



- OPIOIDES, DOLOR NO ONCOLÓGICO E INTERACCIONES CON PSICOFÁRMACOS
- LAS MAFIAS DEL RIVOTRIL E INSTRUCCIÓN AL RESPECTO DE LA DIRECCIÓN DE FARMACIA
- ¿CUÁLES SON LOS ARTÍCULOS PSIQUIÁTRICOS MÁS CITADOS?
- ¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA DE LA PSICOTERAPIA BASADA EN LA EVIDENCIA?
- BOLETÍN INFAC, VALPROICO Y EMBARAZO
- INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C Y EL SIDA
- PRESCRIPCIÓN DE CLOZAPINA Y POLIFARMACIA ANTIPSICÓTICA
- TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO DE LA ESQUIZOFRENIA (O ESQUIZOFRENIA-LIKE) DE INICIO TARDÍO
- ANTIDEPRESIVOS E HIPERPROLACTINEMIA
- LITIO Y LACTANCIA

OPIOIDES, DOLOR NO ONCOLÓGICO E INTERACCIONES CON PSICOFÁRMACOS

Existe una preocupación creciente en torno a los riesgos de la prescripción de opioides para el tratamiento del dolor no oncológico, riesgos que van desde el uso inadecuado y adictivo a sus efectos sobre la salud y mortalidad asociada en caso de sobredosis. En el documento enlazado se pueden encontrar recomendaciones pormenorizadas sobre su uso y riesgos, resumidos en tablas. No vamos a entrar en el fondo de la cuestión, al menos ahora, y nos vamos a centrar en los riesgos relacionados con las interacciones entre estos fármacos y algunos psicofármacos, especialmente benzodiazepinas y fármacos relacionados (Z) y antidepresivos de perfil serotoninérgico.



Los fármacos implicados en el caso de los opioides incluyen morfina, buprenorfina, tapentadol, oxicodona, oxicodona/naloxona, hidromorfona, fentanilo y tramadol. No pueden considerarse un grupo totalmente homogéneo, ni en su perfil clínico ni en sus riesgos, pero si comparten características que les hacen, en mayor o menor medida, peligrosos en ciertas situaciones de interacción con otros fármacos. O si no peligrosos, al menos dignos de prestar especial atención.

La combinación de fármacos opioides con otros fármacos con efectos serotoninérgicos (como los antidepresivos ISRS) incrementa el riesgo de que se desarrolle un síndrome serotoninérgico (SS). Entre los fármacos opioides el riesgo de síndrome serotoninérgico es potencialmente mayor con tramadol, por su mecanismo de acción de agonista opioide y de inhibición de recaptación de noradrenalina y serotonina. La interacción puede ser más significativa en el caso de asociación con paroxetina y fluoxetina, antidepresivos con los que además los efectos analgésicos del tramadol pueden resultar más impredecibles por sus efectos sobre el CYP2D6.



Medicines Q&As



What is the risk of developing Serotonin Syndrome following concomitant use of tramadol with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)?

Prepared by UK Medicines Information ([UKMi](http://www.ukmi.nhs.uk)) pharmacists for NHS healthcare professionals
Before using this Q&A, read the disclaimer at www.ukmi.nhs.uk/activities/medicinesQAs/default.asp
Date updated: April 2018

Mayoritariamente la clínica del SS suele ser de intensidad leve o moderada y los casos graves son muy infrecuentes pero, a diferencia del síndrome neuroléptico maligno, el SS no debe ser considerado la consecuencia de una idiosincrasia extrema a la medicación, sino más bien una toxicidad serotoninérgica progresiva, la cual puede ocurrir en cualquier paciente.

Su riesgo aumenta a medida que se altera al alza la regulación de la serotonina. En este sentido, los factores más implicados suelen ser las interacciones medicamentosas, las sobredosis intencionales o no intencionales, y la suma de efectos serotoninérgicos de varios medicamentos. La combinación de dos antidepresivos de perfil serotoninérgico supone pues un incremento del riesgo; si a la combinación de estos dos tipos de antidepresivos se le añade también un fármaco opioide, se incrementa notablemente el riesgo de presentación del síndrome.

