

# EUROPEAN PSYCHIATRY

VOLUMEN 5  
NUMERO 5  
1998  
JUNIO

EDICION ESPAÑOLA

REVISTA DE LA ASOCIACION EUROPEA DE PSIQUIATRIA

## ARTÍCULOS ORIGINALES

Reconsideración del aglutinamiento conyugal: distinguir la intrusión de la proximidad-atenciones entre parejas francesas.

*L. Fanjoux-Cohen, A. Mouli-Bandini, P. D. Werner, R. J. Green* ..... 284

Depresión y ansiedad como un trastorno único: datos de potenciales evocados auditivos del tallo cerebral.

*R. Kimhi, Y. Barak, D. Levy, E. Elizur* ..... 294

Rehabilitación de pacientes después del accidente cerebro-vascular: Relación entre deficiencia biológica (exploración del TC), discapacidad física y depresión clínica.

*B. Bjerg Bendsen, E. Bjerg Bendsen, L. Lauritzen, T. Vilmar, P. Bech* ..... 302

Correlaciones entre potenciales evocados auditivos estándar y síntomas en un grupo de 50 pacientes esquizofrénicos.

*T. Bourgerol, A. Benraiss, J. C. Scotto* ..... 309

Disfunción fisiológica y cognitiva en pacientes con crisis de angustia en el periodo entre crisis.

*L. Dratcu, A. Bond* ..... 319

El estudio nórdico comparativo sobre psiquiatría sectorizada: características de los usuarios repetidores de los servicios ambulatorios de urgencia en dos servicios psiquiátricos nórdicos. Un estudio de seguimiento de un año.

*O. Saarento, M. Kastrup, L. Hansson* ..... 330

## CARTA AL EDITOR

El Sistema italiano de clozapina (ICLOS) para el control del tratamiento: más de dos años de experiencia.

*S. Galderisi, P. Bucci* ..... 370

saned

SANIDAD SA EDICIONES



# EUROPEAN PSYCHIATRY

**Editors-in-chief:** P Boyer, Y Lecrubier (Paris).

**Secretariat:** Hôpital de la Salpêtrière, INSERM U 302, Pavillon Clérambault, 47, bd de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France.

Tel: (33) 01 42 16 16 56. Fax: (33) 01 45 85 28 00

**Editors:** JD Guelfi (Paris/Villejuif), R. Murray (London), M Maj (Naples), CB Pull (Luxembourg), M. Ackenheil (Munich), P Bech (Copenhagen)

