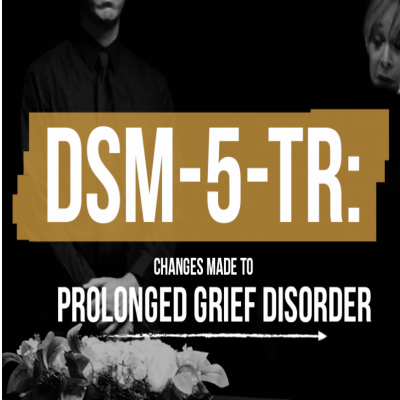




Nº 82 Septiembre 2023

Descripción

ARIPIPRAZOLES BIMESTRALES

¿POR QUÉ DSM-5 Y NO V?

EL DUELO Y EL DSM-5

TOPIRAMATO: NUEVA NOTA DE SEGURIDAD DE LA AEMPS

DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO

LA AEMPS Y LA SEMAGLUTIDA (OZEMPIC®)

ZURANOLONA

ANTIPSICÓTICOS PARA EL DELIRIUM EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

¿HACEN FALTA MAS O MENOS CAMAS PSIQUIÁTRICAS?

ARIPIPRAZOLES BIMESTRALES

Aristada®, aripiprazol lauroxil es la formulación inyectable de aripiprazol que permite su administración cada dos meses. Desarrollado por Alkermes, recibió autorización de la FDA para el tratamiento de la esquizofrenia en 2015. Hasta el momento, esta formulación no está disponible en Europa. Abilify Maintena®, la formulación depot de aripiprazol comercializada en Europa por Otsuka (y fabricada por Lundbeck), es de administración mensual. En junio del año pasado la EMA inició la revisión de aripiprazol ILP bimestral, desarrollado también por Otsuka y Lundbeck, por lo que, si se autoriza, esta formulación llegaría Europa. Hemos estado mirando en la página de la EMA a ver cómo andaba el asunto, pero no hemos encontrado nada. Por cierto, en 2023 la formulación de Otsuka ya recibió la

aprobación de la FDA.

[Este ensayo clínico recientemente publicado en JCP](#) evalúa la seguridad y eficacia de esta presentación, a la que se atribuye una ventaja sobre su competidor EEUU, la de venir ya precargado y listo para su uso sin tener que andar recomponiendo el producto. El ensayo, de 32 semanas de duración, concluye que sí, que va bien para los pacientes con esquizofrenia clínicamente estabilizados, al menos tan bien como los que reciben la formulación mensual. El ensayo está patrocinado por Otsuka/Lundbeck y sus autores pertenecen a sus departamentos de desarrollo y comercialización, tal y como figura en sus afiliaciones.



Schizophrenia and Schizoaffective Disorders

*This work may not be copied, distributed, displayed, published, reproduced, transmitted, modified, posted, sold, licensed, or used for commercial purposes. By downloading this file, you are agreeing to the publisher's **Terms & Conditions**.*

ORIGINAL RESEARCH

Safety and Efficacy of Aripiprazole 2-Month Ready-to-Use 960 mg: Secondary Analysis of Outcomes in Adult Patients With Schizophrenia in a Randomized, Open-label, Parallel-Arm, Pivotal Study

Leslie Citrome, MD, MPH; Pedro Such, MD; Murat Yildirim, MD, PhD; Jessica Madera-McDonough, MD; Clodagh Beckham, BPharm, DipClinPharm; Zhen Zhang, PhD; Frank Larsen, PhD; and Matthew Harlin, MS

Published: September 4, 2023

¿POR QUÉ DSM 5 Y NO V?



Pues no sabemos si este cambio trascendental, este nuevo paradigma, ha pasado desapercibido al personal, pero a nosotros nos ha llamado la atención e incluso, por qué no reconocerlo, inquietado. Y es que en los pequeños detalles se esconden muchas veces las grandes revoluciones. El caso es que ahora, después de 10 años de su publicación, nos hemos percatado de que la quinta edición del DSM ha abandonado la numeración romana, la que ha estado usando desde el DSM-I en 1952, y se ha pasado a la arábica. Hemos intentado averiguar los motivos y [hemos encontrado este comentario en Medscape](#).

