



- TRATAMIENTO DEL TDAH CON PSICOESTIMULANTES Y RIESGO DE PSICOSIS
- ¿CUÁL ES LA DOSIS ÓPTIMA DE LOS ANTIDEPRESIVOS?
- UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS EN ESPAÑA DURANTE EL PERIODO 2010-2018
- EFECTOS SEXUALES ADVERSOS DE LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA
- MÉTODOS PARA REDUCIR EL USO DE PSICOFÁRMACOS EN PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS
- RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN DE PROBLEMAS DE SUMINISTRO
- DULOXETINA Y DAÑO HEPÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO
- LA CASA DE DIOS CUMPLE 40 AÑOS
- TINTÍN EN LA TIERRA DE LOS FÁRMACOS
- NOVEDADES EN PRESBIDE

TRATAMIENTO DEL TDAH CON PSICOESTIMULANTES Y RIESGO DE PSICOSIS

El estudio, publicado en el último número de *Lancet Psychiatry*, aborda la cuestión de si el tratamiento con psicoestimulantes del TDAH (concretamente con metilfenidato) incrementa el riesgo de psicosis. El artículo merece también [un comentario editorial en la misma revista](#).

ARTICLES | [ONLINE FIRST](#)

Methylphenidate and the risk of psychosis in adolescents and young adults: a population-based cohort study

[Prof Chris Hollis, FRCPsych](#) • [Qi Chen, PhD](#) • [Zheng Chang, PhD](#) • [Patrick D Quinn, PhD](#) • [Alexander Viktorin, PhD](#) • [Prof Paul Lichtenstein, PhD](#) • et al. [Show all authors](#)

[Open Access](#) • Published: June 17, 2019 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30189-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30189-0)



Hollis y sus colaboradores utilizan los registros poblacionales suecos (son una mina, estos registros, en los países nórdicos) para revisar más de 23000 pacientes y examinar la incidencia de síntomas psicóticos 12 semanas antes, 12 semanas después y un año después de comenzar el tratamiento con metilfenidato. Los resultados no muestran un incremento del riesgo de síntomas psicóticos a corto o largo plazo tanto en pacientes sin antecedentes de clínica psicótica previa como en los que tienen antecedentes. De hecho los resultados sugieren que podría incluso disminuir este riesgo, especialmente en los pacientes con antecedentes de

psicosis. Los autores reconocen limitaciones en el estudio, como el registro de las dosis, la adherencia real al tratamiento o el tratamiento coadyuvante con medicación antipsicótica.

COMMENT | [ONLINE FIRST](#)

ADHD medication treatment and risk of psychosis

Lily Hechtman 

Open Access • Published: June 17, 2019 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30248-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30248-2) •

 Check for updates

¿CUÁL ES LA DOSIS ÓPTIMA DE LOS ANTIDEPRESIVOS?

También en Lancet Psychiatry, [tanto el artículo](#) como [el comentario](#).

Optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors, venlafaxine, and mirtazapine in major depression: a systematic review and dose-response meta-analysis

Toshi A Furukawa, Andrea Cipriani*, Philip J Cowen, Stefan Leucht, Matthias Egger, Georgia Salanti*

El comentario reconoce que es el estudio más exhaustivo jamás realizado al respecto; se trata de un metaanálisis acerca de las dosis idóneas para obtener la mejor respuesta clínica de antidepresivos ISRS, venlafaxina y mirtazapina. La conclusión es que los ISRS funcionan mejor cuando se utilizan en la dosis media-baja dentro del rango de dosis para el que tienen autorización.

La revisión sistemática identificó 28554 registros (24524 publicados y 4030 no publicados), de los que se evaluaron 561 registros publicados y 121 no publicados. Finalmente se incluyeron 77 estudios con más de 19000 participantes.

En el caso de los estudios que incluían ISRS (99 grupos de tratamiento) la curva de dosis-eficacia mostró un aumento gradual hasta alcanzar dosis entre 20 mg y 40 mg equivalentes de fluoxetina y una tendencia a disminuir según se iban alcanzando las dosis más altas autorizadas (hasta 80 mg equivalentes de fluoxetina). En general, y quizás como parece sensato, las dosis mayores no obtenían una respuesta clínica mejor pero sí muchos más efectos secundarios y abandonos del tratamiento.

