



- **PRESCRIPCIÓN ENFERMERA**
- **CANNABIS: EVIDENCIAS Y REFLEXIONES**
- **RIESGO DE DISCINESIA TARDÍA Y TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS DE PRIMERA Y SEGUNDA GENERACIÓN**
- **MIRTAZAPINA EN LA DEPRESIÓN RESISTENTE**
- **RESTRICCIONES A PREGABALINA Y GABAPENTINA EN UK**
- **TDAH Y FECHA DE NACIMIENTO**
- **BENZODIACEPINAS Y RIESGO DE SUICIDIO EN UN GRUPO MUY PARTICULAR DE PACIENTES**
- **¿PUBLICIDAD ENGAÑOSA?**

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Un tema candente, y de indudable actualidad, que ha originado titulares como éste: [“los médicos rompen pactos con Sanidad y Enfermería”](#). Así que vamos a tratar de revisar qué supone exactamente éste Real Decreto publicado en el BOE del pasado 23 de octubre (que modifica uno previo de 2015) y si hay lugar para tanto lío. Es un poco largo, pero es que Juan Medrano (coeditor de este boletín) se lo ha currado.

redacción médica



Buscar en Redacción

POLÍTICA SANITARIA

ESPECIALIDADES

CONOCIMIENTO

EMPRESAS

SOCIOSANITARIO

AUTONOMÍAS

OPINIÓN

LA REVISTA

VIRICO



POLÍTICA SANITARIA > Enfermería

Prescripción enfermera: los médicos rompen pactos con Sanidad y Enfermería

El motivo es "la modificación que se ha efectuado del texto sin conocimiento previo del Foro de la Profesión Médica"

Foto del pacto que alcanzaron Medicina y Enfermería en 2017.



El Art. 77 de la [LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios](#) definía la receta médica y la orden de dispensación hospitalaria como los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, a los que definía como los únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos de uso humano sujetos a prescripción médica, algo que se especificaba por primera vez

en la legislación sanitaria española. Años después se ampliaría el elenco de profesionales con potestad para prescribir medicamentos de uso humano a los podólogos. Hay que tener en cuenta que según la misma ley, un medicamento de uso humano es *“toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico”*. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios es, en virtud de esta ley, quien determina qué productos requieren prescripción médica y cuáles no. Entre los que no la requieren, se encuentran los *“destinados a procesos o condiciones que no necesiten un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica, de modo que dichos medicamentos puedan ser utilizados para autocuidado de la salud, mediante su dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico, que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización”*.

Hasta la Ley del Medicamento, la Enfermería venía indicando y utilizando de manera tal vez alegal, con plena autonomía y sin intervención alguna de médicos, algunos medicamentos, como por ejemplo, todo el material de curas. Sin embargo, la restricción de la prescripción a médicos y odontólogos hizo que las organizaciones profesionales reclamasen cambios legislativos, al considerar que la nueva norma colocaba en una situación de inseguridad jurídica a la Enfermería (algo, por cierto, tildado de falacia por alguna profesional). Durante años hubo un tira y afloja en el que a partir de la necesidad de dar cobertura legal a estas actuaciones las organizaciones de Enfermería buscaron ampliar su uso autónomo de medicamentos, chocando en este empeño con las organizaciones médicas.

Más de una década de polémica

‘Prescripción’ enfermera: el cuento de nunca acabar de una reivindicación anclada en dudas y conflictos

El Foro de la Profesión Médica quiere cambiar otra vez el decreto de 'receta' enfermera. Enfermería, satisfecha, admitiría matizarlo; el Consejo de Farmacéuticos valora recurrirlo, y Sanidad no quiere cambios. Queda por ver cómo influye la norma y si realmente otorga más competencias

En los años siguientes hubo movimientos en torno a esta cuestión. Algunas autonomías crearon la figura de la “indicación enfermera” con sus órdenes de dispensación para que las profesionales pudieran indicar a sus pacientes medicamentos no sujetos a prescripción médica. A un nivel general, circularon borradores que concebían que Enfermería pudiera utilizar autónomamente medicamentos no sujetos a prescripción médica y también medicamentos de prescripción médica, en el marco de unos protocolos que deberían ser acordados por las profesiones médica y enfermera. Además, se preveía una alta exigencia de capacitación para el grado de autonomía real que alcanzarían los profesionales de Enfermería en esta materia. Para obtener la acreditación se postulaba una formación semipresencial, que en el ámbito de los cuidados generales debería abarcar 6 créditos ECTS, equivalentes a 150-180 horas. Además, en el ámbito de los cuidados especializados se precisarían otros 6 créditos ECTS equivalentes a 150-180 horas, que habrían de obtenerse una vez superados o reconocidos los créditos previstos en el apartado anterior para el ámbito de los cuidados generales. La acreditación se definía como necesaria para usar todo tipo de fármacos, incluidos los que pueden dispensarse sin prescripción; esto es: para indicar la valeriana que puede recomendarse sin receta en una oficina de farmacia una DUE especialista en Salud Mental requeriría entre 300 y 360 horas de formación presencial, con sus correspondientes créditos (y tasas), lo que parecía a todas luces desproporcionado.