Perspective > Medscape Psychiatry

DSM-5: Why '5' and Not 'V'?

A Word From the Medscape Copy Desk

Susanna Rosensteel

DISCLOSURES | June 01, 2012

En el mismo hacen referencia a lo que [la propia página del DSM 5](#) cuenta y argumenta:

[In] the 21st century, when technology allows immediate electronic dissemination of information worldwide, Roman numerals are especially limiting. Research advances will continue to require text revisions to DSM, and a TR designation, as was done with DSM-IV-TR, can only be appended once. After DSM-5 is published in 2013, future changes prior to the manual's next complete revision will be signified as DSM-5.1, DSM-5.2 and so on.

Es decir, que los números romanos no son el medio de numeración más adecuado y eficiente en un

entorno digital globalizado. Y que cuando se han querido editar nuevas versiones revisadas se ha recurrido al –TR, pero a partir de ahora se denominarán DSM-5.1, DSM-5.2, etc. Y, además, la numeración romana no está de moda, no hay más que ver la numeración de los iPhone, el 5G, el Windows 12 o el IOS 17. Nos han convencido. O no, porque la primera revisión del DSM-5 no se llama DSM-5.1, sino...DSM-5-TR...

EL DUELO Y EL DSM-5-TR

Es, desde luego, un asunto controvertido y en debate, el de la inclusión como categoría diagnóstica en el DSM-5-TR del duelo prolongado. Esto tiene una significación especial en el contexto EEUU, ya que la posibilidad de codificarlo como diagnóstico permite a su vez facturar el tratamiento a las aseguradoras.

Vamos con un par de ejemplos.

[Esta es una carta publicada en Lancet de Joanne Cacciatore y Allen Frances:](#)



Estando Allen Frances por medio, uno ya puede esperar una postura crítica al DSM y es el caso, claro. Los autores sostienen que esta inclusión es un enorme error que no resuelve ningún problema existente y crea muchos problemas nuevos. No existe un criterio, una fecha de expiración “normal” de un duelo, ya que el duelo y las características de cada muerte son muy dispares. Convertir el duelo en algo patológico es un insulto a la dignidad de las relaciones con los seres queridos y solo puede conducir a prescripciones indiscriminadas de psicofármacos (y esto es cosa nuestra, no de Allen y Joanne, a prescripciones de psicoterapias varias tan indiscriminadas como los fármacos). En cualquier caso, ¿por qué darle una categoría propia al duelo existiendo la posibilidad del diagnóstico de trastorno adaptativo?

El comentario finaliza diciendo que, en muchos casos, al duelo y a los dolientes lo que hay que hacer es dejarles en paz, respetar su dolor y manera de afrontarlo, evitar intervenciones y diagnósticos intrusivos y confiar en el soporte social del entorno y la compasión, no en la medicalización (y psicologización, añadimos nosotros). Estemos más o menos de acuerdo, reconocemos especialmente la genialidad de esta frase:

Mental disorders that might work well in the hands of researchers are often a disaster when applied in general practice

Esto nos parece muy aplicable a muchas otras cosas que nos hacen sufrir en la vida y en las que lo más sensato es mantenerse alejado de psicólogos y psiquiatras. Es llamativo que muchas veces son los mismos los que despotrican contra el DSM-5 y la psiquiatrización del sufrimiento los que después extienden el concepto de salud mental hasta el infinito y más allá.

[Aquí Awais Aftab habla con cierta extensión sobre el asunto con un enfoque distinto.](#)

Psychiatry at the Margins

A History of Prolonged Grief Disorder's Inclusion in the DSM — And What Is Missing From It



AWAIS AFTAB
9 AGO 2023

Esto dice Aftab:

Más fundamentalmente, la idea ingenua expresada hasta la saciedad por muchos críticos populares de la psiquiatría, de que los constructos del DSM se crean de la nada basándose en votos de comités con poca o ninguna consideración de la evidencia científica, simplemente no se confirma cuando observamos el proceso real. De hecho, incluso se podría argumentar que en este caso hay un hiperenfoco en ciertos detalles empíricos a expensas de otro tipo de consideraciones. La evidencia

científica es bastante clara en cuanto a que hay un subconjunto de personas en duelo que experimentan formas de duelo intensas, complicadas, duraderas y a veces debilitantes, y este duelo no responde bien a los tratamientos estándar para la depresión (antidepresivos, psicoterapia dirigida a depresión) pero parece mejorar en muchos casos con intervenciones dirigidas al duelo (psicoterapias dirigidas al duelo).

