

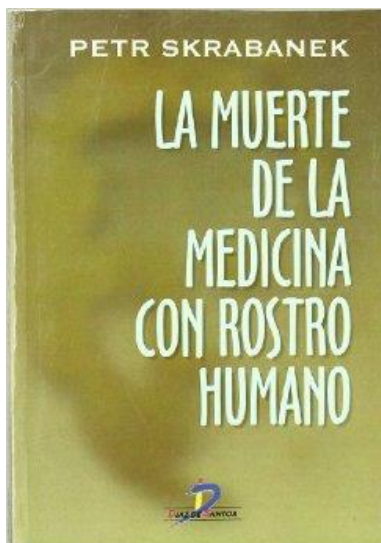
INDICE

- RESPETAR A LOS SANOS, ATENDER A LOS ENFERMOS
- REGULACIÓN DEL USO DE CLOZAPINA EN EL MUNDO
- PEDOS Y DEMENCIA
- BETAHISTINA Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA OLANZAPINA
- UNA INICIATIVA PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN DE CLOZAPINA EN NUEVA YORK
- LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO INVOLUNTARIO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE
- LU AF35700
- ANTIDEPRESIVOS Y EFECTOS CARDIOVASCULARES EN ADULTOS
- ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS Y CAÍDAS
- ANTICOLINÉRGICOS Y DEMENCIA
- VENLAFAXINA Y DISNEA
- EL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS CON MARCA EN EEUU
- SUSPENDIDA LA COMERCIALIZACIÓN DE VALPROMIDA (DEPAMIDE®)
- GUIA NICE PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE SU VIDA



RESPETAR A LOS SANOS, ATENDER A LOS ENFERMOS

O el debate de la medicalización de la vida cotidiana. En los últimos tiempos la medicina en general está siendo sometida a un tercer grado, merecido sin duda, ante la evidencia creciente de que no es oro todo lo que reluce. Ensayos clínicos apañados, fármacos carísimos, muchas



veces ineficientes, otros incluso peligrosos, industria farmacéutica infiltrada a todos los niveles, médicos corrompidos a sueldo de los laboratorios, etc. etc., han dado suficiente munición para escribir bestsellers que han tenido un impacto muy importante en la opinión pública (como [Bad Pharma](#), de Ben Goldacre). El tema es extensible a todos los ámbitos de la atención médica, contaminada no solo por los intereses tantas veces aireados de la industria farmacéutica sino por ese empeño de los gobiernos y la salud pública mal entendida en convencernos de que estamos todos enfermos y de que si nos portamos bien viviremos eternamente. Cuestionamiento que alcanza también a muchas políticas de prevención secundaria, chequeos y *screenings* que hoy en día resultan intocables pero cuyos beneficios están empezando a ser cuestionados, y sus posibles perjuicios desvelados. Ya hace muchos años Petr Skrabanek hablaba del *Coercible Healthism* (algo así

como salutismo coactivo) en su libro *La Muerte de la Medicina con Rostro Humano*, refiriéndose al fundamentalismo salubrista, y dicho fundamentalismo parece que no ha hecho más que aumentar.

En lo que respecta a la psiquiatría (perdón, a la salud mental), ha resultado muy apropiado (y popular) cuestionar la excesiva e irracional medicalización, o más bien pastillalización de media población para presuntamente tratar enfermedades que lo que son en realidad es sufrimiento producto de todas esas cosas miserables que tiene la vida. Como digo no hemos sido los únicos, las estatinas son fármacos aún más populares que los antidepresivos, y tampoco tratan ninguna enfermedad. En nuestro caso, por cierto, no solo se trata de dar boticas a todo el mundo que se pone a tiro, sino de extender la idea de que todo el mundo necesita para todo atención psicológica. A un paso de que *mindfulness* se haga obligatorio para todos...

En todo caso parece que en nuestro campo al menos esta manía de convertir a los sanos en enfermos se asocia curiosamente a la de convertir a los enfermos en sanos. [La esquizofrenia se reduce a “escuchar voces”](#) y las críticas (justificadas en gran medida) a las enormes carencias de la psiquiatría en sus empeños por definir coherentemente sus entidades patológicas derivan en [defender que el problema no es la enfermedad, sino el diagnóstico](#). Vaya, el problema no es tener una esquizofrenia, sino denominar a las personas que la padecen esquizofrénicos.