Certificado de acreditación de la competencia profesional enfermera para la indicación de dispensación de medicación y productos sanitarios en el ámbito de los cuidados generales enfermeros, expedido, tras la realización del correspondiente curso y abono de sus tasas, por el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Nótese que el Consejo asignaba un “número de registro de la Organización Colegial de Enfermería como enfermero/a prescriptor/a”

En este río revuelto empezaron a organizarse cursos de capacitación auspiciados por organizaciones colegiales. Quien suscribe tuvo conocimiento de un curso que planteaba entre otras materias la formación en un programa de prescripción (algo asimilable a Presbide, por tanto), no interoperable con los ya existentes, y que acreditaba a la enfermera en la *“competencia profesional de indicación de dispensación de medicación y productos sanitarios en el ámbito de los cuidados generales enfermeros”*, al tiempo que le asignaba *“número de registro de la Organización Colegial de Enfermería como enfermero/a prescriptor/a”*. El procedimiento precisaba del abono de tasas para la obtención del diploma acreditativo.

En octubre 2015 se produjo una más que notable polémica cuando, en menos de una semana, el Ministerio cambió el contenido del Real Decreto que iba a organizar el uso de medicamentos de prescripción médica por Enfermería, alterando lo acordado con los representantes de esta profesión y amoldándolo a lo que resultaba aceptable para los de los médicos. En el borrador acordado, el Art. 3.2 establecía que los enfermeros acreditados podrían indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica en el marco de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial previamente validados por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sin embargo, el texto definitivo, publicado como Real Decreto 954/2015, que no vio la luz hasta la víspera de Nochebuena, hacía necesario que un profesional prescriptor [médico u odontólogo] hubiera *“determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir”*. Además, la indicación, el uso y la autorización de la dispensación por parte de los enfermeros deberían ser *“objeto de seguimiento por parte de ese sanitario [médico u odontólogo]”*. De esta manera, el uso de medicamentos por parte de Enfermería requería de hecho la intervención y la monitorización de un médico que emitiera un diagnóstico, comprobase que la enfermera podía usar el fármaco con arreglo a los protocolos y supervisase la corrección del proceso.

Cuando se conoció este cambio de criterio del Ministerio, la reacción de las organizaciones de Enfermería fue tajante. El entonces presidente del Consejo General de Enfermería calificó el Real Decreto de *“cacicada de un Gobierno en manos de la ultraderecha”*. A su vez, la Mesa Enfermera, compuesta por el Consejo General de Enfermería y el sindicato SATSE, difundió un comunicado calificando el texto de *“involución”* para la profesión enfermera, y acusando al Ministerio de traicionarla, engañarla y humillarla. En ese comunicado acusaban a las organizaciones médicas de *“ultraconservadoras”* y de chantajear al Gobierno, además de calificar lo sucedido como *“hecho sin precedentes en la historia de la democracia española”*, trasladándose la cuestión del ámbito sanitario y profesional al político.



Enfermería: “Es una cacicada de la ultraderecha”

Critica especialmente el cambio en el artículo 3

Viernes, 23 de octubre de 2015, a las 19:33

Esto decía Enfermería ante el decreto de 2015

Asimismo, redactaron un documento en el que se enumeraban una serie de actos enfermeros que a partir de ese momento podrían pasar a ser delitos de intrusismo. Entre ellos destacaban actuaciones tan trascendentales y rutinarias (en el sentido de habituales) como la administración de vacunas sin diagnóstico médico previo. Ahora bien, también se recogía el uso de oxitocina por las matronas, el empleo de cremas – con o sin antibióticos– o apósitos medicamentosos para curar heridas, quemaduras o úlceras por presión; la regulación de la medicación a los pacientes crónicos en las consultas de Enfermería, como en el caso de los diabéticos o los pacientes anticoagulados; la asistencia de equipos de urgencia (donde a menudo no viaja un médico), o en unidades de cuidados críticos en las que la enfermera tiene a veces que tomar decisiones sobre tratamiento farmacológico; el uso de heparina (sujeta a prescripción médica) para evitar la coagulación de la sangre en las vías que están puestas pero no abiertas y en general, el uso autónomo de medicamentos de prescripción médica *“en todos aquellos servicios donde no hay médicos en plantilla de forma permanente: en empresas, escuelas, en ambulancias, en el ámbito militar”*.

Los servicios sanitarios se encontraron con que si Enfermería se adaptaba a los términos maximalistas del Real Decreto, como sugirieron sus organizaciones profesionales que deberían hacer para evitar denuncias, podrían pararse procesos de máxima importancia, y en particular, las campañas de vacunación. Osakidetza, ante esa tesitura, emitió una instrucción que descartaba que el personal enfermero no pudiera vacunar y por este motivo remarcaba su obligación de realizar esta intervención. La reacción de los tres colegios oficiales de Enfermería del País Vasco fue presentar un recurso contra esta Instrucción al considerar que la medida no se ajustaba a la legalidad vigente (legalidad, por otra parte, que la profesión enfermera había criticado en los términos anteriormente recogidos). Un Juzgado de lo Contencioso Administrativo suspendió cautelarmente la Instrucción en tanto se pronunciaba sobre el recurso. La cuestión llegó al Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, que en noviembre de 2017 emitió una sentencia que confirmaba la suspensión de la instrucción por no ajustarse al Real Decreto 954/2015.