Los fármacos opioides y las benzodiacepinas tienen un efecto depresor del sistema respiratorio; el uso conjunto de opioides y benzodiacepinas y/o fármacos “Z” (Zolpidem, etc.) supone un incremento significativo del riesgo de depresión respiratoria, especialmente si la

mayor concentración se produce al acostarse. El riesgo es dosis dependiente y se incrementa aún más en el caso de abuso asociado de sustancias como el alcohol.

Research

Benzodiazepine prescribing patterns and deaths from drug overdose among US veterans receiving opioid analgesics: case-cohort study

BMJ 2015 ; 350 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h2698> (Published 10 June 2015)

Cite this as: *BMJ* 2015;350:h2698

Aunque hay situaciones donde puede estar justificado su uso conjunto, como por ejemplo en pacientes que toman benzodiazepinas de forma estable y presentan dolor intenso agudo, se recomienda considerar cuidadosamente el riesgo y el beneficio de su uso. Es aconsejable iniciar el tratamiento con dosis menores a las habituales e incrementarlas según la respuesta clínica.

En el caso de pacientes que reciben opioides y benzodiazepinas de forma conjunta e interesa reducir las dosis por la afectación respiratoria, se recomienda empezar por reducir opioides ya que la privación de benzodiazepinas comporta mayor riesgo. En caso de reducir benzodiazepinas se recomienda una retirada gradual para evitar ansiedad de rebote y otros síntomas propios de la abstinencia de benzodiazepinas (crisis convulsivas, alucinaciones, delirium tremens...). Una pauta común es la reducción del 25% de las dosis cada 1-2 semanas.

Y en relación con todo esto, la RSMB y los servicios de farmacia de las OSI de Bizkaia hemos elaborado una nota informativa conjunta que se distribuirá a los prescriptores. No tengo enlace, porque de momento no está colgada en ningún sitio, pero su contenido es prácticamente el mismo que la presente entrada.

LAS MAFIAS DEL RIVOTRIL E INSTRUCCIÓN AL RESPECTO DE LA DIRECCIÓN DE FARMACIA

Es complicado saber cuáles son los méritos para que un medicamento, más o menos de uso habitual y no especialmente glamoroso, se eleve a la condición de objeto de tráfico. En este caso, el ser una benzodiacepina de potencia elevada y coste muy barato, hace que los beneficios sean brutales. [Así lo reflejaba el País hace unos días](#)



Las ‘mafias del Rivotril’ ganan decenas de millones con recetas públicas

La venta del fármaco en Madrid crece un 113% en dos años por la actividad de grupos organizados

Ante esta situación, desde la Dirección de Farmacia del Departamento de Salud se ha emitido una instrucción en relación con la prescripción y dispensación de Rivotril, ante el problema que están suponiendo las falsificaciones de recetas para su tráfico.

Las recetas en papel de Rivotril® necesitan ser validadas previamente por la Inspección de Farmacia para poder ser dispensadas y facturadas. En el caso de que se reciba en la farmacia una receta en papel de Osakidetza o cualquier otro Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma, antes de su dispensación:

- La farmacia debe escanearla y enviarla por correo electrónico a la Delegación Territorial de Salud (farmacia1Bizkaia@euskadi.eus). La Inspección de Farmacia responderá al correo electrónico autorizando la dispensación y posterior facturación, en caso de que la receta sea válida.
- En caso de que alguna persona que acuda con receta en papel necesite urgentemente el medicamento y no pueda esperar a la validación de la receta, se le debe indicar que acuda a su centro de salud para que le realicen la correspondiente prescripción electrónica.
- Para evitar perjudicar a las personas a las que realmente se prescribe Rivotril®, se ha cursado una instrucción a los médicos para que las prescripciones de este medicamento se realicen **siempre por receta electrónica, y no en formato papel.**
- Las prescripciones por receta electrónica precisarán de la presentación del DNI en farmacia para su dispensación.
- Esta instrucción no afecta a las recetas de Mutualidades (MUFACE, MUGEJU, ISFAS), ni a las privadas, pero en todas ellas es obligatorio anotar el DNI de la persona que solicita el medicamento.

¿CUÁLES SON LOS ARTÍCULOS PSIQUIÁTRICOS MÁS CITADOS?

Lo cuenta Shahrzad Mazhari; aunque su revisión del asunto data de 2013, suponemos que tampoco habrán cambiado mucho las cosas, teniendo en cuenta que no recordamos grandes hitos investigadores recientes en el ámbito de la salud mental.