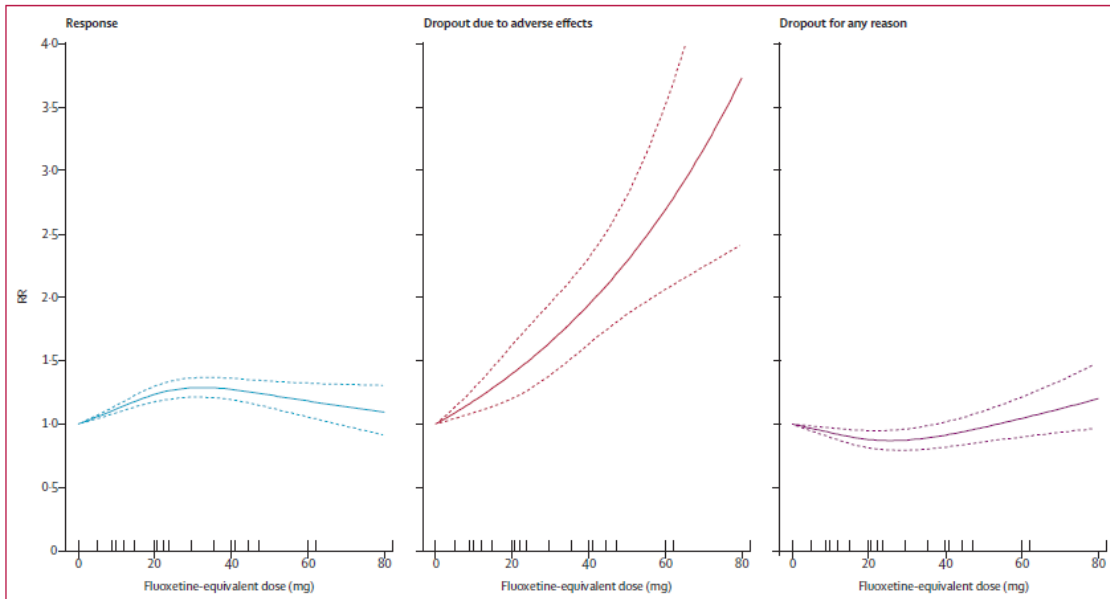


Figure 2: Dose-outcome relationships for selective serotonin reuptake inhibitors (99 treatment groups)
RR=risk ratio. Each tick on the x-axis represents the dose examined in a treatment group. The dotted lines represent 95% CIs.

En el caso de la venlafaxina (16 grupos de tratamiento) la relación dosis-eficacia se incrementa hasta alcanzar los 75 a 150 mg mientras que la eficacia de mirtazapina (11 grupos de tratamiento) aumenta hasta alcanzar los 30 mg. Tanto la venlafaxina como la mirtazapina muestran su mejor relación entre beneficio clínico y efectos secundarios y abandonos en el rango más bajo de su dosis autorizada. La conclusión: para los antidepresivos de segunda generación más utilizados, el rango más bajo de la dosis autorizada logra el equilibrio óptimo entre eficacia, tolerabilidad y aceptabilidad en el tratamiento agudo de la depresión mayor.

	Bollini et al (1999) ⁵	Jakubovski et al (2016) ⁷	Hayasaka et al (2015) ¹⁶	Medical Expenditure Panel Survey (2009, 2018) ^{14,15}	Defined daily dose (2006) ¹⁷	Current study
Citalopram	30	33.3	--	25.2	20	20
Escitalopram	--	16.7	9	12.3	10	9
Fluoxetine	20	20	20	31.0	20	20
Paroxetine	20	20	17	30.4	20	17
Sertraline	83	120	49.3	72.0	50	49.3
Venlafaxine	100	--	74.7	133.1	100	74.7
Mirtazapine	--	--	25.5	19.1	30	25.5

Table 1: Antidepressant dose equivalence (mg) according to previous studies

A veces hacen falta, parece, esfuerzos titánicos como el de este estudio para obtener respuestas que más o menos ya sabemos desde la experiencia del día a día: que salvo casos excepcionales, las personas que no responden a la dosis estándar de un antidepresivo (y en

general de otros psicofármacos) no suelen responder a dosis elevadas y sí suelen manifestar muchos más efectos secundarios.

UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS EN ESPAÑA DURANTE EL PERIODO 2010-2018

El informe lo publica la AEMPS y lo comenta Acta Sanitaria con este titular:

POLÍTICA Y SOCIEDAD

A PESAR DE QUE SIGUE SIENDO MAYOR QUE EN 2010

La tasa de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en 2018 fue la más baja en cinco años



— MADRID 28 JUN, 2019 - 1:29 PM

En concreto, su consumo se ha seguido incrementando desde 2010 a 2017 y es en 2018 cuando esta tendencia parece invertirse (aunque harán falta más años para ver si es eso, una tendencia). Entre el lorazepam (casi un 40% de prescripciones) y el alprazolam (casi un 28%) se llevan casi el 70% de prescripciones. En el caso de los hipnóticos el lormetazepam gana por goleada, con un 70%, seguido del zolpidem con un 22,6%. Resulta curioso ver que un mercado en su momento tan competitivo, con docenas de benzodiazepinas y varios Z para elección del consumidor se haya convertido en un práctico oligopolio que copa todo el mercado. Y que lo haya hecho, parece, por mera selección natural, ya que la promoción comercial de este tipo de medicamentos es hoy en día nula.



Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios - AEMPS

La AEMPS Medicamentos de uso humano Medicamentos veterinarios Productos sanitarios Cosméticos y cuidado personal Industria

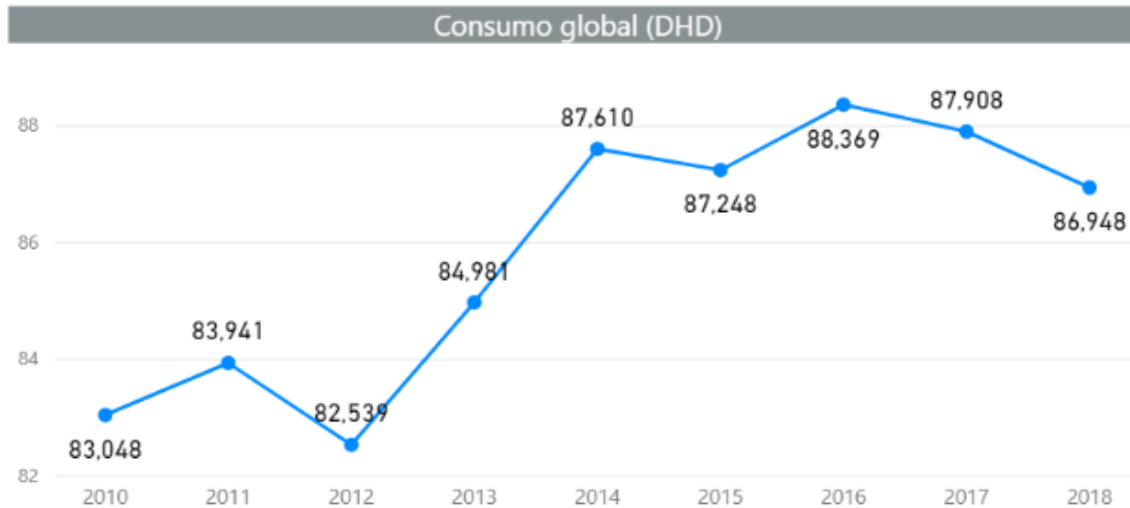
Portada Medicamentos de uso humano

Inicio Medicamentos de uso humano Observatorio de uso de medicamentos Informes publicados

CIMA: Centro de Información Online de Medicamentos de la AEMPS

Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2010-2018

La pregunta es, ¿se consumen demasiados ansiolíticos e hipnóticos? ¿Se prescriben y consumen de manera inadecuada? ¿A qué pacientes benefician, a cuáles no benefician y a quiénes perjudican? ¿Disponemos de otras alternativas razonables?