Ratifican que la enfermería vasca no puede vacunar sin prescripción médica previa



17 julio 2017



El Tribunal Superior de Justicia el País Vasco avala la postura de SATSE y suspende cautelarmente la Instrucción de Osakidetza sobre vacunación

Para entonces, la presión de la realidad asistencial y de los servicios sanitarios autonómicos, en particular, y el relevo en las presidencias de los consejos generales de los colegios de las profesiones médicas y enfermeras habían allanado el camino hacia un acuerdo necesario. El feliz evento tuvo lugar en el seno del Foro Profesional (que agrupa a enfermeras y médicos) el 24 de octubre de 2017. En el texto consensuado no se mencionaba que fuera necesario el diagnóstico por parte de un profesional médico, sino que sería *“en los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial donde deberá figurar necesariamente el diagnóstico médico y la prescripción médica, que en cada caso proceda, junto con las actuaciones que, en el ámbito de sus respectivas competencias, médicos y enfermeros habrán de llevar a cabo colaborativamente en el seguimiento del proceso”*. En cuanto a la acreditación, se seguía hablando de un programa formativo y se remitía al Anexo I del Real Decreto 954/2015, que establecía un recorrido de 180 créditos para la Enfermería de cuidados generales y otros 180 créditos para la de cuidados especializados.

El acuerdo se ratificó en febrero y después han pasado ocho meses en los que se ha retrasado su publicación. En este tiempo, uno de los cambios fundamentales es que el Tribunal Constitucional, apoyándose en legislación vigente de rango superior, ha determinado que las acreditaciones para prescribir no debe otorgarlas el Ministerio, sino que esta función es competencia de las Comunidades Autónomas. Por fin, el BOE del 23 de octubre publicaba el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

- 14474** *Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.*

Prácticamente de manera inmediata, el Foro de la Profesión Médica emitía una nota de posicionamiento en la que señalaba que el texto definitivo incorpora cambios sin conocimiento de dicho foro, por lo que considera sin validez el acuerdo suscrito el 24 de octubre de 2017. El posicionamiento no concretaba qué cambios podría considerar aceptables o inaceptables, aunque después se han ido conociendo algunos de ellos, relacionados con terminología y con la posibilidad de que la redacción del Real Decreto permita una futura expansión de las competencias de Enfermería en materia de prescripción. Es reseñable que aunque el texto definitivo reduce los requisitos sobre formación para acreditación (ver más adelante), no ha trascendido que esto pueda haber generado malestar entre los médicos.

En este guirigay conviene tener una idea de qué aporta el Real Decreto 1302/2018, para lo cual podemos apoyarnos en un informe de Jesús Arroyo en Redacción Médica. Pues bien, la nueva norma introduce importantes novedades respecto del Real Decreto previo en materia de los requisitos que deben cumplir las enfermas y enfermeros para obtener la acreditación para indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos. Incluso aborda la forma de referirse a los profesionales de Enfermería, aclarando en su Disposición Adicional Tercera que las referencias en el Real Decreto previo a *“los términos enfermero y enfermeros, deberán entenderse realizadas a los términos enfermera y enfermero y enfermeras y enfermeros, respectivamente”*.

Frente a los exigentes requisitos previos para la acreditación, en el ámbito de los cuidados generales el nuevo Real Decreto solo especifica que es necesario estar en posesión del título de graduado en Enfermería, de diplomado en Enfermería, o de ayudante técnico sanitario, o equivalente, y poder acreditar una experiencia profesional mínima de un año. Si esto último no fuera posible habrá que superar un curso de adaptación adecuado ofrecido por la Administración sanitaria de manera, específica el Real Decreto, gratuita. De esta manera, el grueso de profesionales de cuidados generales queda eximido de una formación específica para acreditarse. Por su parte, en el ámbito de los cuidados especializados, es necesario estar en posesión

del título de graduado en Enfermería, de diplomado en Enfermería o de ayudante técnico sanitario, o equivalente, así como del título de Enfermero Especialista y poder acreditar una experiencia profesional mínima de un año. En el supuesto de que no se cuente con esta experiencia sería necesario también superar un curso de adaptación adecuado ofrecido por la Administración sanitaria de manera, señala el Real Decreto, gratuita. En todo caso, y como se mencionaba antes, el procedimiento de acreditación estará *“regulado por las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias”*. Asimismo, será posible la acreditación profesionales de otros Estados miembros de la Unión Europea y de terceros países siempre que cumplan estos requisitos.

Como preveían otros borradores y textos legales publicados a lo largo de esta larga historia, son centrales los protocolos o guías de práctica clínica que guiarán *“las actuaciones que, en el ámbito de sus respectivas competencias, el personal médico y enfermero realizarán colaborativamente en el seguimiento del proceso, al objeto de garantizar la seguridad del paciente y la continuidad asistencial”*. Estos protocolos condicionarán *“la indicación, uso y autorización para la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, por parte de las enfermeras y enfermeros”* y serán acordados por las profesiones de Enfermería y Medicina y aprobados por la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Un matiz importante es que *“salvo en aquellos casos en los que un paciente, en atención a sus condiciones particulares, precise de una valoración médica individualizada, la administración de las vacunas contempladas en el calendario vacunal y aquellas tributarias de campañas de salud que se determinen por las autoridades sanitarias, sólo precisará de la correspondiente orden de dispensación”*.

Esta última frase tiene dos consecuencias importantes. Por una parte, las enfermeras podrán administrar vacunas sin participación alguna de personal médico, lo que salva las campañas de vacunación. Por otra, la utilización del término *“valoración”* en lugar de *“diagnóstico y prescripción”*, que figuraban en el borrador de octubre de 2017, ha soliviantado a los representantes de la profesión médica. El documento a través del cual las enfermeras indicarán la medicación será la *“orden de dispensación”*, en la que deberán constar *“el número de colegiación o, en el caso de órdenes de dispensación del Sistema Nacional de Salud, el código de identificación asignado por las Administraciones competentes y, en su caso, la especialidad oficialmente acreditada que ejerza”*. Para el caso de medicamentos especiales o de una alta complejidad, el Real Decreto indica que *“de manera excepcional, cuando los avances científicos lo pudieran requerir los protocolos y las guías de práctica clínica y asistencial podrán prever complementar la formación de las enfermeras y enfermeros”*.