**Editors Emeritus:** C Ballus (Barcelona), H Heimann (Tübingen)

## Consejo Editorial

- J Adès, *Colombes, France*  
HS Akiskal, *Rockville, MD, USA*  
NC Andreasen, *Iowa City, IA, USA*  
J Angst, *Zurich, Switzerland*  
M. Anseau, *Liège, Belgium*  
P Baumann, *Lausanne, Switzerland*  
H Beckmann, *Würzburg, Germany*  
P Berner, *Vienna, Austria*  
A Bertelsen, *Risskov, Denmark*  
J Biber, *Cádiz, Spain*  
J Birley, *London, UK*  
JC Bissierbe, *Meudon, France*  
B Bondy, *Munich, Germany*  
JP Boulenger, *Sherbrooke, Canada*  
M Bourgeois, *Bordeaux, France*  
F Brambilla, *Milan, Italy*  
I Brockington, *Birmingham, UK*  
A Clare, *Dublin, Ireland*  
F Clerget-Darpoux, *Paris, France*  
V Conde Lopez, *Valladolid, Spain*  
S Consoli, *Paris, France*  
P Cosyns, *Antwerp, Belgium*  
J Cottraux, *Lyon, France*  
M von Cranach, *Kaufbeuren, Germany*  
A Dahl, *Oslo, Norway*  
JM Danion, *Strasbourg, France*  
JFW Deakin, *Manchester, UK*  
M de Bonis, *Le Kremlin Bicêtre, Paris, France*  
H Dufour, *Lausanne, Switzerland*  
R Engel, *Munich, Germany*  
T Fahy, *Galway, Ireland*  
L Farde, *Stockholm, Sweden*  
A Féline, *Le Kremlin Bicêtre, Paris, France*  
A Fernandes da Fonseca, *Porto, Portugal*  
F Ferrero, *Geneva, Switzerland*
- M Fichter, *Prien am Chiemsee, Germany*  
H Freeman, *London, UK*  
HJ Gaertner, *Tübingen, Germany*  
D Goldberg, *Manchester, UK*  
I Hand, *Hamburg, Germany*  
H Häfner, *Mannheim, Germany*  
T Helgason, *Reykjavik, Iceland*  
H Hippus, *Munich, Germany*  
A Jablenski, *Sofia, Bulgaria*  
E Johnston, *Edinburgh, UK*  
S Kasper, *Vienna, Austria*  
M Kastrup, *Hvidovre, Denmark*  
D Kemali, *Naples, Italy*  
R Kendall, *Edinburgh, UK*  
D Klein, *New York, NY, USA*  
R Klein, *New York, NY, USA*  
S Langer, *Paris, France*  
J Lellouch, *Villejuif, France*  
P Lemoine, *Lyon, France*  
T Lemperière, *Colombes, France*  
JP Lépine, *Paris, France*  
OM Lesch, *Vienna, Austria*  
SW Lewis, *London, UK*  
H Lôo, *Paris, France*  
JJ López-Ibor, *Madrid, Spain*  
P McGuffin, *Cardiff, UK*  
W Maier, *Mainz, Germany*  
A Mann, *London, UK*  
K Mann, *Tübingen, Germany*  
I Marks, *London, UK*  
J Marlet, *Venray, The Netherlands*  
J Massanna, *Barcelona, Spain*  
J Mendlewicz, *Brussels, Belgium*  
HJ Möller, *Munich, Germany*  
N Müller, *Munich, Germany*
- M Musalek, *Vienna, Austria*  
D Naber, *Munich, Germany*  
E O'Callaghan, *Dublin, Ireland*  
Y Ono, *Tokyo, Japan*  
M Patris, *Strasbourg, France*  
J Pellet, *Saint-Etienne, France*  
C Perris, *Umeå, Sweden*  
P Pichot, *Paris, France*  
T Pohlmeier, *Munich, Germany*  
H Pope, *Belmont, MA, USA*  
AJ Puech, *Paris, France*  
G Racagni, *Milan, Italy*  
N Retterstøl, *Oslo, Norway*  
M A Ron, *London, UK*  
R Rosenberg, *Risskov, Denmark*  
M Roth, *Cambridge, UK*  
F Rouillon, *Colombes, France*  
J Saiz-Ruiz, *Madrid, Spain*  
A Sánchez-Blanco, *Zaragoza, Spain*  
N Sartorius, *Geneva, Switzerland*  
F Schulsinger, *Copenhagen, Denmark*  
G Sedvall, *Stockholm, Sweden*  
L Singer, *Strasbourg, France*  
CN Stefanis, *Athens, Greece*  
E Straube, *Tübingen, Germany*  
E Taylor, *London, UK*  
P Taylor, *London, UK*  
L Träskman-Bendz, *Lund, Sweden*  
J Vallejo, *Barcelona, Spain*  
L Waintraub, *Paris, France*  
D Widlöcher, *Paris, France*  
J Willemotte, *Charleroi, Belgium*  
J Wing, *London, UK*  
FT Zimmer, *Tübingen, Germany*  
J Zohar, *Beer-Sheva, Israel*

## Association of European Psychiatrists

**President:** J Angst (Zürich); **Past President:** R Murray (London); **President Elect:** N Sartorius (Geneva); **Secretary General:** CB Pull (Luxembourg); **Treasurer:** M Patris (Strasbourg); **Counsellors:** H Häfner (Mannheim), Y Lecrubier (Paris); **Section:** L Singer (Strasbourg).

European Psychiatry, edición original, es publicada por **Editions Scientifiques Elsevier**, 141, rue de Javel, 75747 París, Francia. Indexada en: Biological Abstracts/Biosis, CNRS/Pscal, Current Contents/Clinical Medicine and Social Behavioral Sciences, Excerpta Medica/EMbase, Psychological Abstracts

## Director de la Edición Española: C. Ballús

**saned**  
SANIDAD SA EDICIONES

Sanidad y Ediciones (SANED, S.A.). C/ Paseo de la Habana, 202 bis. 28036 MADRID. Telf.: (91) 359 40 92.