Probablemente en este debate, como en tantos otros en nuestro campo, la guerra ideológica y cultural subyace a las distintas posiciones y se impone a la visión más “científica”. La realidad es que, si nos atenemos a lo que dice Aftab, el DSM-5 no ha convertido en un trastorno mental al duelo normal, ni de lejos.

La controversia ha llegado incluso a los medios de comunicación generales, como [el New York Times](#).

The New York Times

How Long Should It Take to Grieve? Psychiatry Has Come Up With an Answer.

The latest edition of the DSM-5, sometimes known as “psychiatry’s bible,” includes a controversial new diagnosis: prolonged grief disorder.

El duelo tiene, obviamente, un componente individual y social; en tiempos de nuestros bisabuelos una mujer que perdiera a su marido o a un hijo es más que probable que llevara ropa negra, se abstuviera de celebraciones, incluso de ir al cine o reírse en público so pena de la mayor sanción social, y que evidenciara estas muestras externas de duelo durante meses o incluso años. Algunas viudas no se desprendían del luto durante el resto de su vida. Hoy en día, si un mes después de la muerte de tu marido sigues llorando cuando te acuerdas de él, necesitas un psicólogo (y/o un ISRS). No sabemos si el duelo tiene un componente específico como acontecimiento vital capaz de poner a prueba la adaptación, es decir, distinto de otros acontecimientos vitales. El componente común a todos es la capacidad personal para afrontar las cosas (y eso se extiende no solo a tu mayor o menor fortaleza, sino a muchas circunstancias, como si la persona perdida era tu único apoyo, si te deja en penuria económica, con hijos pequeños a los que criar, etc. etc.) y lo apoyos de los que dispones.

En mayo de este año *The Journal of Nervous and Mental Disease* publicaba [este artículo de revisión](#) firmado, entre otros, por Kenneth Kendler.

REVIEW ARTICLE

Prolonged Grief Disorder and the DSM A History

Zachar, Peter PhD*; First, Michael B. MD[†]; Kendler, Kenneth S. MD[‡]

Author Information👤

The Journal of Nervous and Mental Disease 211(5):p 386-392, May 2023. | DOI: 10.1097/NMD.0000000000001618

Y cuentan como ha sido el proceso por el que el duelo prolongado ha llegado a incluirse en la última revisión del DSM. Allá por los primeros años 90, un grupo de investigación ya estableció que el duelo patológico se solapa con la depresión y la ansiedad, pero no es lo mismo, un primer paso para darle entidad propia. Tras la publicación del DSM-5 en 2013, la APA estableció un proceso continuado de revisión mediante la creación del *DSM Steering Committee* liderado por [Paul Applebaum](#).



Paul Applebaum

El comité creó 5 subcomités, cada uno abarcando un área de la psicopatología y con la misión de evaluar los cambios propuestos, la evidencia requerida y los requisitos necesarios para incluir dichos cambios (especialmente exigentes para propuestas de incorporar nuevos diagnósticos). En febrero de 2018, el comité directivo recibió una propuesta para incluir el duelo persistente como nueva categoría diagnóstica, aportando datos que apoyaban mover el ya incluido en la sección III del DSM-5 (medidas y modelos emergentes, afecciones que precisan más estudio) como Trastorno de Duelo Complejo Persistente a la sección II, como entidad diagnóstica ya “oficial”. La propuesta parece que no fue inicialmente bien recibida por el subcomité correspondiente o al menos le encontraron algunas pegs, lo que a su vez parece que molestó sobremanera al grupo de investigación responsable de la propuesta, liderado por [Katherine Shear](#). Esto se daba además en un contexto de competencia con otro grupo de investigación, liderado por Prigerson, que sostenía algunas diferencias conceptuales

sobre el asunto con el grupo de Shear. Y un poco más que conceptuales, las diferencias entre ambos grupos, a lo que parece.