¿Cuáles han sido las reacciones de las partes implicadas? Ya hemos comentado el rechazo de la profesión médica, que se ha sentido engañada por el Ministerio, como le sucedió en 2015 a la Enfermería, cuyos representantes afirman ahora su convicción de que el Real Decreto convierte a España y a la Enfermería española en “pioneros en

Europa". Ante este desencuentro la ministra citó para una reunión a los presidentes de los consejos generales de Enfermería y Medicina, sin que hayan trascendido acuerdos al respecto y sin que desde la profesión médica se haya desistido de su empeño de modificar el Real Decreto recién publicado.

DIARIO MEDICO

Profesión Especialidades Opiniones Tecnología Política Normativa Salud Más ▾

Twitter Facebook Search

Iniciar sesión

☰ POLÍTICA

DMEDICO  **OVEN**

Política

Un día después de entrar en vigor el decreto

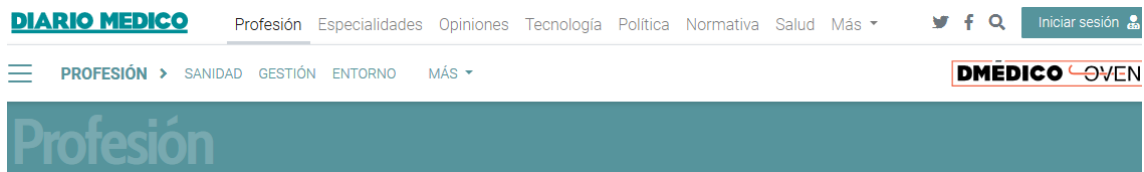
Sanidad reúne de urgencia a médicos y enfermeros tras la nueva polémica con la 'prescripción' enfermera

El Ministerio de Sanidad ha reunido esta mañana a los representantes de médicos y enfermeros para tratar de acercar posturas tras la publicación, con cambios de última hora que han molestado a los médicos, del decreto de prescripción enfermera.

Los protocolos que permitirán las actuaciones de Enfermería en materia de uso e indicación de fármacos deben ser consensuados por médicos y enfermeras, y según la disposición adicional segunda del nuevo Real Decreto deberían estar aprobados en el plazo máximo de dos años a partir de la entrada en vigor del mismo. La sensación de haber sido agraviados de los representantes profesionales médicos tal vez no genere el mejor clima para favorecer acuerdos. ¿Nos encontraremos, ahora, ante un nuevo atasco, en este caso para la generación de esos protocolos?

El debate, no obstante, va más allá de las estructuras colegiales. La Sociedad Española de Medicina General, que apoya la ampliación de competencias de la Enfermería y reconoce su capacitación, expresa, sin embargo, su preocupación, porque como la organización colegial, considera que el Real Decreto "abre puertas" que podrían llevar a una capacidad de prescripción de las enfermeras más allá de la pactada: "El texto cambia *diagnóstico y prescripción médica* por *valoración médica*, algo que puede permitir a Enfermería hacer más prescripción". Eso sí, matizando que "Enfermería es muy sensata y no se va a exceder". Por si hubiera poca controversia, la CSIF (Central Sindical Independiente y de Funcionarios) ha dado a conocer que está preparando un recurso contra el decreto, al tiempo que critica que el actual el Ministerio de Sanidad, al igual que el equipo anterior, durante el Gobierno del PP, "desvirtúa y vacía de contenido la negociación con los sindicatos, en favor de los intereses de las organizaciones colegiales de médicos y enfermería que, además, como estamos comprobando, no logran ponerse de acuerdo sobre el desarrollo de la prescripción enfermera". También han terciado en la polémica las organizaciones de farmacéuticos. Según informa R. García del Río en Diario Médico, el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos está estudiando su correspondiente recurso contra el Real Decreto incluye como competencia de los enfermeros en hospitales la "validación de la

dispensación”, algo hasta ahora reservado para los farmacéuticos de hospital. Y el Colegio de Farmacéuticos de Madrid ha dado orden a sus servicios jurídicos propios y externos para estudiar el Real Decreto, con el fin de interponer un recurso contra él. El argumento es que el experto del medicamento es el farmacéutico y que “la formación académica en Farmacología del farmacéutico consta de 825 horas y 33 créditos, frente a las 150 horas y 6 créditos de Enfermería”.



Conflicto competencial y político

La Farmacia entra en la ‘prescripción enfermera’: Consejo General y Colegio de Madrid estudian recurrirla

El Consejo General de Farmacéuticos y el Colegio de Farmacéuticos de Madrid estudian si recurrir el decreto de ‘prescripción’ enfermera. La Farmacia entra así en un conflicto hasta ahora protagonizado por médicos, enfermeros y el ministerio.

Así pues, doce años de disputas y desacuerdos han alumbrado un Real Decreto en 2015 que soliviantó a la Enfermería y una corrección en 2018 que ha tenido la capacidad de ofender a las organizaciones profesionales médicas y despertar recelos sindicales y malestar en farmacéuticos. Como bien define José A. Plaza en Diario Médico, estamos ante “el cuento de nunca acabar de una reivindicación anclada en dudas y conflictos” o, como titula, también en Diario Médico, Carmen Fernández Fernández, esto viene a ser “la historia interminable”.