Home > July 2013 - Volume 19 - Issue 4 > **The 100 Top-Cited Articles Published in Psychiatric Journals**

**Welcome Ovid
 Subscriber!**

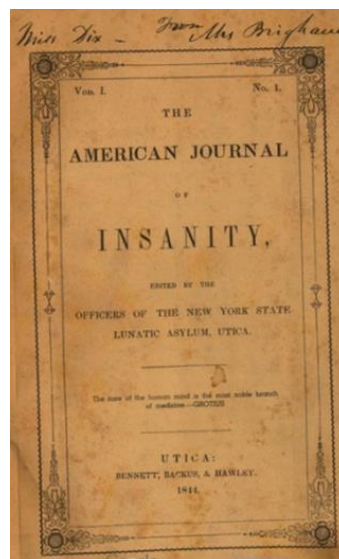
Your institution's Ovid membership entitles you to view the full text of articles on the Journal of Psychiatric Practice® journal website.

< Previous Article | Next Article >

The 100 Top-Cited Articles Published in Psychiatric Journals

MAZHARI, SHAHRZAD MD, PhD

Y nos cuenta que en 2011 había 128 revistas relacionadas con el campo de la psiquiatría y la salud mental, y que la primera revista psiquiátrica más o menos científica llevaba el precioso nombre de *American Journal of Insanity*, allá por 1844. Más de la mitad de los artículos más citados fueron publicados en *Archives of General Psychiatry*, mítica revista editada por la AMA y que en 2013 pasó a llamarse JAMA Psychiatry. Su lema, *The Science of Mental Health and the Brain* es todo un ejercicio de ecumenismo biopsicosocial y de superación de la cartesiana separación de la sustancias.



Bueno a lo que vamos. Estoy seguro que si lo piensas un poco aciertas con el top ten, o mejor dicho top 100 de los más citados, que sin embargo no parecen demasiado emocionantes ni que susciten un ansia insuperable de leerse los todos. También es muy posible que sean los más citados, y a la vez los menos leídos, ya que 9 de los 10 artículos más citados son escalas de evaluación, con el Mini Mental de Folstein a la cabeza, seguida de la escala de Hamilton en segundo lugar, y la de Beck en tercero. Para encontrar algo un poco más excitante hay que irse al puesto 19, el artículo de Kane en los Archives que influyó de forma determinante en la resurrección de la clozapina.

<i>Journal</i>	<i>No. of articles</i>	<i>Impact factor (2011)</i>
1. Archives of General Psychiatry	56	10.78
2. American Journal of Psychiatry	6	12.75
3. Psychological Medicine	6	5.2
4. Journal of Psychosomatic Research	5	2.84
5. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry	3	4.79
6. Journal of Psychiatric Research	2	3.82
7. Neuropsychopharmacology	2	6.68
8. Psychopharmacology Bulletin	2	1.35
9. Psychosomatic Medicine	2	3.97
10. Schizophrenia Bulletin	2	8.27

Table 1. The 100 top-cited articles in psychiatry (1950–2011)

<i>Rank</i>	<i>Citations</i>	<i>Article</i>	<i>Category*</i>
1.	26,578	Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189–98.	1
2.	14,275	Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56–62.	1
3.	13,681	Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561–71.	1

El podio

Es posible que, en parte, esto vaya de la mano de los estudios y ensayos clínicos de eficacia en psicofármacos como los antidepresivos, teniendo en cuenta que la vara de medir resultados son las escalas. Así que la industria de medir cosas, la de las escalas de evaluación, ha sido especialmente floreciente a pesar de que podemos albergar muchas dudas acerca de sus méritos psicométricos y sintomatométricos. De hecho, en la clínica cotidiana, nadie que yo conozca usa el Hamilton para ver si sus pacientes depresivos mejoran, más bien les preguntan algo así como ¿Y qué tal estás? o “¿Has notado mejoría? Así, por las buenas, los muy zoquetes.

En todo caso es muy interesante leer la discusión de los datos que hace el autor; de hecho, la representación de citas de escalas de evaluación ha ido declinando desde los años 90, va dando paso, poco a poco, a otro tipo de artículos, de la mano de los avances en imagen cerebral o genética. Ah, ninguno de los 100 primeros artículos procede de autores españoles, ni siquiera hispanohablantes. Menos mal que siempre nos quedará el fútbol!

¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA DE LA PSICOTERAPIA BASADA EN LA EVIDENCIA?

Esto no va de pastillas, pero sí de tratamientos, y concretamente de tratamientos comúnmente aceptados como alternativa al tratamiento farmacológico, y en muchos casos alternativa preferible. No vamos a entrar aquí (de momento, al menos) en argumentos casi “morales” de superioridad de la psicoterapia vs las pastillas, sino en la evidencia que soporta en realidad a las recomendaciones sobre su uso. Y específicamente las relacionadas con las terapias cognitivo-conductuales (CBT), en general muy manualizadas, pensadas para ser aplicadas en periodos de tiempo acotados y breves, y consideradas actualmente como el “gold standard”, en contraposición con las psicoterapias “profundas”, de inspiración mayor o menor en el psicoanálisis. En este sentido, recogemos aquí un [artículo de Jonathan Shedler](#) que publica este mismo mes en *Psychiatric Clinics of North America*, y que seguro suscitará debate.

FULL TEXT ARTICLE

Where Is the Evidence for “Evidence-Based” Therapy?



Jonathan Shedler PhD

Psychiatric Clinics of North America, 2018-06-01, Volume 41, Issue 2, Pages 319-329, Copyright © 2018 Jonathan Shedler

Por resumir, lo que Shedler viene a decir es que en el caso de las psicoterapias basadas en evidencia (es decir, psicoterapia cognitivo conductual), los datos disponibles derivados de los estudios de investigación no respaldan que su efectividad esté científicamente probada, ni que sean de hecho superiores a otras formas de psicoterapia. Más bien al contrario, lo que la evidencia demuestra es que este tipo de psicoterapias son tratamientos con efectos triviales y poco duraderos. Y que los estudios que supuestamente avalan su eficacia, adolecen de

múltiples defectos, incluyendo a los grupos control, la elección no aleatoria y arbitraria de las muestras de pacientes y la supresión de los resultados negativos. Vaya, no tan distinto de los defectos que se atribuyen a los ensayos clínicos con pastillas. El autor, de forma muy argumentada y sencilla de leer, defiende que la pretendida superioridad de las llamadas “psicoterapias basadas en la evidencia” es un mito.

Psychoanalytic Therapist vs. Behavioral Therapist



Más allá de la discusión de fondo, la propia eficacia de las psicoterapias en general y la importancia de los llamados “factores comunes” (elementos terapéuticos que son comunes y compartidos por cualquier psicoterapia), el artículo es una interesante discusión que invita a la reflexión sobre las bases científicas de lo que hacemos, nuestros sesgos e intereses. Quizás también los del propio Shedler, conocido defensor de la efectividad de las psicoterapias psicodinámicas, algo que a nuestro modo de ver no resta un ápice de interés al artículo.



[World Psychiatry](#). 2015 Oct; 14(3): 270–277.
Published online 2015 Sep 25. doi: [10.1002/wps.20238](https://doi.org/10.1002/wps.20238)

PMCID: PMC4592639
PMID: [26407772](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26407772/)

How important are the common factors in psychotherapy? An update

[Bruce E. Wampold](#)

El artículo concluye:

Cuando alguien defiende un tipo de tratamiento, cualquier tipo de tratamiento, sigue tres pasos:

- *Paso 1: muéstrame el estudio. Pregunta por una referencia, una cita, un artículo, y consíguelo. A veces ni siquiera existe, así que puedes ahorrarte los otros dos pasos.*
- *Paso 2: si el estudio existe, léetelo, especialmente la letra pequeña.*
- *Paso 3: saca tus propias conclusiones. Pregúntate a ti mismo: ¿los métodos, hallazgos y resultados del estudio apoyan sus conclusiones?*

Y muchas veces harás descubrimientos sorprendentes.

Al hilo de todo esto, y en contraste con la opinión y postura de Shedler, [Lancet Psychiatry](#) publica un artículo de opinión que defiende la necesidad de ensayos clínicos controlados para los tratamientos psicoterápicos.