Katherine Shear



Holly Prigerson

Tras varios tiras y aflojas, el comité consiguió reunir a ambos grupos el 3 de junio de 2019, en una atmósfera de cierta tensión, en busca de un consenso. Y de esa reunión y de un trabajo posterior en los meses siguientes surgieron los criterios diagnósticos que definen el trastorno por duelo prologado y que fueron aprobados por la asamblea de la APA en otoño de 2020 e incorporados a la sección II del DSM-5, apareciendo por primera vez publicados en la edición DSM-5-TR en la primavera de 2022. Desde la perspectiva y argumentos de los expertos que participaron en este proceso, es posible que este asunto sea más complejo de lo aparente y todos, partidarios y opositores, tengan algo de razón...

TOPIRAMATO: NUEVA NOTA DE SEGURIDAD DE LA AEMPS

Con fecha 4 de septiembre de 2023, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) ha emitido una nota de seguridad con el título: [Topiramato: nuevas medidas para evitar la exposición en mujeres embarazadas](#)



Topiramato: nuevas medidas para evitar la exposición en mujeres embarazadas

[Inicio](#) > [Comunicación](#) > [Notas de seguridad](#) > Topiramato: nuevas medidas para evitar la exposición en mujeres embarazadas

[Formato pdf](#)

Fecha de publicación: 04 de septiembre de 2023

Categoría: medicamentos de uso humano, seguridad

Referencia: MUH(FV), 06/2023

La nota incluye recomendaciones para restringir el uso de topiramato en mujeres con capacidad de gestación ante la evidencia derivada de datos recientes de un mayor riesgo de trastornos del neurodesarrollo, incluyendo trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual, TDAH, riesgos adicionales a los ya conocidos de malformaciones congénitas y restricción del crecimiento fetal. Se desaconseja específicamente su uso en mujeres embarazadas con epilepsia, salvo ausencia de alternativa. En el caso de mujeres con capacidad de gestación, solo se debe utilizar si se garantiza el uso de métodos anticonceptivos altamente eficaces. Las mismas recomendaciones son válidas para otra indicación del topiramato, la profilaxis de la migraña. Recordar una vez más que topiramato carece de indicación autorizada alguna para trastornos psiquiátricos, por lo que su uso es siempre fuera de indicación y ha de ser justificado en la historia clínica. En el caso de su uso en mujeres con capacidad de gestación, es recomendable restringir su uso a los casos en los que se considere y pueda justificarse su necesidad y se garantice la información adecuada a la paciente.

Información para los profesionales sanitarios:

1. Se contraindica el uso de topiramato para el tratamiento de la epilepsia du
2. Si una mujer que recibe tratamiento con topiramato para la epilepsia se que
3. Para la profilaxis de la migraña, no debe usarse topiramato durante el emba
4. Para las mujeres con capacidad de gestación que actualmente ya están en tra
5. Es importante informar y asesorar a las mujeres con capacidad de gestación
6. Es preciso indicar a las pacientes que utilicen un método anticonceptivo al
7. Es importante comprobar que se cumplen las siguientes condiciones antes de
 - Es necesario realizar una prueba de embarazo antes de iniciar el tratamiento
 - Informar y asesorar a la mujer con capacidad de gestación acerca de los posi
 - Tener en cuenta opciones terapéuticas alternativas, y reevaluar la necesidad

- El tratamiento con topiramato en niñas y mujeres con capacidad de gestación

Información para pacientes:

1. Topiramato puede provocar daños graves en feto y afectar al desarrollo neur
2. Si está tomando topiramato para el tratamiento de la epilepsia y se queda e
3. Si está tomando topiramato para la profilaxis de la migraña y se queda emba
4. Si usted es una mujer con capacidad de gestación, debe utilizar un anticonc
5. Si desea quedarse embarazada o si piensa que está embarazada, informe inmed
6. Si es un padre, madre o tiene a su cargo una niña en tratamiento con topira
7. Debe realizar revisiones (al menos anuales) con su médico especialista. Dur

DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO

La verdad es que los artículos acerca del tratamiento de la depresión resistente son un clásico. Y es que, clásicamente, el título prometía mucho pero el contenido terminaba defraudando con una mezcla entre habas contadas y milagros anecdóticos que no se reproducen después.