EFFECTOS SEXUALES ADVERSOS DE LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA

En este caso, concretamente, de la medicación antipsicótica atípica, y más concretamente de alguna medicación antipsicótica atípica. Porque los antipsicóticos, clásicos o modernos, jamás han sido demasiado buenos compañeros de cama (en general todos los psicofármacos, con honrosas excepciones). Las razones o mecanismos fisiopatológicos pueden ser variados e implicar a diversos circuitos y receptores centrarles o periféricos, así como los efectos concretos, desde el deseo inhibido, la impotencia, la anorgasmia, la eyaculación retrógrada, etc. etc.

Psychopharmacology for the Clinician

The information in this column is not intended as a definitive treatment strategy but as a suggested approach for clinicians treating patients with similar histories. Individual cases may vary and should be evaluated carefully before treatment is provided. The patient described in this column is a composite with characteristics of several real patients.

Management of sexual adverse effects induced by atypical antipsychotic medication

tion of motivation and reward.³ Furthermore, antagonism of D2 receptors in the tuberoinfundibular pathway can



olanzapine, quetiapine),^{9,10} augmenting with aripiprazole,⁹ or adding phosphodiesterase inhibitors specifically to treat

Este artículo, o mejor dicho nota clínica, que publica el Journal of Psychiatry Neurosciences ilustra con un caso el manejo de los efectos sexuales adversos asociados a la hiperprolactinemia, un problema común pero a menudo poco reconocido clínicamente. Entre los antipsicóticos atípicos fármacos como el amisulpride, la risperidona o la paliperidona provocan este efecto con más frecuencia e intensidad, mientras que la olanzapina, la clozapina, la quetiapina y el aripiprazol son mucho más benévolos al respecto. El artículo presenta el caso clínico de un varón joven que, tras iniciar tratamiento con risperidona inyectable de liberación prolongada, presenta anorgasmia y reducción de la libido asociado a un muy relevante incremento de la prolactina. La reducción de la dosis del inyectable no solucionó el problema, a la par que reapareció sintomatología psicótica. Un cambio gradual a aripiprazol fue efectivo tanto para normalizar la función sexual como para controlar los síntomas psicóticos.

MÉTODOS PARA REDUCIR EL USO DE PSICOFÁRMACOS EN PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

El artículo original lo publica la revista Journal of American Geriatrics Society e intervienen algunos autores españoles; y es que el estudio se ha realizado en 45 residencias del grupo Sanitas en España.

Comparing Three Methods for Reducing Psychotropic Use in Older Demented Spanish Care Home Residents

William B. Weeks, MD, PhD, MBA,  Manish K. Mishra, MD, MPH,* David Curto, MD, MBA,†
Curtis L. Petersen, MPH,*  Pedro Cano, MD,† Yulin Hswen, MPH,‡
Silvia Villamarín Serra, MSc,† Glyn Elwyn, MD, PhD, MSc,*
Marjorie M. Godfrey, PhD, MS, BSN,* Pedro Sánchez Soro, MSc, MBA,† and
José Francisco Tomás, MD†*

Partimos de la base de que existe un uso excesivo de psicofármacos en personas mayores, y que este uso es especialmente elevado en residencias de mayores. A pesar de que innumerables guías y recomendaciones desaconsejan el uso de psicofármacos como tratamiento de primera línea de los síntomas conductuales de la demencia, la realidad es bien distinta. En España es particularmente frecuente el uso de antipsicóticos, cuya efectividad y seguridad en esta indicación es más que cuestionable.

El estudio evalúa el impacto de varias intervenciones diseñadas para mejorar la prescripción de psicofármacos con el objetivo de incorporar dichas intervenciones en su modelo asistencial residencial.