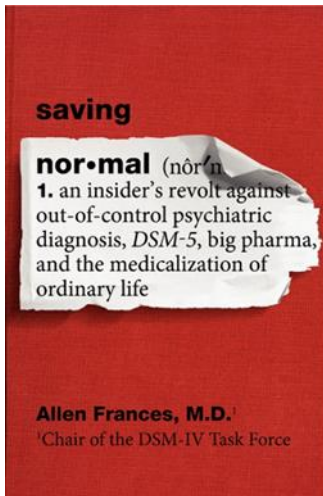
Allen Frances, en una [brillante entrevista realizada por nuestro colega Juanjo Martínez Jambriña y publicada en Jotdown](#) parece una de las escasas voces autorizadas, sensatas y equilibradas en este panorama tan contaminado por ideologías, intereses e ignorancia.



Frances, psiquiatra, dirigió den los años 80 el grupo de trabajo que elaboró el DSM-IV, y en la actualidad se ha convertido en uno de los mayores críticos a su sucesor, el DSM V. Pero como él mismo dice, “Mi obra clama contra los excesos de la psiquiatría, pero no contra su esencia”.

Un extracto de la entrevista:

El modelo para dar con una respuesta acertada es obvio. Trieste tiene un modelo no-ideológico equilibrado, de sentido común que respeta la importancia del entorno social —la comunidad y



la familia— y la importancia de la psicología individual, y que no niega la necesidad de medicación. Es el equilibrio perfecto. El futuro de la psiquiatría —un futuro más brillante y más útil— es volver a un modelo biopsicosocial. Los peligros actuales son que muchos psiquiatras son reduccionistas hacia lo biológico. Y muchos no psiquiatras —psicólogos y usuarios— son reduccionistas hacia lo psicosocial. Nadie está completo sin el otro. Hay que aceptar que no hay una sola forma de ver las cosas o una talla única para todos. Hay que pensar que cada paciente requiere un enfoque individualizado, que es lo mejor para ellos. Para algunas personas, incluso con una enfermedad grave, la medicina puede no ser útil, mientras que para otros podría salvar su vida. No se debería tener una opinión ideologizada de que toda la medicina es buena o mala. La medicina que es muy útil para unos pocos puede ser perjudicial si solo se utiliza para la

mayoría.

Por cierto, y hablando de sesgos y prejuicios, su último libro se titula en inglés “Saving Normal”, que en su edición en castellano se ha traducido como “Los abusos de la psiquiatría”. Frances en la entrevista se sorprende de la traducción, que al parecer desconocía.

REGULACIÓN DEL USO DE CLOZAPINA EN EL MUNDO


Un [interesante artículo de revisión publicado online en CNS Drugs](#) el pasado mes de febrero revisa las grandes diferencias existentes en las regulaciones del uso clínico de la Clozapina. Así

[CNS Drugs](#)

February 2016, Volume 30, Issue 2, pp 149-161

First online: 16 February 2016

Worldwide Differences in Regulations of Clozapine Use

Jimmi Nielsen , Corina Young, Petru Ifteni, Taishiro Kishimoto, Yu-Tao Xiang, Peter F. J. Schulte, Christoph U. Correll, David Taylor

que el grupo de investigadores revisó dichas regulaciones en varios y diversos países, incluyendo China, Dinamarca, Irlanda, Japón, Holanda, Nueva Zelanda, Rumanía, Reino Unido y EEUU. Clozapina, además de estar disponible en

comprimidos en todos los países, lo está en algunos en otras formulaciones, como suspensión oral o comprimidos dispersables, e incluso como inyectable en Holanda. En países como Holanda, Nueva Zelanda, Reino Unido y EEUU puede ser prescrita por los médicos de primaria; en Irlanda y China sólo se dispensa por farmacia hospitalaria. En todos los países es obligatoria la monitorización hematológica, aunque existen diferencias relevantes en la frecuencia de las analíticas. El artículo no está disponible online libremente, pero sí a través de la Biblioteca Virtual.

PEDOS Y DEMENCIA

Hoy por hoy no han llegado a comercializarse como fármacos, aunque todo se andará. El caso es que un estudio realizado por la universidad de Exeter parece mostrar que una sustancia



presente en las flatulencias humanas, en este caso el sulfuro de hidrógeno, una sustancia presente y responsable de los aromas presentes en los pedos humanos y en los huevos podridos, es efectiva para tratar condiciones tan prevalentes y graves como la demencia o la patología cardiovascular. El caso es que el sulfuro de hidrógeno no solo huele fatal, sino que además en grandes o suficientes cantidades resulta tóxico. Pero maravillas de la naturaleza, resulta que en pequeñas, o en las

justas cantidades es algo estupendo para la salud, y parece que lo hace previniendo o reparando el daño mitocondrial. Así que han desarrollado un compuesto, el AP39, capaz de liberar lentamente pequeñas cantidades de sulfuro de hidrógeno específicamente a las mitocondrias. Los resultados, en boca de los propios autores, indican que cuando se trata con AP39 a células estresadas, éste protege a las mitocondrias y las células sobreviven. Resulta que hay hasta un congreso internacional sobre el Sulfuro de Hidrógeno *3rd International Conference on Hydrogen Sulfide in Biology and Medicine*, que en esta ocasión se ha llevado a cabo en Tokyo, y donde se han presentado las últimas novedades al respecto. El artículo advierte, sensatamente, que no está probado aún en humanos, y que carece de acción por inhalación.