Reflexiones en el AVE

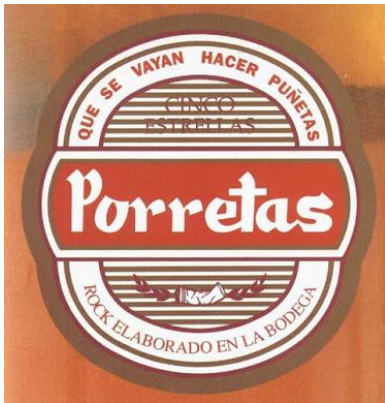
La historia interminable

El largo y retorcido proceso para llegar a la ‘receta’ enfermera es un ejemplo de cómo no deben resolverse los asuntos de competencias profesionales.

Tal vez, como reclaman algunos, la solución sea no parchear el problema con reales decretos insatisfactorios, sino cambiar la Ley del Medicamento. En cualquier caso, y mientras se da con una solución, solo cabe lamentar el espectáculo que está dando

España en esta materia, no sabemos si pionero en Europa, pero seguro que difícil de encontrar en otros países. Y, sobre todo, hay que deplorar que en esta cuestión los intereses corporativos, la torpeza de los gobiernos y los egos de algunos directivos profesionales, parecen tener más importancia que las necesidades de los pacientes.

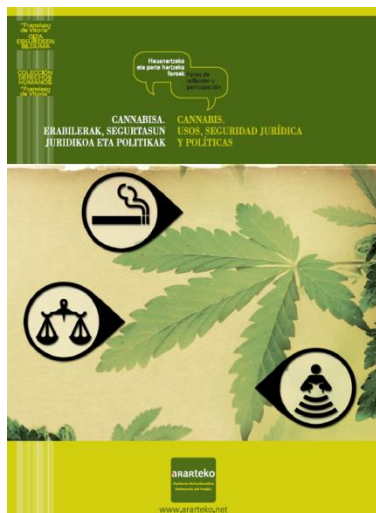
CANNABIS: EVIDENCIAS Y REFLEXIONES



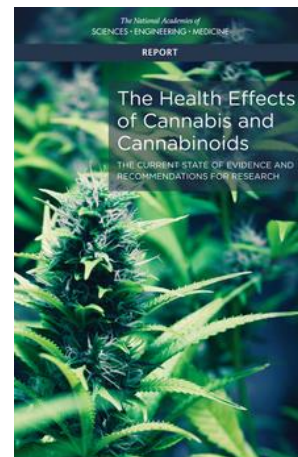
Los cambios regulatorios en varios países acerca del uso terapéutico y/o recreativo del cannabis provocan constantes noticias y suponen un asunto de actualidad, cuando no de controversia. No es extraño que la opinión pública esté confundida, sin saber a qué atenerse: el cannabis es mano de santo para todo y debe legalizarse y fomentarse su uso terapéutico y recreativo, o bien es un venenazo que hay que perseguir y mantener prohibido. O igual es ambas cosas... Así que aquí os ofrecemos algunos argumentos, proporcionados por Rodrigo Oraá, coordinador de adicciones de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

EVIDENCIAS, LEGISLACIÓN Y PAPEL DE LOS SANITARIOS

La legislación sobre el uso recreativo o terapéutico del cannabis es muy variada geográficamente y con constantes modificaciones a lo largo de estos años. Los argumentos a favor o en contra no son excluyentemente sanitarios. En el debate acerca de la regularización del uso del cannabis son necesarias distintas perspectivas, como recoge la publicación del Ararteko que incluye la visión antropológica, sociológica, jurídica...



En ocasiones, sin embargo, parece que los argumentos que más se tienen en cuenta en cuanto a posicionarse a favor o en contra de la regularización son los médico/farmacológicos: el riesgo de su uso y sus potenciales beneficios. En una búsqueda rápida en internet podemos encontrar una enorme cantidad de material con conclusiones contradictorias y con un alto grado de militancia. Este fenómeno, opiniones opuestas con gran



intensidad emocional, también se ha vivido en Congresos Nacionales y Jornadas profesionales.

Esta situación en la que parecemos forzados a definirnos en una posición anti o pro es puesta en relación con el fenómeno de la posverdad en un reciente artículo de Hugo López-Pelayo y su grupo. Es a partir de las evidencias, siguiendo un método, a pesar de sus limitaciones, como podemos establecer un marco que module la influencia de la emoción o las creencias personales. Y este marco adquiere además especial importancia en el campo de las adicciones donde ha existido y existe aún un notable grado de subjetividad. Aconsejo su lectura por su brevedad y porque sin caer en el alarmismo y destacando que el cannabis es una sustancia con menores efectos perjudiciales que alcohol o nicotina, sintetiza las evidencias disponibles sobre los efectos a nivel psiquiátrico y orgánico. Como material de consulta más detallado, una opción: The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids. The Current State of Evidence and Recommendations for Research (2017)

En cuanto a los argumentos que defienden lo positivo de los efectos del cannabis, se consideran el uso terapéutico y el uso recreacional. Las características de este último son bien conocidas generalmente a través de la práctica clínica habitual. El uso terapéutico, en cambio, no es abordado habitualmente en la literatura sobre adicciones. Distintos compuestos y usos están autorizados según los países. En nuestro medio está disponible Sativex, con prescripción exclusivamente hospitalaria. Es una pulverización bucal, que permite la administración por vía oromucosa de una cantidad determinada de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) y cannabidiol (CBD) y así evitar los riesgos derivados del uso fumado y mejorar el perfil farmacocinético.