Caspe, 172, 4.º-A. BARCELONA. Telf.: (93) 247 24 11.

Directora Editorial: Alicia Martínez Magro.

Suscripciones: SANED, S.A. Paseo de la Habana, 202 bis. 28036 MADRID.

Publicación Bimensual (8 números al año).

Composición: Artecomp, S.L. Albarracín, 50-1.º. Madrid. Imprime: D.g.B. Resina, 13-15. Madrid.

Soporte válido M. Sanidad: SV 93040 R. ISSN: 1134-0665. Depósito Legal: M-5991-1994.

Copyright de los textos originales 1998. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito de los titulares del Copyright.

Difusión controlada por 

# Seropram®

Citalopram

Seropram® Citalopram (D.C.I.) Comprimidos. **COMPOSICIÓN:** Cada comprimido contiene: Citalopram (D.C.I.) (bromhidrato) 24.98 mg (correspondiente a Citalopram base 20 mg). Excipientes (conteniendo Lactosa (23.1mg), c.s. **INDICACIONES:** Episodios depresivos mayores. **POSOLÓGIA:** Este medicamento está indicado exclusivamente para el adulto. **Adultos:** La dosis mínima eficaz es de 20 mg al día. Dependiendo de la respuesta individual del paciente y de la severidad de la depresión, la dosis se puede incrementar progresivamente hasta un máximo de 60 mg al día. La dosis óptima es de 40 mg/día. **Ancianos:** La dosis diaria recomendada es de 20 mg/día. Dependiendo de la respuesta individual del paciente y de la severidad de la depresión, la dosis se puede incrementar hasta un máximo de 40 mg/día. **En caso de insuficiencia hepática:** Los pacientes afectados de función hepática disminuida no deberían recibir dosis superiores a 30 mg/día. **En caso de insuficiencia renal:** No se requieren precauciones especiales para los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Hasta el momento no se dispone de información para el tratamiento de pacientes con función renal severamente disminuida (aclaramiento de la creatinina <20 ml/min). **Duración del tratamiento:** El efecto antidepressivo generalmente se inicia después de 2 a 4 semanas de iniciado el tratamiento. El tratamiento con antidepressivos es sintomático y, por tanto, debe continuarse durante un periodo de tiempo apropiado, generalmente durante seis meses, a fin de prevenir recaídas. No existen estudios sobre la prevención de recurrencias. **FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Los comprimidos de citalopram pueden administrarse en una sola toma diaria, en cualquier momento del día, independientemente de las comidas. **CONTRAINDICACIONES:** a) Hipersensibilidad al citalopram. b) Insuficiencia renal severa con aclaramiento de creatinina inferior a 20 ml/minuto, ante la ausencia de datos. c) Niños de menos de 15 años de edad; no se dispone de datos. d) Asociación con los IMAO no selectivos e IMAO selectivos B (véase interacciones con otros medicamentos). e) Contraindicaciones relativas: asociaciones con los IMAO selectivos A. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** Advertencias: a) Como en todo tratamiento con antidepressivos, el riesgo de suicidio persiste en el periodo inicial del tratamiento en los pacientes depresivos, porque la supresión de la inhibición psicomotora puede preceder a la acción antidepressiva propiamente dicha. b) Dado que al inicio del tratamiento aparecen insomnio o nerviosismo, se puede considerar una disminución de la dosis o un tratamiento sedante asociado hasta la mejoría del episodio depresivo. c) Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. La cantidad presente en el preparado no es, probablemente, suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia. Precauciones especiales de empleo: a) En caso de insuficiencia hepática, el metabolismo puede enlentecerse, por lo que se deberá reducir la dosis a la mitad (véase Posología y forma de administración). b) En caso de crisis maníaca debe interrumpirse el tratamiento con citalopram y prescribirse un neuroléptico sedante. c) La asociación de un inhibidor de la recaptación de serotonina con un IMAO selectivo A (véase interacciones con otros medicamentos) sólo debe llevarse a cabo como último recurso, es decir, en el 5% de las depresiones resistentes a los tratamientos ensayados con anterioridad. 1)- sucesión de dos antidepressivos de mecanismo diferente y prescritos en monoterapia. 2)- asociación de un antidepressivo con litio. Si estas tentativas fracasan esta asociación puede considerarse como último recurso, pero impone un seguimiento extremadamente riguroso del paciente, teniendo en cuenta el riesgo de síndrome serotoninérgico\* (véase más adelante) al que está expuesto. -En los pacientes que tengan antecedentes de epilepsia es prudente reforzar la vigilancia clínica y terapia electroconvulsiva. La aparición de crisis convulsivas impone la interrupción del tratamiento. -Aunque no se ha observado ninguna interacción clara con el alcohol, se recomienda limitar su consumo en caso de depresión. **INTERACCIONES:** Interacciones con otros medicamentos **ASOCIACIONES CONTRAINDICADAS:** + IMAO no selectivos: Riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico\* Respetar un descanso de dos semanas entre la retirada de un IMAO y el inicio del tratamiento con citalopram, y de al menos una semana entre la retirada de citalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO.\* **Síndrome serotoninérgico:** La asociación de IMAO, selectivo o no, con las moléculas que inhiben la recaptación de la serotonina puede ser el origen de un *syndrome serotoninérgico*. El litio que aumenta la neurotransmisión serotoninérgica, puede igualmente provocar un síndrome serotoninérgico con los inhibidores de la recaptación de la serotonina, pero de manera más atenuada. Dicho síndrome se manifiesta por la aparición (en algún caso brusca), simultánea o sucesiva de un conjunto de síntomas que pueden hacer necesaria la hospitalización o incluso producir la muerte. Estos síntomas pueden ser: -psíquicos (agitación, confusión, hipomanía, ocasionalmente coma), -motores: (mioclonías, temblores, hiperreflexia, rigidez, hiperactividad), -vegetativos: (hipo o hipertensión, taquicardia, escalofríos, hipertermia, sudores), -digestivos: (diarrea). Para poder ser identificado como tal, el síndrome serotoninérgico debe presentar como mínimo tres síntomas de categoría diferente, y todo ello en ausencia de un tratamiento neuroléptico recientemente asociado o de un aumento reciente de la dosis de un tratamiento neuroléptico asociado, teniendo en cuenta las similitudes clínicas con el síndrome maligno de los neurolépticos. El estricto respeto de la posología indicada constituye un factor esencial en la prevención de la aparición de este síndrome. + IMAO selectivo B ( senegilina) (Por extrapolación a partir de la fluoxetina): Riesgo de hipertensión paroxística y de síntomas de vasoconstricción periférica. Respetar un descanso de dos semanas entre la retirada del IMAO-B y el inicio del tratamiento con citalopram, y de al menos una semana entre la retirada del citalopram y el inicio de un tratamiento por IMAO-B. **ASOCIACIÓN NO RECOMENDABLE:** + IMAO selectivo A (Moclobemida, toloxatona): Riesgo de aparición de un síndrome serotoninérgico\* (véase anteriormente). Si la asociación es verdaderamente necesaria, realizar una vigilancia clínica muy estrecha. (véase Precauciones de empleo). **ASOCIACIONES QUE PRECISAN PRECAUCIONES DE EMPLEO:** + Carbamazepina (por extrapolación a partir de la fluoxetina y de la fluoxamina). Aumento de los niveles de carbamazepina con signos de sobredosis. Vigilancia clínica con control de las concentraciones plasmáticas de carbamazepina y posible reducción de la posología de carbamazepina durante el tratamiento con citalopram y después de su interrupción. + Litio (por extrapolación a partir de la fluoxetina y de la fluoxamina). Riesgo de aparición de un síndrome serotoninérgico\* (véase anteriormente). Vigilancia clínica regular. **ASOCIACIÓN A TENER EN CUENTA:** + imipramina: El citalopram comporta un aumento del 50% de las concentraciones sanguíneas de desipramina (metabolito principal de la imipramina). **EMBARAZO Y LACTANCIA:** La escasez de observaciones clínicas disponibles impone la prudencia en la mujer embarazada y durante la lactancia (véase Datos preclínicos de seguridad). **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MAQUINARIA:** Aunque el citalopram no altera las funciones psicomotoras conviene, como en todos los psicótropos, recomendar prudencia a los conductores de vehículos y usuarios de máquinas. **REACCIONES ADVERSAS:** Los efectos indeseables observados durante el tratamiento con citalopram son generalmente de intensidad leve o moderada. Serán evidentes durante la primera e incluso las dos primeras semanas del tratamiento, y posteriormente desaparecen al mejorar el episodio depresivo. Se han encontrado en monoterapia o en asociaciones con otros psicótropos, los siguientes trastornos: -neuropsíquicos: nerviosismo, somnolencia, astenia, cefaleas, vértigos, trastornos del sueño, pérdidas de la memoria, tendencia suicida; -gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, sequedad de boca; -hepáticos: se han dado casos excepcionales de aumento de las enzimas hepáticas; -cutáneos: exantema, prurito; - visuales: trastornos de la adaptación; - metabólicos: pérdida o aumento de peso; - cardiovasculares: taquicardia hipotensión ortostática, bradicardia en los pacientes que tienen una frecuencia cardíaca baja; -de la libido; - de la micción; - diaforesis. **SOBREDOSIFICACIÓN:** Los principales síntomas hallados son: fatiga, vértigos, temblores de manos, náuseas, somnolencia. Durante las tentativas de intoxicación voluntaria con una mezcla de medicamentos, asociada o no con el alcohol, el citalopram no parece provocar la aparición de una sintomatología clínica específica, salvo con los IMAO selectivos A (véase Interacciones con otros medicamentos y precauciones de empleo). El tratamiento es sintomático, con lavado gástrico lo antes posible tras la ingestión oral. La vigilancia médica deberá mantenerse durante al menos 24 horas no existe tratamiento específico. **INCOMPATIBILIDADES:** Ninguna. **PRECAUCIONES DE CONSERVACION:** Conservar a temperatura ambiente (inferior a + 25° C). **INSTRUCCIONES DE USO Y MANIPULACION:** Ninguna. **NOMBRE O RAZON SOCIAL Y DOMICILIO PERMANENTE O SEDE SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACION:** Lundbeck España, S.A., Av. Diagonal, 605, 9º 1ª, 08028 Barcelona. **CON RECETA MEDICA. PRESENTACION Y PVP IVA (4%):** Seropram® comprimidos: envase conteniendo 14 comprimidos de 20 mg, 2.723 pts. Envase conteniendo 28 comprimidos de 20 mg, 5.446 pts. **CONDICIONES DE PRESTACION FARMACEUTICA DEL S.N.S.:** A estas especialidades les corresponde APORTACION REDUCIDA. **TEXTO REVISADO ENERO 1996. CONSULTE LA FICHA TECNICA COMPLETA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR.**