BETAHISTINA Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LA OLANZAPINA

Lo somnolencia, y muy especialmente el incremento de peso, son efectos secundarios asociados comúnmente al tratamiento con olanzapina, efectos mediados por su potente acción antagonista de los receptores histamínicos H1. La betahistina, un fármaco utilizado especialmente en el tratamiento del vértigo, es un potente agonista de los mismos receptores. En este estudio publicado en el Journal Psychopharmacology lo han probado en 48 mujeres, y parece que con resultados prometedores.

UNA INICIATIVA PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN DE CLOZAPINA EN NUEVA YORK

Es lo que describe [este artículo publicado en Psychiatric Services](#). El caso es que allá por 2009 un estudio examinó el uso de clozapina en pacientes con esquizofrenia atendidos por Medicaid (sistema americano de cobertura sanitaria para personas con cierta precariedad económica).

Best Practices

An Initiative to Improve Clozapine Prescribing in New York State

Jay Carruthers, M.D., Marleen Radigan, M.S., Dr.P.H., Matthew D. Erlich, M.D., Gyojeong Gu, M.P.P., Rui Wang, M.S., Eric Y. Frimpong, M.A., Ph.D., Susan M. Esock, Ph.D., Mark Olfson, M.D., M.P.H., Enrico G. Castillo, M.D., Gregory A. Miller, M.D., M.B.A., Lloyd I. Sederer, M.D., T. Scott Stroup, M.D., M.P.H.

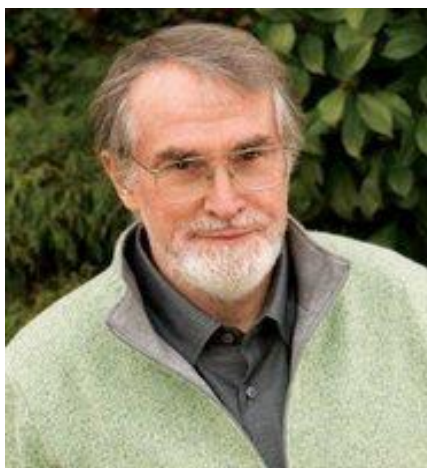
[View Author and Article Information](#)

<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201500493>

Los resultados revelaban un uso muy inferior al esperable, algo que posteriormente se replicó en el resto de EEUU en un estudio nacional. Así que la oficina estatal de salud mental de Nueva York se puso manos a la obra y puso en marcha una iniciativa para promocionar el uso (adecuado) de clozapina, un fármaco por otro lado huérfano de promoción y marketing por parte de la industria. La iniciativa ha obtenido buenos resultados, favoreciendo el acceso al fármaco e incrementado las prescripciones en condiciones de seguridad y eficacia.

En este mismo sentido, [el número de abril del J Clinical Psychopharmacology](#) publica un editorial en el que se insiste en que con los datos disponibles en casi todos los lugares la clozapina es un tratamiento que se utiliza menos de lo debido, y cuando se hace, demasiado tarde. De forma parecida a Nueva York, otros países como Australia y Holanda han desarrollado iniciativas para mejorar la accesibilidad y seguridad en su prescripción.

LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO INVOLUNTARIO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE



Aunque en estos tiempos parece que mucha, o alguna gente, opina que los psiquiatras tenemos escasos remilgos y un exceso de afición a tratar a la gente contra su voluntad, la realidad es que a ninguno nos hace gracia obligar a nadie a hacer nada. Pero escudarse en la libertad de las personas para tomar decisiones sobre su salud cuando estas personas están francamente psicóticas, suponen un riesgo para sí mismas o para los demás, y arruinan su vida puede parecer muy guay, pero es fácil ser eso, guay, cuando después no hay que afrontar las consecuencias ni responsabilizarse de ellas. En general esta es la visión de las cosas que [Fuller Torrey](#) lleva mantenido muchos años, y que pueden seguirse en su página <http://www.treatmentadvocacycenter.org>