Según ficha técnica está indicado como tratamiento para la mejoría de los síntomas en pacientes adultos con espasticidad moderada o grave debida a la esclerosis múltiple (EM) que no han respondido de forma adecuada a otros medicamentos antiespásticos y que han mostrado una mejoría clínicamente significativa de los síntomas

relacionados con la espasticidad durante un período inicial de prueba del tratamiento. Cada pulverización de 100 microlitros contiene 2,7 mg de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) y 2,5 mg de cannabidiol (CBD) de Cannabis sativa L. La mayoría de los pacientes responden a dosis de hasta 12 pulverizaciones al día. Si tenemos en cuenta que la Unidad de Porro Estándar¹– UPE6 - son 7 mg de 9-THC, 12 pulverizaciones (32,4 mg) suponen una cantidad equivalente a algo menos de 5 porros.

1 UPE = 1 porro = 0,25g = 1 € = 7mg 9-THC

La Unidad de Porro Estándar

Algunas noticias hacen referencia a la intención en Cataluña de autorizar su uso fuera de indicación, también a nivel hospitalario, para enfermos de cáncer, para el dolor que no responde a otros tratamientos y las náuseas y vómitos secundarios a la quimioterapia.

Además, un número importante de personas usa cannabis con fines terapéuticos. La carencia de controles y la variabilidad en la proporción de principios activos dificulta la dosificación y aumenta los riesgos. Con la intención de disminuir los riesgos, destacando la ausencia de intención en promover su uso, el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona facilita información para minimizar los daños, en un “prospecto del cannabis”.

COL·LEGI DE FARMACÈUTICS DE BARCELONA Inicio | Farmacias | Temas de salud | Nutrición | FAQ | Recursos |

Home - El medicamento - Cannabis

Cannabis

Rafael Borràs, Farmacèuti

Índice de artículos

- Cannabis
- Uso terapéutico y uso lúdico
- Descripción química
- Indicaciones
- Contraindicaciones
- Dosificación
- Consejos
- Efectos secundarios
- Embarazo y lactancia
- Riesgo de dependencia
- Advertencias especiales
- Todas las páginas



Resulta interesante también el apartado de interacciones, en el que por primera vez hay una mención de la interacción con disulfiram, aunque no referenciada y que no hemos podido contrastar. ¿Se deberá a preparados con alcohol?

¹ Este editor ha flipado con lo de la Unidad de Porro Estándar.

Como síntesis recomendamos una revisión reciente del uso terapéutico por un grupo canadiense, que pueden resumirse en:

- Existen evidencias razonables de que los cannabinoides mejoran las náuseas y los vómitos después de la quimioterapia.
- Podrían mejorar la espasticidad (principalmente en esclerosis múltiple).
- Existe incertidumbre acerca de si los cannabinoides mejoran el dolor; si lo hacen, es dolor neuropático y el beneficio es probablemente escaso.
- Los efectos adversos son muy comunes, lo que significa que los beneficios deberían ser considerables para justificar los ensayos de la terapia.

Los mismos autores elaboran una guía para atención primaria recomendando nabilone, análogo sintético de THC comercializado como Cesamet o Canemes o nabixomols, equivalente a Sativex. Advierte que generalmente los efectos secundarios son mayores que los beneficios y que deben considerarse con los pacientes.

INICIATIVAS PRAGMÁTICAS. CANNARED Y RECOMENDACIONES DE REDUCCIÓN DE DAÑOS
Considerando que según los datos disponibles un 9,8% de los ciudadanos de nuestro país ha consumido cannabis en el último año y un 2,1% lo consumen a diario, que su consumo se asocia a los daños antes mencionados - trastornos mentales, orgánicos, sociales, y reproductivos -, y que 2 de cada 10 ciudadanos piensa que el consumo regular de cannabis no provoca ningún daño, Socidrogalcohol ha organizado este año con financiación del Plan Nacional Sobre Drogas una Red formativa para la detección precoz de los problemas derivados del consumo de cannabis (CannaRed), con el objetivo de instaurar y validar una metodología que permita formar a profesionales no especialistas en adicciones (atención primaria, pediatría, docentes, orientadores escolares, etc.) en la detección e intervención precoz del consumo problemático de cannabis. La metodología sugerida es análoga a la utilizada en el consumo de riesgo/problemático de alcohol. Primero se identifican los usuarios regulares de cannabis, la frecuencia de consumo, la cantidad consumida – mediante la UPE -, y situaciones particulares que son de riesgo, como las mujeres embarazadas. Se sugiere la escala CAST – Cannabis Abuse Screening Test – para evaluar el nivel de riesgo y orientar la intervención: consejo breve, información, estilo motivacional.