Este es un extenso y completo artículo de revisión sobre el asunto que [publicaba hace unos días World Psychiatry](#), firmado por toda una tropa de autores, todo un artículo coral. Como revisión es de lo más completo que hemos visto, con casi 300 referencias bibliográficas.



Forum – Treatment - Resistant Depression: Progress and Challenges |  Free Access

Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions

Roger S. McIntyre, Mohammad Alsuwaidan, Bernhard T. Baune, Michael Berk, Koen Demyttenaere, Joseph F. Goldberg, Philip Gorwood, Roger Ho, Siegfried Kasper, Sidney H. Kennedy, Josefina Ly-Uson, Rodrigo B. Mansur, R. Hamish McAllister-Williams, James W. Murrough, Charles B. Nemeroff, Andrew A. Nierenberg, Joshua D. Rosenblat, Gerard Sanacora, Alan F. Schatzberg, Richard Shelton, Stephen M. Stahl, Madhukar H. Trivedi, Eduard Vieta, Maj Vinberg, Nolan Williams, Allan H. Young, Mario Maj ... [See fewer authors](#) ^

First published: 15 September 2023 | <https://doi.org/10.1002/wps.21120> | Citations: 10

 SECTIONS

 PDF  TOOLS  SHARE

El artículo merece [un comentario en el mismo número de Pim Cuijpers](#), en el que aboga por cambiar el enfoque desde el concepto de depresión resistente al de tratamiento secuencial de la depresión. También defiende que existe un sesgo en la literatura sobre depresión resistente que prioriza los abordajes farmacológicos e ignora otro tipo de intervenciones.

Commentary |  Free Access

From treatment resistance to sequential treatments of depression

Pim Cuijpers

First published: 15 September 2023 | <https://doi.org/10.1002/wps.21138>

 PDF  TOOLS  SHARE

Lo que viene a decir Pim es que la definición actual de depresión resistente (definida como una respuesta inadecuada a un mínimo de dos antidepresivos a pesar de la idoneidad del ensayo y la adherencia al tratamiento) se basa en gran medida en una idea errónea de los efectos de los tratamientos para la depresión. Es bien conocido que muchos pacientes mejoran o se recuperan totalmente sin recibir tratamiento alguno, que las respuestas a placebo son muy elevadas y que la tasa de respuesta a tratamiento es más bien modesta. Así que todo esto significa que la depresión resistente es simplemente el resultado lógico de los efectos limitados de los tratamientos y que en realidad el umbral de dos tratamientos fallidos es artificial, no existe en realidad. Tampoco sabemos a priori qué pacientes se beneficiarán del tratamiento, cuál sería el primer escalón de tratamiento a ofrecer, cuál es el siguiente en caso de falta de respuesta y el siguiente y el siguiente...

Así que Pim dice que el concepto de depresión resistente debe abandonarse porque se basa en una idea errónea de los efectos de los tratamientos de la depresión y lo que hay que hacer es avanzar hacia una agenda de investigación sobre tratamientos secuenciales, incluyendo a los tratamientos psicológicos.

LA AEMPS Y LA SEMAGLUTIDA (OZEMPIC®; WEGOBY®)

El sueño de disponer de una pastilla o remedio sencillo para bajar de peso sin esfuerzos baldíos en la mayoría de los casos en gimnasios y dietas, es consustancial a nuestros tiempos y a nuestras sociedades sedentarias y amantes del picoteo. Así que la semaglutida, [un análogo GLP-1](#), cuya formulación inyectable está disponible en Europa desde 2018 y la oral desde 2020 desarrollado como tratamiento de la diabetes tipo II, ha supuesto un auténtico bombazo tras demostrarse su efectividad para perder peso. [Y ha generado titulares como éste:](#)



EL PAÍS

Salud y Bienestar

LA SALUD VA POR BARRIOS · NUTRIR CON CIENCIA · ENFÓRMATE · NOSOTRAS RESPONDEMOS · SALUD MENTAL · ÚLTIMAS NOTICIAS

OBESIDAD >

Ozempic, las inyecciones que prometen acabar con la obesidad y que arrasan en el mercado negro

El medicamento para la diabetes tipo 2 se ha viralizado como la “droga de Hollywood” después de que varias actrices e ‘influencers’ lo usaran para perder peso rápidamente

Esta popularidad y publicidad gratuita promete a [Novo Nordisk](#), la farmacéutica danesa desarrolladora del fármaco, un brillante presente y futuro financiero, hasta el punto de que [este mismo mes se ha convertido en la empresa con más valor en bolsa en Europa](#). Todos sabemos que la diabetes tipo II es una enfermedad de muy elevada prevalencia en los países desarrollados y con sobrepeso, pero no parece que esta sea la razón o la única razón para que este medicamento lo pete.