## EUROPEAN PSYCHIATRY.

EDICION ESPAÑOLA

Volumen 5, Número 5, Junio 1998

### ARTÍCULOS ORIGINALES

- Reconsideración del aglutinamiento conyugal: distinguir la intrusión de la proximidad-atenciones entre parejas francesas.**  
L. Fanjoux-Cohen, A. Mouli-Bandini, P. D. Werner, R. J. Green ..... 284
- Depresión y ansiedad como un trastorno único: datos de potenciales evocados auditivos del tallo cerebral.**  
R. Kimhi, Y. Barak, D. Levy, E. Elizur ..... 294
- Rehabilitación de pacientes después del accidente cerebro-vascular: Relación entre deficiencia biológica (exploración del TC), discapacidad física y depresión clínica.**  
B. Bjerg Bendsen, E. Bjerg Bendsen, L. Lauritzen, T. Vilmar, P. Bech..... 302
- Correlaciones entre potenciales evocados auditivos estándar y síntomas en un grupo de 50 pacientes esquizofrénicos.**  
T. Bourgerol, A. Benraiss, J. C. Scotto..... 309
- Disfunción fisiológica y cognitiva en pacientes con crisis de angustia en el período entre crisis.**  
L. Dratcu, A. Bond ..... 319
- El estudio nórdico comparativo sobre psiquiatría sectorizada: características de los usuarios repetidores de los servicios ambulatorios de urgencia en dos servicios psiquiátricos nórdicos. Un estudio de seguimiento de un año.**  
O. Saarento, M. Kastrup, L. Hansson..... 330
- CARTA AL EDITOR**
- El Sistema italiano de clozapina (ICLOS) para el control del tratamiento: más de dos años de experiencia.**  
S. Galderisi, P. Bucci ..... 370