Otro ejemplo de iniciativa pragmática, también considerado en esta formación, es el desarrollo de guías de reducción de daño en el uso de cannabis basadas en evidencias como la publicada por Fischer y cols, cuyas principales conclusiones son:

| Recomendación | Evidencia |
|--|-----------|
| La mejor manera de evitar los riesgos asociados al consumo de cannabis es la abstinencia | Alta |
| La prevención deben enfatizar el retraso en la edad de inicio | Alta |
| Intentar evitar cannabis de una alta concentración de THC y priorizar el de bajo ratio THC.CBD ya que los efectos adversos se relacionan con la alta dosis de THC | Alta |
| El cannabis en combustión y/o mezclado con tabaco se debería evitar priorizando otras formas de consumo (vaporizado o comestible) | Alta |
| Los usuarios deberían intentar mantener un consumo ocasional (una vez a la semana, fin de semana o menor frecuencia) | Alta |
| Evitar conducir durante las 6 horas posteriores al consumo –siempre que esto no contradiga la legislación local vigente- y nunca conducir tras ingerir alcohol y cannabis ya que existen potenciación de los efectos agudos negativos sobre la capacidad de conducción | Alta |
| Evitar el cannabis sintético por el riesgo de efectos agudos adversos | Moderada |
| Evitar inhalación profunda para disminuir daño pulmonar | Moderada |
| Evitar la combinación de dos o más conductas de riesgo descritas anteriormente | Moderada |

RIESGO DE DISCINESIA TARDÍA Y TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS DE PRIMERA Y SEGUNDA GENERACIÓN

Lo publica World Psychiatry; se trata de un metaanálisis firmado entre otros por primeras espadas, como Leucht o Kane, en el que se analizan los riesgos de desarrollar una discinesia tardía según el tipo de antipsicótico recibido. Se incluyen 57 ensayos clínicos que ofrecen datos sobre 32 comparaciones entre antipsicóticos de primera generación y de segunda generación, y otros 35 comparando antipsicóticos de segunda generación entre sí. La conclusión principal es que si, los antipsicóticos clásicos se asocian a un riesgo de discinesia tardía tres veces superior a los antipsicóticos de segunda generación. Esto contrasta, de hecho, con las conclusiones de los estudios CATIE y CUtLASS, en los que no se apreciaron diferencias en el riesgo (estudios que por otro lado no se diseñaron para evaluar efectos secundarios, sino efectividad del tratamiento antipsicótico). Olanzapina, clozapina y aripiprazol resultaron ser los antipsicóticos con menor riesgo de discinesia tardía.

RESEARCH REPORT

Tardive dyskinesia risk with first- and second-generation antipsychotics in comparative randomized controlled trials: a meta-analysis

Maren Carbon¹, John M. Kane¹⁻⁴, Stefan Leucht⁴, Christoph U. Correll^{1-3,5}

¹Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks, NY, USA; ²Department of Psychiatry and Molecular Medicine, Hofstra Northwell School of Medicine, Hempstead, NY, USA; ³Center for Psychiatric Neuroscience, Feinstein Institute for Medical Research, Manhasset, NY, USA; ⁴Department of Psychiatry and Psychotherapy, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Munich, Germany; ⁵Campus Virchow-Klinikum, Charité-Universitätsmedizin Berlin, and Department of Child and Adolescent Psychiatry, Berlin Institute of Health, Berlin, Germany

MIRTAZAPINA EN LA DEPRESIÓN RESISTENTE

Teniendo en cuenta que un porcentaje importante de pacientes depresivos no responden, o solo lo hacen parcialmente, al tratamiento antidepresivo más estándar, el uso de distintas combinaciones y potenciadores ha sido una tradición clínica clásica. También es verdad que muchos de estos usos y recomendaciones han ido pasando a mejor vida, muchas veces basados en experiencias aisladas y que no han resistido al paso del tiempo ni al tamiz de la evidencia. Seguro que los psiquiatras más “viejos” recordamos muchas de estas estrategias, a veces verdaderos localismos, es decir, que parecían solo funcionar cuando se usaban en un hospital o entorno concreto. El uso de mirtazapina como potenciador de otros antidepresivos (como los ISRS) goza de cierta popularidad, apoyada a su vez por los resultados de algunos estudios pequeños. Este ensayo clínico con casi 500 pacientes no sólo no ha encontrado evidencia de beneficio de esta estrategia, sino además una mayor probabilidad de efectos adversos y abandono del tratamiento.



Research

Mirtazapine added to SSRIs or SNRIs for treatment resistant depression in primary care: phase III randomised placebo controlled trial (MIR)

BMJ 2018 ; 363 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4218> (Published 31 October 2018)
Cite this as: *BMJ* 2018;363:k4218

RESTRICCIONES A PREGABALINA Y GABAPENTINA EN UK

Y es que según nos cuentan los colegas de adicciones, cada vez tenemos más conocimiento de su uso intranasal después de machacar las pastillas, y de cuadros confusionales asociados. Así también lo entienden en Reino Unido, donde ambas sustancias van a pasar, a partir del próximo mes de abril, a considerarse medicamentos controlados.



News

Pregabalin and gabapentin become controlled drugs to cut deaths from misuse

BMJ 2018 ; 363 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4364> (Published 16 October 2018)
Cite this as: *BMJ* 2018;363:k4364

Tanto la pregabalina como la gabapentina se utilizan para el tratamiento de la epilepsia, el dolor neuropático y el trastorno de ansiedad generalizada, pero su uso “recreativo” ha ido

creciendo, así como el número de muertes asociadas a ese uso (190 en Inglaterra y Gales en 2017).

