeción de conciencia para vacunar a sus hijos, que quizás terminen por, involuntariamente, convertirse en los nuevos reservorios de enfermedades que creíamos casi extintas, como la poliomielitis, o a nuevos casos de muertes por enfermedades que ya creíamos poco frecuentes e inofensivas, como el sarampión.



**FELIZ NAVIDAD**



Pues eso, que os deseamos Feliz Navidad a todos. Nos sumamos muy especialmente al comentario que recoge el BMJ, y que da valor a esos pequeños actos de amabilidad que a todos nos hacen más fáciles la vida, pero que en el caso de nuestros pacientes y sus familias resultan de una importancia inmensa, especialmente cuando están en situaciones dolorosas, inciertas y de enorme indefensión.

Y también en la necesidad de repensar la medicina, esa que hace ya años Skrabaneck decía que había perdido su rostro humano:

*Yo he descubierto que son las cosas pequeñas de las acciones diarias de las personas ordinarias lo que mantiene a raya a la oscuridad. Actos simples de amabilidad y amor.*

*El Hobbit, un viaje inesperado*

**©RSMB2015201620172018**

**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)*

*Lorem Nativitatis*

*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*