# Seropram®

Citalopram

*El ISRS más **S**electivo*

*Tratamiento de primera elección de la depresión en el anciano*



Solución  
**S**  
Seropram®

Antidepresivo

EFICAZ, SEGURO Y

MUY BIEN TOLERADO

*La solución a la depresión depende de su elección*





Nueva presentación en  
para el mejor

AHORA  
RANURADO



# MDRAL<sup>®</sup>

lafaxina



comprimidos ranurados  
ajuste de la dosis.



Ahora más que nunca.  
El antidepresivo  
de 1<sup>a</sup> elección.

 **Wyeth**  
Psiquiatría



# IMPRESO PARA EVITAR UNA CONDENA A MUERTE

SI, DESEO COLABORAR COMO MIEMBRO CON  
MÉDICOS DEL MUNDO-ESPAÑA PARA AYUDAR A  
POBLACIONES AFECTADAS POR CATÁSTROFES NATU-  
RALES, CONFLICTOS BÉLICOS, SITUACIONES  
SOCIALES Y SANITARIAS ADVERSAS, ASÍ COMO A  
COLECTIVOS MARGINADOS DE NUESTRA SOCIEDAD.

APELLIDOS \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
TLFNO.: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
PROFESIÓN \_\_\_\_\_

#### CUOTA TRIMESTRAL

- 3.000 PTAS.  
 5.000 PTAS.  
 10.000 PTAS.

#### DOMICILIACION BANCARIA

TITULAR \_\_\_\_\_  
CUENTA \_\_\_\_\_  
BANCO/CAJA \_\_\_\_\_ AG. N.º \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_

RUEGO ATIENDAN CON CARGO A MI CUENTA Y  
HASTA NUEVA ORDEN, LOS RECIBOS QUE TRIMES-  
TRALMENTE Y POR UN IMPORTE DE: \_\_\_\_\_

PTAS. LES ENVIE MÉDICOS DEL MUNDO.

FECHA:

FIRMA



ENVIAR A MÉDICOS DEL MUNDO, FDEZ. DE LA HOZ, 7 BAJO  
28010 MADRID, TLFNO. 91/593 42 78 - FAX 91/594 35 46

# Frosinor®

## Paroxetina

**Nombre del medicamento.** Frosinor®, 20 mg. **Composición cualitativa y cuantitativa.** Cada comprimido contiene como principio activo: Paroxetina 20 mg (en forma de clorhidrato).

**Forma farmacéutica.** Frosinor® se presenta en comprimidos recubiertos, ovalados, biconvexos, que contienen clorhidrato de paroxetina, equivalente a paroxetina como base libre: 20 mg (comprimidos blancos o ligeramente rosados).

**Datos clínicos. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de la depresión; Tratamiento preventivo de las recaídas y recidivas de la depresión. El tratamiento prolongado con paroxetina mantiene su eficacia durante periodos de hasta 1 año. **Tratamiento de los trastornos obsesivo compulsivos:** En un ensayo clínico controlado con placebo, paroxetina fue eficaz durante al menos un año, en el tratamiento de los trastornos obsesivo compulsivos. También demostró eficacia en la prevención de recaídas de estos trastornos. **Tratamiento del trastorno por angustia ("panic disorder").** En los ensayos clínicos disponibles no se ha distinguido entre pacientes con y sin agorafobia, pero la mayoría de los incluidos en ellos (más del 80%) tenían agorafobia. La eficacia de la paroxetina en el tratamiento del trastorno por angustia se mantuvo durante periodos de hasta 1 año.