Entre las medidas evaluadas está la aplicación de los criterios STOPP/START (*Screening Tool of Older Persons' Prescriptions-STOPP/Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment START*), ya mencionados en alguna o varias ocasiones en este boletín, criterios de amplia difusión pero seguramente de escasa aplicación. Presentados por primera vez en 2008, cuentan con una actualización en 2014.

Los autores encuentran que ha sido la intervención más efectiva para mejorar la prescripción y resaltan que abordar la utilización excesiva de psicofármacos en pacientes mayores con demencia en residencias de mayores (y muy probablemente los que no tiene demencia) debe ser una prioridad.

A continuación, y aunque sea un poco larga, reproducimos la tabla de criterios STOPP relativos a SNC:

Sección D. Sistema nervioso central y psicótropos

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC) en presencia de demencia, glaucoma de ángulo estrecho, trastornos en la conducción cardiaca, prostatismo o antecedentes de retención urinaria (riesgo de empeoramiento de estas enfermedades)
2. Introducción de ATC como tratamiento antidepresivo de primera línea (mayor riesgo de efectos secundarios con ATC que con ISRS o ISRN)
3. Neurolépticos con efectos antimuscarínicos moderados-graves (clorpromazina, clozapina, flupentixol, flufenazina, pipotiazina, promazina, zuclopentixol) con antecedentes de prostatismo o retención urinaria (alto riesgo de retención urinaria)
4. ISRS con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico <130mmol/l) (riesgo de precipitar o exacerbar una hiponatremia)
5. Benzodiazepinas durante ≥ 4 semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados; riesgo de sedación prolongada, confusión, pérdida de equilibrio, caídas, accidentes de tráfico; todas las benzodiazepinas deberían suspenderse de forma gradual si el tratamiento ha superado las 4semanas, ya que al suspenderse de forma brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia)
6. Antipsicóticos (distintos de quetiapina o clozapina) en pacientes con parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extrapiramidales graves)
7. Anticolinérgicos/antimuscarínicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos (riesgo de toxicidad anticolinérgica)
8. Anticolinérgicos/antimuscarínicos en pacientes con delirium o demencia (riesgo de

empeoramiento de la cognición)

9. Neurolépticos en pacientes con síntomas de comportamiento y psicológicos de la demencia, salvo que estos sean graves y no respondan a otros tratamientos no farmacológicos (aumento del riesgo de ictus)

10. Neurolépticos como hipnóticos, salvo que el trastorno del sueño se deba a psicosis o demencia (riesgo de confusión, hipotensión, efectos secundarios extrapiramidales, caídas)

11. Inhibidores de la acetilcolinesterasa con antecedentes de bradicardia persistente (<60lpm), bloqueo cardiaco o síncope recurrentes de etiología no explicada o tratamiento simultáneo con fármacos que bajan la frecuencia cardiaca como betabloqueantes, digoxina, diltiazem, verapamilo (riesgo de trastornos de la conducción cardiaca, síncope o lesiones)

12. Fenotiazinas como tratamiento de primera línea, ya que existen alternativas más seguras y eficaces (las fenotiazinas son sedantes y producen toxicidad antimuscarínica relevante en los mayores, con la excepción de la proclorperazina para el tratamiento de náuseas/vómitos/vértigo, clorpromazina para el hipo persistente y levomepromazina como antiemético en cuidados paliativos)

13. Levodopa o agonistas dopaminérgicos para el temblor esencial (no hay evidencia de eficacia)

14. Antihistamínicos de primera generación (existen muchos antihistamínicos más seguros y menos tóxicos)

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN DE PROBLEMAS DE SUMINISTRO



Los problemas de suministro de medicamentos se han convertido en un problema habitual; problema que se complica aún más cuando los médicos nos enteramos de la falta del medicamento en farmacia cuando nos lo cuentan los pacientes. No siempre estos problemas están recogidos en la Web de la AEMPS y en muchos casos no es sencillo conocer a ciencia cierta la prevista duración del problema o la información disponible termina resultando no fiable.