ONCE-WEEKLY
OZEMPIC®
semaglutide injection 0.5mg, 1mg, 2mg



Su diabetes
tipo 2

¿Qué es
Ozempic®?

Usando
Ozempic®

Ahorros
y apoyo

Más allá
de Ozempic®

Buscar

Ozempic® es un medicamento inyectable para adultos con diabetes tipo 2 que se usa una vez a la semana y que, junto con una dieta y ejercicio, está comprobado que baja el nivel de azúcar en la sangre y el A1C, además de reducir el riesgo de eventos cardiovasculares serios, como ataque cardíaco, ataque cerebral o la muerte en adultos con enfermedades cardíacas confirmadas.



María tiene diabetes tipo 2 y es una portavoz recompensada por Novo Nordisk.

“
¡Yo no me doy
por vencida!”

Así como María, muchas personas aprenden a manejar su diabetes tipo 2.

Su historia familiar hizo que tomara un camino distinto y hoy, desde su salón de belleza, disfruta contar como la maneja.

Conozca la historia de María



Y ¿qué dice la AEMPS sobre el asunto? [Este es el informe de posicionamiento terapéutico sobre semaglutida](#), que, en este caso, cuando la indicación es el tratamiento de la obesidad, cambia su nombre comercial por Wegovy®. Es exactamente el mismo fármaco, pero con presentaciones con dosis distintas a Ozempic, no sabemos si con sentido terapéutico o más bien una estrategia de marketing para separar ambas líneas de productos y clientes...



IPT-148/V1/25082023

INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO
IPT-148/V1/25082023

Informe de Posicionamiento Terapéutico de semaglutida (Wegovy®) como complemento a una dieta baja en calorías y un aumento de la actividad física para el control de peso, incluida la pérdida y el mantenimiento del peso, en adultos con obesidad, o sobrepeso y comorbilidades asociadas

Fecha de publicación: 25 de agosto de 2023

Fecha de corrección de erratas: 19 de septiembre de 2023 (ver al final)

Aunque seguramente el fármaco corre por el mercado negro y no tan negro (no hay más que hacer una búsqueda en Google al respecto) para obtenerlo como dios manda, prescrito y financiado, hace falta cumplir con algunas condiciones:

- Un IMC $>30\text{kg/m}^2$
- Un IMC $> 27\text{ kg/ m}^2$ si además tienes una comorbilidad (diabetes o prediabetes, HTA, dislipemia, apnea obstructiva del sueño o enfermedad cardiovascular).
- Y además comprometerte a seguir dieta y a hacer ejercicio físico, es decir, lo que si fueras capaz de hacer de manera continuada y suficientemente estricta haría que no necesitaras Wegovy®.

El informe hace una extensa revisión de los estudios y evidencia disponible al respecto y concluye que sí, que es un tratamiento efectivo para perder peso si se administra de forma prolongada (68 semanas), con un perfil de efectos secundarios razonable (aun con incertidumbre de los posibles efectos adversos a largo plazo) en un contexto en el que prácticamente no existen alternativas efectivas. Y las que existen, dieta estricta y gimnasio, tienden a la falta de adherencia tras los entusiasmos iniciales preveraniegos y posnavideños.

ZURANOLONA

En 2019 la FDA aprobó el uso y comercialización de brexanolona (Zulresso®), una medicación en

formato de inyección intravenosa para el tratamiento específico de la depresión posparto. Eficaz y de acción rápida, requiere sin embargo hospitalización y monitorización para el tratamiento. El pasado mes de agosto la FDA ha aprobado un tratamiento similar, en este caso la zuralonona (Zurzuvae®), una versión de la brexanolona igualmente rápida y efectiva, pero por vía oral, una vez al día y sin necesidad de hospitalización. [Nos lo cuentan aquí:](#)



This Issue

Views **15,395** | Citations **0** | Altmetric **30**



Medical News & Perspectives

More ▾

August 23, 2023

A Fast-Acting Pill Received Approval for Postpartum Depression—Is It a Game Changer?