THE LANCET
Psychiatry

Online First Current Issue All Issues Multimedia About the Journal Advisory Board Development

All Content Search Advanced Search

< Previous Article Volume 5, No. 7, p536–538, July 2018 Next Article >

Comment

Why randomised controlled trials of psychological treatments are still essential

Scott O Lilienfeld, Dean McKay, Steven D Hollon

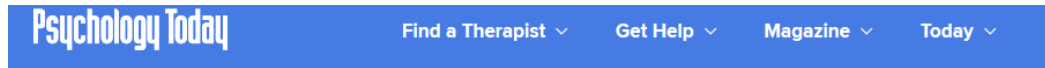
Published: 27 March 2018

PlumX Metrics

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30045-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30045-2) | CrossMark



En el propio artículo se cita a Shedler y a su incendiario llamamiento a ignorar la guías de práctica clínica para el tratamiento del estrés postraumático de la APA (la de los psicólogos, vaya). La polémica está servida.



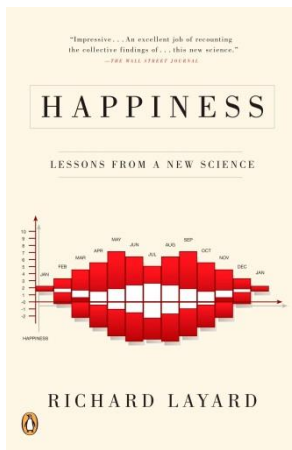
Jonathan Shedler Ph.D.
Psychologically Minded

Selling Bad Therapy to Trauma Victims

Patients and therapists should ignore new guidelines for treating trauma.

Posted Nov 19, 2017

Y no es un asunto menor, porque hay muchas cosas en juego, empezando por dinero. Allá por 2008, el NHS en Reino Unido implantó un programa en extremo ambicioso, *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), cuyo objetivo es el de la implantación y el acceso masivo a terapia cognitivo conductual para personas con problemas de ansiedad y depresión.



El programa fue “vendido” al entonces gobierno laborista por Richard Layard, un economista de la *London School of Economics* y David Clark, un psicólogo clínico especialista en CBT en el Maudsley Hospital. Ya para el año 2014-2015, más de un millón de pacientes habían sido referidos al programa, y más de 800.000 iniciado el tratamiento por los miles de psicoterapeutas entrenados en las técnicas necesarias. Así que la polémica no es únicamente “científica”, hay mucho dinero en juego en este asunto.

Layard es un hombre con formación y trayectoria política y profesional; educado en Eton, miembro destacado del partido laborista, ha destacado por sus ideas en torno a la felicidad como un bien a alcanzar de forma independiente del dinero, al menos de disponer de mucho dinero. Más o menos eso de que el dinero no da la felicidad, y que hay otras cosas que son más importantes. Desde una perspectiva económica, las medidas del estado debieran dirigirse a redistribuir la riqueza, vía impuestos, y desalentar la idea (sesgo cognitivo, lo llama), de que trabajar más es bueno para la felicidad. O algo así, que no me he leído el libro...En todo caso el tema de la felicidad (y más aún, el de que la



Richard Layard

felicidad de los ciudadanos sea un asunto del estado), merece un análisis mucho más profundo y detallado que excede las intenciones de este boletín.

El propio Clark publicaba en mayo de este año los resultados del programa tras casi 10 años de funcionamiento, en un tono más bien entusiasta: más de 10.000 terapeutas entrenados en técnicas basadas en evidencia, más de 500.000 pacientes tratados anualmente, 50% de pacientes recuperados y dos tercios muestran beneficios relevantes. El artículo, en todo caso, es un completísimo análisis y presentación de resultados del programa.

- Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program.
(PMID:29350997 PMID:pmc5942544)

[Full Text](#) [Citations](#) [Related Articles](#) [Data](#) [BioEntities](#) [External Links](#)

Europe PMC Funders

Europe PMC Funders Group
Author Manuscript
Accepted for publication in a peer reviewed journal

SUBMIT A MANUSCRIPT

Annu Rev Clin Psychol. Author manuscript; available in PMC 2018 May 9.
Published in final edited form as:
[Annu Rev Clin Psychol. 2018 May 7; 14: 159-183.](#)
Published online 2018 Jan 19. doi: [10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833)

PMCID: PMC5942544
EMSID: EMS76540

Sin embargo el programa no carece de críticas, por parte de las propias filas de psicólogos y psicoterapeutas, que no han dudado en hacerlas llegar a los propios medios de comunicación: lo acusan de ser un mero producto del marketing, una opción barata pero sin resultados sólidos ni mantenidos en el tiempo. Tampoco parece que se hayan reducido la prescripción de antidepresivos, las tasas de suicidio o la mera prevalencia de la depresión.