Torrey podría decirse que es un ejemplo de “psiquiatra biologicista”, y un firme defensor de la necesidad de que las personas con enfermedades mentales graves reciban tratamiento. Autor de más de 20 libros y docenas de artículos, es asimismo el director del [Stanley Medical Research Institute](#), una de las organizaciones que más fondos aporta en EEUU para la investigación en el trastorno bipolar y la esquizofrenia. Autor del *bestseller* [Surviving Schizophrenia](#), un libro de divulgación dirigido especialmente a familiares de personas con esquizofrenia (y que ya en su sexta edición fue catalogado por el Huffington Post como el mejor libro escrito sobre esa enfermedad para legos), editado en castellano como Superar la Esquizofrenia. Muy crítico con los resultados de los procesos de desinstitucionalización en EEUU en ausencia de un desarrollo paralelo y proporcionado de recursos asistenciales comunitarios, defiende que el mayor problema de las personas afectadas no es recibir tratamiento contra su voluntad, sino al contrario, no recibirlo y ser dejados a su suerte, a menudo en EEUU la calle o la cárcel. Obviamente Torrey tiene tantos admiradores como detractores, especialmente entre los críticos de la visión médica de la enfermedad mental.

[En esta entrada](#) se revisan estudios y experiencias con pacientes con enfermedad mental grave sometidos a tratamiento involuntario, incluyendo medidas de tratamiento ambulatorio involuntario, concluyendo que dichas medidas no repercuten de forma negativa en la adherencia al tratamiento posterior, y que para muchos pacientes, una vez pasada la crisis, no supone ningún tipo de trauma.

LU AF35700

De momento no lo hemos encontrado con otro nombre más sugestivo. Es la [molécula que Lundbeck anda probando](#), ya en estudio fase III, para el tratamiento de la esquizofrenia resistente; la noticia también la recoge [Redacción Médica](#). De momento los mayores méritos que se le atribuyen (y que le califican de “innovador”) son su “predominancia de la ocupación del receptor dopaminérgico D1 vs. D2 y una elevada ocupación de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} y 5-HT₆”. Nos vais a permitir que no nos sintamos demasiado impresionados por esto a estas alturas, aunque en estos tiempos de sequía de novedades y perspectivas de tratamientos psicofarmacológicos que aporten algo nuevo cualquier posibilidad es bienvenida. Al tiempo.

ANTIDEPRESIVOS Y EFECTOS CARDIOVASCULARES EN ADULTOS

[Coupland y colaboradores publican en el BMJ](#) un estudio cohorte basado en datos de Atención Primaria en el que concluyen que no hay datos de que cuando se usan en personas entre 20 y 64 años, los ISRS se asocien a patología cardio o cerebrovascular, ni de que el citalopram se asocie a arritmias. Sí observan una cierta reducción del riesgo de infarto de miocardio con ISRS (en particular, fluoxetina) y un incremento con lofepramina (tricíclico no disponible en nuestro mercado desde hace ya años).

Dr. Edwin Fuller Torrey

SUPERAR
la
ESQUIZOFRENIA
ESQUIZOFRENIA

La guía indispensable para la enfermedad más incomprendida de nuestros días

Planeta



ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS Y CAÍDAS

La asociación entre el uso de fármacos con efecto sedante en ancianos, especialmente antipsicóticos y benzodiacepinas, y el riesgo de caídas y fracturas es bien conocida. El presente estudio, publicado por [Fraser y colaboradores, en JAMA Internal Medicine](#), muestra que en el caso de la medicación antibiótica este riesgo no se limita a los antipsicóticos clásicos, sino que se extiende a los atípicos, fármacos que comparten similares riesgos de ortostatismo, sedación y alteraciones de la marcha.

ANTICOLINÉRGICOS Y DEMENCIA

[También JAMA publicaba, en este caso hace ya un año, un artículo](#) que mostraba la asociación entre el uso de fármacos con efectos anticolinérgicos intensos (como los antidepresivos tricíclicos, los antihistamínicos de primera generación o formatos para la incontinencia urinaria) y el desarrollo de deterioro cognitiva. El artículo concluye que su uso continuado durante periodos prolongados de tiempo tiene un efecto acumulativo que eleva el riesgo de demencia.

VENLAFAXINA Y DISNEA

La agencia norteamericana FDA informa en una [nota](#) de la asociación del uso de venlafaxina y la aparición de disnea y de enfermedad intersticial pulmonar. Ya existían [informaciones previas que alertaban sobre la asociación entre el uso de dicho antidepresivo y el desarrollo de neumonitis por hipersensibilidad](#).