Rita Rubin, MA

Article Information

JAMA. 2023;330(10):902-904. doi:10.1001/jama.2023.16499

Hablamos de EEUU, no tenemos noticia de que ni la brexanolona ni la zuralonona hayan recibido aprobación por la EMA ni si el proceso está en vías y gestiones. En EEUU, el precio del tratamiento (solo del medicamento, sin contar costes de la hospitalización) con brexanolona es de 34.000 dólares (supone 60 horas de hospitalización e infusión intravenosa). Hasta ahora, al menos hasta la publicación del artículo que mencionamos, no se conoce el precio del tratamiento con zuralonona, pero seguramente será un disparate.

La depresión posparto grave es una condición no muy frecuente, pero muy grave, a menudo con síntomas psicóticos y riesgo para la madre y para el recién nacido, requiriendo con mucha frecuencia ingreso psiquiátrico. La clínica depresiva menor y pasajera, los *blues* posparto son, sin embargo, muy frecuentes. Veremos si no asistimos a una campaña de “visibilización” y “sensibilización” sobre la depresión posparto que extienda los límites de la posible clientela mucho más allá de lo razonable...

ANTIPSICÓTICOS PARA EL DELIRIUM EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

Una sintética revisión acerca de este asunto [que publica el Canadian Medical Association Journal](#).



[Home](#) [Content](#) [Authors & Reviewers](#) [Physicians & Subscribers](#) [Alerts](#) [JAMC](#)

Practice

Antipsychotic medications for older adults with delirium admitted to hospital

Christina Reppas-Rindlisbacher, Lesley Wiesenfeld and Nathan M. Stall

CMAJ August 14, 2023 195 (31) E1038-E1039; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.230227>

Y que se puede resumir aún más en:

- Entre un 30 y un 50% de los pacientes de más de 65 años van a experimentar síntomas confusionales y de delirium cuando sufren un ingreso hospitalario. Y un porcentaje muy elevado recibirá medicación antipsicótica.
- La medicación antipsicótica no debe usarse como tratamiento estándar del delirium. Hay que priorizar el tratamiento de las patologías subyacentes y las medidas sobre el entorno e intervenciones no farmacológicas, [como éstas](#).
- Sin embargo, son la opción terapéutica con aquellos pacientes con agitación y elevada turbulencia conductual y emocional (salvo en el delirium por abstinencia OH, en cuyo caso la opción son las benzodiacepinas).
- La elección de la medicación debe basarse en el análisis individual de cada caso, la evaluación riesgo-beneficio y perfil de efectos adversos.
- Y algo muy importante: reevaluar periódicamente la necesidad del tratamiento, siempre a la dosis más baja efectiva y durante el menor tiempo posible. Sigue siendo relativamente habitual que pacientes a los que les prescribe medicación antipsicótica durante su hospitalización por agitación, son dados de alta con ella y la prescripción se mantiene, a veces, durante meses (y años).

¿HACEN FALTA MAS O MENOS CAMAS PSIQUIÁTRICAS?

Este es un asunto cuyo debate tiene una importante contaminación ideológica, teniendo en cuenta que el cierre de camas psiquiátricas (más allá de las camas de agudos en hospitales generales) se ha

considerado un indicador de primer orden de avances en los objetivos de las reformas psiquiátricas. Cerrar los manicomios ha sido el eslogan preferido por parte de los activistas, un símbolo de la liberación de los pacientes del poder opresor de la psiquiatría, aunque en muchos lugares (muy especialmente en EEUU), los motivos del enorme cierre de camas en psiquiátricos estatales tuvieron mucho más que ver con cuestiones de costes económicos que por una preocupación por el bienestar de los pacientes, con las conocidas consecuencias.