Recientemente Michael Scott publicaba en el Journal of Health Psychology un artículo en el que abogaba por una reforma radical del programa, y confrontaba las cifras de recuperación “oficiales”, de prácticamente un 50%, con otras que no alcanzan al 10%, así como elevadas tasas de *burn out* profesional entre los terapeutas.


Y bueno, luego están los psicoanalistas más ortodoxos a los que les sangran los ojos con esta historia, y se lo “interpretan” al NHS, en este caso como una perversión, concretamente, fetichismo.

Articles

The perversion of care: Psychological therapies in a time of IAPT

Rosemary Rizq 

Pages 7-24 | Received 06 Mar 2011, Accepted 26 Jun 2011, Published online: 09 Jan 2012

 Download citation  <https://doi.org/10.1080/14753634.2012.640161>

BOLETÍN INFAC, VALPROICO Y EMBARAZO

El boletín que publica CEVIME dedica todo su espacio en esta ocasión a una revisión del estado de la cuestión acerca de los efectos teratógenos del valproico, y a una reflexión meditada sobre cómo ha sido afrontado un riesgo que ya era conocido, y cómo reconducir esta situación para prevenir casos futuros.

VOLUMEN 26 • Nº 3 • 2018



VALPROICO Y EMBARAZO: UN PROBLEMA PARA LA REFLEXIÓN

Este boletín se ha elaborado de forma conjunta con el Boletín de Información Terapéutica de Navarra (BITn) utilizando como base el Butlletí Groc 2018,31(1). Queremos agradecer a la Fundació Institut Català de Farmacologia y especialmente a su director, Joan-Ramon Laporte, su generosidad al compartir con nosotros la búsqueda bibliográfica realizada para publicar este boletín, así como su propio contenido, que nos ha ofrecido desinteresadamente y hemos utilizado como guion para este número.

Desde luego, creemos que es aplicable para que todos, desde las agencias de medicamentos hasta los mismos prescriptores, seamos más conscientes de la seguridad de las medicaciones que prescribimos y de la necesaria agilidad y coordinación para afrontar los problemas relacionados con la misma. Y es que aunque nos hayamos puesto bastante pesados con este asunto, creemos que es muy recomendable leerse el boletín completo, y con detenimiento.

Los afectados ya se han constituido en asociación, AVISAV, Asociación de Víctimas por Síndrome de Ácido Valproico.



Una nueva 'talidomida' | Salud

El Mundo

Marine Martin y Carlos Bardera, representantes de los afectados por el ácido valproico en Francia y España. OLMO CALVO

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C Y EL SIDA

Pues aquí tenéis una página donde con facilidad podéis averiguar si el tratamiento que sigue el paciente interacciona con otros posibles medicamentos. [Aquí para el caso de los medicamentos para la hepatitis C:](#)



Hemos hecho una prueba con algunos antidepresivos y el tratamiento combinado con Ledipasvir/Sofosbuvir, y así nos muestra los resultados.

	Ledipasvir/Sofosbuvir
Fluoxetine	◆
Mirtazapine	◆

En el caso de los [medicamentos para el SIDA:](#)



En este caso hemos escogido el Atazanavir y los antidepresivos fluoxetina y citalopram:

	Atazanavir
Citalopram	■
Fluoxetine	▲

PRESCRIPCIÓN DE CLOZAPINA Y POLIFARMACIA ANTIPSICÓTICA

[Lo publicaba hace ya un año Psychiatric Services](#). Analiza los hábitos de prescripción a pacientes con esquizofrenia de más de 650 prescriptores, específicamente la prescripción de clozapina y la de polifarmacia antipsicótica, definida por la administración continuada de dos o más medicamentos antipsicóticos de manera conjunta. Se considera, en líneas generales, que

un uso escaso de clozapina, y/ un uso excesivo son indicadores de mala calidad asistencial (define uso escaso y uso excesivo...). La conclusión, como no podía ser menos, es que hay una enorme variabilidad entre los distintos prescriptores a la hora de prescribir clozapina o de hacer cócktails de antipsicóticos, con escasa justificación clínica.