EL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS CON MARCA EN EEUU

Es que estas cosas pasan siempre allí. [Este artículo-reportaje](#) nos cuenta que en EEUU los fármacos “con marca”, no genéricos, están disparando sus precios. Y muy especialmente aquellos destinados a las personas con enfermedades graves, como cáncer o esclerosis múltiple, poco dados a pensar en ahorros. En 2015, un tercio de los medicamentos “de marca” incrementaron su precio en un 20%, y 100 de ellos lo duplicaron.

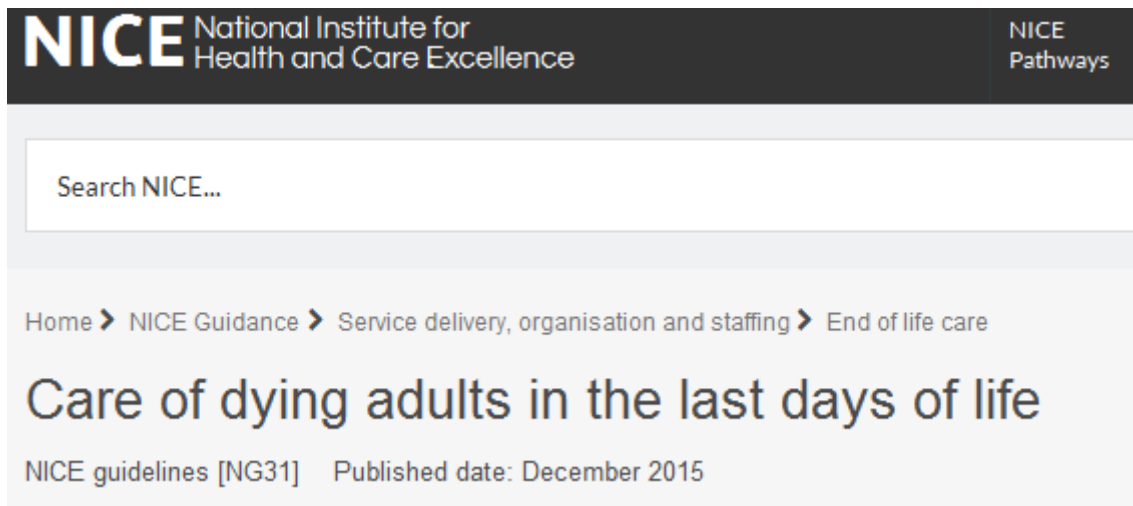
SUSPENDIDA LA COMERCIALIZACIÓN DE VALPROMIDA (DEPAMIDE®)

Desde el servicio de farmacia de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces nos informan de la suspensión de la comercialización de valpromida (Depamide®) Ni la AEMPS ni el laboratorio Sanofi han enviado información dando alternativas para los tratamientos controlados con este medicamento. Para facilitar la revisión de los tratamientos se ha enviado a los médicos de familia un listado de los pacientes en tratamiento activo.

En todo caso la Valpromida es la amida del ácido Valproico y se metaboliza en el hígado a valproato en un 90%, por lo que puede suponerse que el valproico será el tratamiento alternativo más lógico para pacientes estabilizados con depamide, tanto con epilepsia, como como estabilizador del humor. La equivalencia de dosis puede establecerse en función de los niveles plasmáticos.

GUIA NICE PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE SU VIDA

Publicada el pasado mes de diciembre, la guía está destinada a mejorar la atención a personas adultas en situación agónica, es decir, en los dos o tres últimos días de vida. Aunque es evidente que el manejo de la muerte y lo que conlleva alrededor ha mejorado mucho en los últimos años, también es evidente que tenemos un gran espacio de mejora, en un ámbito asistencial a menudo contagiado de prejuicios, miedos y expectativas poco realistas. Y en las que a veces pesa más la angustia de profesionales y familiares que la del propio paciente. La guía destina uno de sus apartados a los tratamientos farmacológicos, especialmente al manejo del dolor, la angustia, la sensación de ahogo o asfixia, las náuseas y los vómitos, la ansiedad, la agitación y el delirium. Se dedica un apartado a la prescripción anticipada, en previsión de la aparición de síntomas.



NICE National Institute for Health and Care Excellence NICE Pathways

Search NICE...

Home > NICE Guidance > Service delivery, organisation and staffing > End of life care

Care of dying adults in the last days of life

NICE guidelines [NG31] Published date: December 2015

©RSMB2016

Equipo editor: Anuntze Arana, Luis Pacheco, Juan Medrano, Pablo Malo, Jose Uriarte

Si quieres participar en el boletín puedes enviar contenidos, noticias o información para su publicación a: josejuan.uriaurteuriarte@osakidetza.eus