[Este artículo es una revisión sistemática](#) de datos cualitativos basados en argumentos de expertos acerca de las tendencias en el número de camas psiquiátricas. La revisión encontró 106 publicaciones de 25 países distintos y los resultados pueden agruparse en argumentos para proseguir la reducción en el número de camas y en argumentos para mantener e incluso incrementar las existentes.



Los expertos que defienden la reducción del número de camas argumentan que muchas estancias están condicionadas no por las necesidades de los pacientes, sino por la ausencia, escasez o precariedad de los servicios comunitarios sociales y sanitarios que debieran atenderles. Nada que objetar a este argumento, lo compramos. También que una mejor coordinación e integración de los servicios sanitarios entre sí (emergencias, hospitalización, atención ambulatoria) y entre servicios sanitarios y sociales redundaría en una menor necesidad de hospitalizaciones. Otro argumento es el de que la reasignación de los recursos de personas y presupuesto financiero desde los hospitales a los servicios comunitarios (hospitales de día, equipos de tratamiento asertivo comunitario, etc.) no solo es rentable, sino que redundaría en una mejor atención y en mejores resultados. Otro argumento que compramos, aunque la realidad es que, sin una autonomía financiera y un presupuesto dedicado y finalista, lo más probable es que los ahorros de dinero y personal de tus camas se los lleven otros, y no necesariamente para salud mental. Reducir camas y mejorar las ratios de personal/pacientes mejora asimismo la calidad de la atención hospitalaria y favorece una atención más personalizada, menos restrictiva y coactiva.

Vamos ver qué dicen **los expertos que querrían más camas:**

Pues que existe una alta demanda de camas psiquiátricas, lo que resulta en tasas de ocupación elevadas, situaciones de hacinamiento, largos tiempos de espera para ingreso, sobrecarga de los

servicios de urgencias, frecuentes reingresos y desprotección de los pacientes. Y que esta desprotección conduce a un incremento de las tasas de detención y a una criminalización de los pacientes, que terminan en el sistema judicial.

También acusan a los servicios comunitarios de insuficientes e ineficaces, algo que ha sucedido sin duda en aquellos lugares en los que los procesos de desinstitucionalización no se han acompañado de un desarrollo paralelo de servicios sociales y sanitarios comunitarios suficientes. Como se menciona en uno de los estudios:

“El dinero ahorrado al cerrar instituciones psiquiátricas y trasladar (muy poca)

La falta de camas que permitan estancias más prolongadas y la presión sobre la urgencia y las camas de agudos dan lugar a altas prematuras y tasas de reingreso temprano con el famoso efecto de “puerta giratoria”. Esto, además, origina dificultades adicionales para pacientes y familiares e incrementa la probabilidad de que ocurran incidentes graves, junto con daños emocionales y físicos para ellos y sus familias:

“Desmoralización de los pacientes y del personal, con altas prematuras y ubicación and breakfast

o albergues con personal no capacitado o mal preparado. En tales circunstancias

Un argumento que nos parece difícilmente rebatible a nada que estés en contacto con la realidad es el de que existen subgrupos de pacientes que precian mantener la hospitalización y que, aun existiendo recursos comunitarios, no son susceptibles de ser dados de alta sin poner en peligro su propia seguridad y, a veces, la de otras personas. Es decir, hagamos lo que hagamos y tengamos lo que tengamos, siempre habrá pacientes que precisan estar hospitalizados.

Obviamente estos argumentos y su validez son muy dependientes del contexto social y asistencial y de la disponibilidad de recursos. No creemos que se pueda defender que hacen falta camas psiquiátricas porque si no los pacientes no tienen donde vivir o porque los servicios comunitarios son insuficientes, poco profesionales o escasamente dotados. Al contrario, lo que esto indica precisamente es la necesidad de invertir en servicios sociales y sanitarios de calidad y en obtener un funcionamiento coordinado y accesible a los mismos. El llamado [modelo comunitario equilibrado](#) (*balanced care model*) de Thornicroft y Tansella sigue siendo, hoy en día, la vía a seguir para un desarrollo sensato de servicios.

www.psicobotikas.eus

Todas las imágenes, vínculos a páginas y referencias utilizadas en este boletín

Categoría

1. Boletín

Fecha de creación
septiembre 2023

Autor
admin

default watermark