4 July 2019
EMA/632473/2018

Good practice guidance for communication to the public on medicines' availability issues

Recommendations for EU national competent authorities and EMA to ensure adequate public information

Parece que es un problema de suficiente importancia para que [la Red de Agencias de Medicamentos y la EMA hayan publicado recomendaciones para mejorar la comunicación de los problemas de suministro](#), especialmente:

- [Guía para Titulares de Autorización de Comercialización de medicamentos \(TAC\) para comunicar problemas de suministro en la UE](#) .
- [Guía de buenas prácticas para informar sobre problemas de suministro al público](#) .

DULOXETINA Y DAÑO HEPÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

La duloxetina es un antidepresivo de prescripción relativamente frecuente, en este momento 1830 pacientes en tratamiento en la RSMB están tomando ese fármaco. Y con indicaciones diversas, relacionadas sobre todo con el abordaje del dolor, más allá de la depresión, lo que nos hace pensar que su uso está extendido también en otros ámbitos asistenciales más allá de salud mental. Un efecto adverso relativamente común es la elevación de las enzimas hepáticas; de forma mucho más excepcional se ha descrito daño hepático y hepatotoxicidad.

Se presenta un caso clínico en el que la hepatotoxicidad se produce de forma dosis-dependiente, al incrementar en tres días la dosis inicial de 40 mg (bien tolerada) a 60 mg. Tras la retirada del tratamiento la función hepática retornó a la normalidad.

Case Report

Dangers of Rapid Dosing: A Case of Dose-Dependent Drug-Induced Liver Injury From Duloxetine

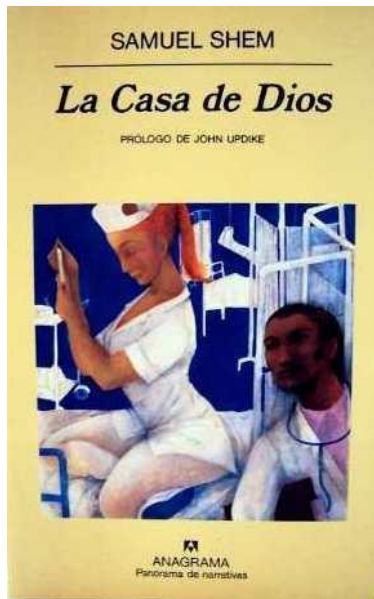
Areef S. Kassam, MD, MPA^{a,b,*}; E. Ann Cunningham, DO^{a,b}; and Shaina E. Musco, PharmD^{c,d}

En la discusión el autor señala como sospechoso a un metabolito de la duloxetina, aunque dada la infrecuencia de este efecto adverso es de pensar que deben existir circunstancias idiosincráticas que lo desencadenen, aunque igual es mejor andar con cuidado, especialmente en personas con factores de riesgo y función hepática ya comprometida.

LA CASA DE DIOS CUMPLE 40 AÑOS

Un libro que tuvo (y en cierta medida sigue teniendo) una enorme influencia en la percepción de la práctica médica, especialmente en la hospitalaria. En algún sentido precursor de la

mordacidad y el cinismo de House, lejos de la imagen del médico y la medicina idealizada por otras series y películas.



Sin ninguna concesión a la corrección política, hizo famoso el término Gomer, siglas para *Get Out of My Emergency Room*, y que describe a aquellos pacientes que hoy llamaríamos frágiles y/o pluripatológicos o crónicos complejos, o algo así. Personas mayores con muchas patologías distintas, ninguna mortal de manera inmediata y que consumen un montón de recursos sanitarios. Las Leves de la Casa de Dios incluyen cosas como:

En caso de parada cardiaca lo primero que tienes que hacer es tomarte a ti mismo el pulso.