**Psychiatric
Services**

Current Issue | Archive | About | Columns | Jobs | PS in Advance | Authors & Reviewers | Podcast

Articles

 Full Access

Prescribing of Clozapine and Antipsychotic Polypharmacy for Schizophrenia in a Large Medicaid Program

Yan Tang, Ph.D., Marcela Horvitz-Lennon, M.D., M.P.H., Walid F. Gellad, M.D., M.P.H., Judith R. Lave, Ph.D., Chung-Chou H. Chang, Ph.D., Sharon-Lise Normand, Ph.D., Julie M. Donohue, Ph.D.

Published Online: 15 Feb 2017 | <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600041>

TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO DE LA ESQUIZOFRENIA (O ESQUIZOFRENIA-LIKE) DE INICIO TARDÍO

En realidad muy tardío, por encima de los 60 años. El artículo, de acceso libre y publicado en *Lancet Psychiatry*, se trata de un ensayo clínico controlado que evalúa la eficacia del tratamiento con dosis bajas de amisulpride frente al placebo (ATLAS, se llama el estudio en cuestión). La conclusión es que sí, que las dosis bajas de amisulpride (100 mgrs), van estupendamente, son eficaces y seguras.

Más interesante que el ensayo en sí nos parece el propio asunto de la esquizofrenia tardía, su propia existencia como entidad psicopatológica diferenciada, sus características clínicas y su diagnóstico diferencial con otros trastornos psicóticos de inicio en la edad “mayor”. A bote

Late paraphrenia

- By Sir Martin Roth
- Occurs late in life (6th decade)
- MC in women, unmarried/widowed
- Delusion of persecution with bizarre & fantastic content
- Hallucination of all kind can be present
- At present –under paranoid sc late onset type

pronto se nos ocurre que la presentación de síntomas psicóticos en edades relativamente avanzadas puede responder a múltiples condiciones, desde enfermedades sistémicas, neurodegenerativas, tratamientos farmacológicos, trastornos afectivos graves, etc. Los que ya estamos prácticamente en edad de hacer síntomas psicóticos de inicio tardío, estamos más familiarizados con entidades psicopatológicas como la Parafrenia Tardía, término acuñado (no el de parafrenia, que se remonta Kalbhaum en el siglo XIX), por sir Martin Roth en los años 50 y que corresponde a lo que hoy en día se denomina “trastornos tipo esquizofrenia de inicio tardío”.

ANTIDEPRESIVOS E HIPERPROLACTINEMIA

El artículo no es nuevo (2010) y ni siquiera está en acceso libre, pero sirva para llamar la atención a un posible efecto secundario en el que habitualmente no pensamos (al contrario que con los antipsicóticos), y que fácilmente pasará desapercibido. Se trata del riesgo de desarrollar hiperprolactinemia durante el tratamiento antidepresivo.




Casi todos los antidepresivos pueden causar hiperprolactinemia, aunque el mecanismo fisiopatológico por el que la inducen no está demasiado claro. El antidepresivo de menor riesgo para este efecto secundario parece ser la mirtazapina. Aunque la prevalencia pueda ser baja o muy baja, dada la enorme cantidad de población expuesta, mejor tenerlo en cuenta (por ejemplo, ante una galactorrea).

LITIO Y LACTANCIA

Comentario publicado en Lancet Psychiatry; el comentario analiza los potenciales beneficios y los riesgos de la lactancia materna mientras se recibe tratamiento con litio.

Breastfeeding and lithium: is breast always best?

Megan Galbally , Veerle Bergink, Simone N Vigod, Anne Buist, Philip Boyce, Prabha Chandra, Rolland Kohan, Louise M Howard

Published: 03 May 2018

La experiencia con el asunto, al menos documentada, es muy escasa, apenas 36 casos publicados en la literatura, y en ellos se recogen al menos cuatro casos de anomalías en la función tiroidea y renal, aunque sin datos sobre su repercusión a largo plazo. La autora deja abierta la posibilidad, sopesando la disponibilidad de una monitorización cercana, la ausencia de otros posibles factores agravantes o potenciadores de toxicidad (diarrea, deshidratación, y desde luego, la opinión informada de la madre. En todo caso parecen existir datos relevantes de riesgo, al menos agudo, ante la exposición a litio en la leche materna, y teniendo en cuenta las alternativas razonables de lactancia artificial, quizás nos parezca un riesgo excesivo.

©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.uriaurte@osakidetza.eus