TDAH Y FECHA DE NACIMIENTO

Es una observación ya replicada en varios estudios, que ahora parece confirmar una revisión sistemática que publica el *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. El tema es relativamente sencillo: los niños más jóvenes de la clase, los que nacen en las últimas fechas del año, tiene más probabilidades de recibir un diagnóstico (y un tratamiento) de TDAH. Y la causa parece también clara, la confusión de los síntomas del TDAH con la mera diferencia madurativa derivada de la edad. Y esto no sucede sólo en ámbitos donde la prescripción de estimulantes es elevada, sucede igualmente en los que la prescripción es reducida, sugiriendo que los problemas diagnósticos no se ciñen a los entornos de elevada prescripción. El caso es que este efecto no parece existir en países como Dinamarca, donde es costumbre reacondicionar a los niños en un curso inferior, acorde con su nivel madurativo.

Institute for
Effective Education
Empowering educators with evidence

[Home](#) [About this website](#) [Glossary](#) [Contact us](#)

Best Evidence in Brief

Fortnightly e-newsletter of education research news



Category: late birthdate

Are the youngest in class more likely to be diagnosed with ADHD?

Search ...

RECENT POSTS

- [Small class size has at best a small effect on academic achievement](#)

BENZODIACEPINAS Y RIESGO DE SUICIDIO EN UN GRUPO MUY PARTICULAR DE PACIENTES

Lo publica, de hecho, *Annals of the American Thoracic Society*, una publicación que probablemente se dedicará en general a otras cuestiones más relacionadas con los suyos. Y el grupo particular de pacientes a los que se refiere el estudio es aquellos que padecen, de forma conjunta, un EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y un TEP (trastorno por estrés

postraumático). No sabemos muy bien cómo se les ocurrió la idea de explorar precisamente a este grupo de pacientes, pero el caso es que encontraron más de 44.000, de los que casi la cuarta parte tomaban benzodiazepinas de forma crónica. Y desde luego sus conclusiones son curiosas: el uso crónico de benzodiazepinas no se asocia a un exceso de mortalidad relacionado con el problema respiratorio u otros impactos en la salud. Pero si se asocia a un incremento significativo en el riesgo de suicidio. Más aún, ese riesgo se presenta no en los que usan benzodiazepinas de forma crónica, sino en los que lo hacen de forma aguda. Desde luego, sorprendente. A primera vista, y sin leer en profundidad la metodología y discusión del estudio. Se me ocurre que quizás no sea tanto un efecto específico de las benzodiazepinas, sino que los pacientes más propensos a manifestar síntomas y sufrimiento psicológico mayor, también serán más proclives a recibir benzodiazepinas.

Annals of the American Thoracic Society

Home > All AnnalsATS Issues > **Articles in Press**

Risks of Benzodiazepines in Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Comorbid Posttraumatic Stress Disorder

Lucas M Donovan ; Carol A Malte , Laura J Spece , Matthew F Griffith , Laura C Feemster ; Ruth A. Engelberg , David H Au , and Eric J Hawkins

+ Author Information

<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201802-145OC> PubMed: 30309243

Received: February 27, 2018 Accepted: August 28, 2018 Published Online: October 12, 2018

¿PUBLICIDAD ENGAÑOSA?

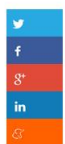
Queremos decir que pudiera quizás, de alguna manera, llamar a engaño a gente predispuesta y poco sutil, no vaya a ser que nos denuncie alguien por difamación...Pero vaya, juzguen ustedes el titular:

redacción médica



Buscar en Redacción

POLÍTICA SANITARIA ESPECIALIDADES CONOCIMIENTO EMPRESAS SOCIO SANITARIO AUTONOMÍAS OPINIÓN **LA REVISTA** VIRICO



EMPRESAS > Industria

Sandoz lanza una nueva terapia en esquizofrenia para mayores de 15 años

Se comercializará en comprimidos de liberación prolongada de 3 mg, 6 mg y 9 mg

Richard Francis, CEO de Sandoz.



Y luego vayan corriendo, con los ojos anegados por la emoción, a leer el resto de la noticia, donde dice...

Sandoz, división del Grupo Novartis, ha lanzado al mercado **Paliperidona Sandoz**, su nuevo fármaco indicado para el tratamiento de la **esquizofrenia** en adultos y adolescentes a partir de 15 años. El nuevo **genérico**, que se presenta en forma de comprimido de liberación prolongada de 3, 6 y 9 mg, tiene también uso en casos de **trastorno esquizoafectivo** en adultos.

Vaya, la “nueva terapia para la esquizofrenia” ha resultado ser un genérico de paliperidona.

Estos no son tan descarados, en lugar de “lanzar una nueva terapia para la esquizofrenia”, como Sandoz, se conforman con “ampliar su arsenal terapéutico para el control de la esquizofrenia”, que debe estar acojonada con tanto arsenal novedoso atacándola por tierra mar y aire.

EMPRESAS / INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Kern Pharma amplía su arsenal terapéutico en control de la esquizofrenia

Lanza al mercado Inpalix, que estará disponible en tres presentaciones distintas

Manuel Garrido, director general de Kern Pharma.



Y ¿qué será este Inpalix?

Kern Pharma ha anunciado el lanzamiento de un nuevo producto, **Inpalix**, con el que amplía su vademécum para el **sistema central nervioso**. El medicamento **genérico**, cuyo principio activo es la paliperidona, está indicado para el tratamiento de la **esquizofrenia** en adultos y adolescentes a partir de 15 años, además de en casos de **trastorno esquizoafectivo** adulto.

Pues vaya...paliperidona, genérico. Impresionados nos quedamos, como vosotros, seguro.

©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

Coniecturalem artem esse medicinam

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