Actualizadas en 2016, esta norma se convierte en:

En caso de parada cardiaca, comprueba que no es tu paciente y asegúrate de no darle compresiones cardiacas

New Online Views **10,822** | Citations **0** | Altmetric **203**

The Arts and Medicine

ONLINE FIRST **FREE**

July 10, 2019

The House of God at Age 40—An Appreciation

Jeremy Samuel Faust, MD, MS¹

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

JAMA. Published online July 10, 2019. doi:10.1001/jama.2019.8156

JAMA se hace eco de la efemérides con un comentario en la sección de humanidades y otra del propio Samuel Shem (en realidad un seudónimo de Stephen Bergman, el psiquiatra que escribió el libro). Salvando las distancias entre la sanidad americana y la nuestra, especialmente en un hospital de Boston en los años 70, es posible que sigan vigentes algunas de las cuestiones que el libro, de forma en extremo cruda y mordaz, exponía. Y otras nuevas que no existían en los años 70. Como el mismo Shem dice:

Today, a good doctor is one “who can contort his or her body to touch-type while still making eye-contact.”

O sea: hoy en día un buen médico es aquel capaz de encontrar la postura para teclear en el ordenador a la vez que mantiene el contacto visual con su paciente.

Así que en los planes de formación debiéramos incluir la mecanografía para no tener que mirar el teclado mientras escribes.

THE ARTS AND MEDICINE

Basch Unbound—*The House of God* and Fiction as Resistance at 40

Stephen Bergman, MD, DPhil

TINTÍN EN EL PAÍS DE LOS FÁRMACOS

Curiosa carta publicada por la revista *Therapie*; los autores revisan los 24 álbumes de Tintín en busca de referencias a medicamentos y drogas desde un punto de vista de análisis farmacológico y más curioso aún, de farmacovigilancia. Identifican distintos medicamentos propios de la época, incluyendo la quinina (el Tintín en el Congo y los Cigarros del Faraón), el

LETTER TO EDITOR

Tintin in the Land of Drugs: A pharmacological, pharmacovigilance approach[☆]

Keywords Adventures of Tintin; Comics; Drugs; Drug safety; Pharmacovigilance

Abbreviations

nadie tomó nota. Sin embargo, en un aventura posterior (Tintín en la Luna), Hernández y Fernández vuelven a tomar aspirina y vuelven a sufrir una marcada hipertricosis.

cloroformo (en Tintín y los Soviets y en el Loto Azul) o el opio (en Los Cigarros del Faraón, el Loto Azul y el Cangrejo de las Pinzas de Oro).

En Tintín en el País del Oro Negro, Hernández y Fernández sufren un curioso efecto secundario tras tomar aspirina, una marcada hipertricosis. Dado que en 1947 no existían los comités de farmacovigilancia,



Los efectos de la quinina sobre la malaria



Los autores señalan acertadamente que la recurrencia del mismo e inhabitual efecto adverso tras re exposición al mismo fármaco permite deducir claramente causa-efecto. En todo caso no existe ningún otro caso de hipertrichosis asociada a aspirina en los más de 120000 efectos adversos recogidos en la base de datos de la OMS-ICSR.

Un caso espectacular de Hipertrichosis. En todo caso, al menos en la primera exposición la aspirina

no era aspirina, sino una sustancia denominada Fórmula 14 camuflada

NOVEDADES EN PRESBIDE

La Dirección de Asistencia Sanitaria informa de la implantación en Presbide de una nueva función que permite pasar de forma automatizada a Suspensión Temporal las prescripciones crónicas sin recogida de medicación en oficina de farmacia en los últimos ocho meses. El objetivo es depurar el historial medicamentoso de los pacientes para adecuar lo que figura en Presbide a la realidad de lo que el paciente toma evitando problemas de seguridad. Se estima que supondrá el paso a suspensión temporal de aproximadamente 82 mil prescripciones que los pacientes no están tomando.

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).

La nota informativa cuenta los resultados de una intervención previa similar, en diciembre de 2018, en la que se intervino sobre unas 185000 prescripciones, de las que tres meses después:

- 164 mil prescripciones estaban finalizadas (88,6%).
- 21 mil (11,4%) se habían vuelto a reactivar por los clínicos.
- Se habían creado 7 mil prescripciones a demanda en pacientes que antes tenían dicha prescripción como crónica (fundamentalmente analgésicos, AINE e IBP).

Más información en la [intranet](#) de Osakidetza

SMB20152016201720182019

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

Conseutudinius magna vis est

ARCHIVO

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