**POSOLÓGIA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN.** Adultos: La dosis recomendada es de 20 mg/día. En algunos pacientes, en función de la respuesta clínica, puede ser necesario aumentar la dosis. Se debe iniciar gradualmente con incrementos de 10 mg (generalmente cada semana) hasta un máximo de 50 mg. **Trastornos obsesivo compulsivos:** La dosis recomendada es de 40 mg/día. Se debe iniciar el tratamiento con 20 mg, aumentando la dosis gradualmente, con incrementos de 10 mg (cada semana). En algunos pacientes puede ser necesario aumentar la dosis hasta 60 mg/día. **Trastorno por angustia ("panic disorder"):** La dosis recomendada es de 40 mg/día. Se debe iniciar el tratamiento con 10 mg/día, aumentando la dosis gradualmente, con incrementos de 10 mg (cada semana), de acuerdo con la respuesta obtenida. En algunos pacientes puede ser necesario aumentar la dosis hasta un máximo de 60 mg/día. Se recomienda una dosis inicial baja, para reducir el potencial incremento de los síntomas de los trastornos por angustia, hecho habitual cuando se inicia el tratamiento de esta patología. Se recomienda administrar la paroxetina una vez al día, por la mañana (a primera hora), con algo de alimento. El comprimido se debe deglutir y no masticar. Como con todos los fármacos antidepressivos, la dosificación se debe revisar, y ajustar si es necesario, a las 2-3 semanas de iniciado el tratamiento, si se considera clínicamente apropiado. Se recomienda continuar el tratamiento antidepressivo durante un período suficiente hasta asegurarse que el paciente está libre de síntomas. Este período puede ser de varios meses en el caso de depresión, e incluso más en los trastornos obsesivo compulsivos y por angustia. Al igual que con cualquier psicofármaco, es recomendable suspender la terapia gradualmente debido a la posible aparición de síntomas tales como inestabilidad, alteraciones del sueño, vértigo, agitación o ansiedad, náuseas y sudoración. La administración matutina de paroxetina altera la calidad ni la duración del sueño. Mas aun, los pacientes suelen experimentar una mejoría del sueño, a medida que responden al tratamiento con paroxetina. Ancianos: En ancianos, los efectos secundarios de las concentraciones plasmáticas de paroxetina, pero el rango de concentraciones coincide con el observado en pacientes más jóvenes. Las dosis iniciales recomendadas son las mismas que en el adulto. Esta dosis puede incrementarse gradualmente hasta 40 mg/día en función de la respuesta del paciente. Niños: Ver "Contraindicaciones". Pacientes con insuficiencia renal o hepática: Los pacientes con insuficiencia renal (claramente de creatinina <30 ml/min) o hepática grave muestran un aumento de la concentración plasmática de paroxetina, por lo que la dosis se debe reducir al límite inferior del rango terapéutico (20 mg).

**Contraindicaciones.** Hipersensibilidad conocida a paroxetina. No se recomienda el empleo de paroxetina en niños, ya que no se ha establecido la seguridad y eficacia del fármaco en este grupo de población.

**Advertencias y precauciones especiales de empleo.** **Enfermedad cardíaca:** Es necesario tomar las precauciones habituales en los pacientes con cardiopatías. **Epilepsia:** como ocurre con otros antidepressivos, paroxetina debe emplearse con precaución en los pacientes epilépticos. **Convulsiones:** la experiencia indica que la incidencia de convulsiones es menor del 0,1% en los pacientes tratados con paroxetina. El tratamiento debe interrumpirse en todo paciente que desarrolle crisis convulsivas. **Terapia electroconvulsiva (TEC):** existe muy poca experiencia clínica sobre la administración concomitante de paroxetina con TEC. **Precauciones especiales:** Como ocurre con la mayoría de los antidepressivos, no se debe utilizar paroxetina en combinación con los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), ni antes de transcurridas dos semanas tras suspender el tratamiento con un IMAO. Por lo tanto, el tratamiento con paroxetina deberá iniciarse con precaución; y la dosificación se aumentará gradualmente hasta alcanzar la respuesta óptima. A su vez, no deben administrarse inhibidores de la monoaminooxidasa antes de que hayan transcurrido dos semanas, una vez suspendido el tratamiento con paroxetina. Al igual que todos los antidepressivos, paroxetina se debe utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía. Puede existir una interacción farmacodinámica entre paroxetina y warfarina. Esto puede producir cambios en el tiempo de protrombina y aumentar el riesgo de hemorragia. Por este motivo, paroxetina debe administrarse con precaución en los pacientes tratados con anticoagulantes orales. Al haberse reportado efectos adversos al administrar triptófano y otro inhibidor selectivo de la recaptación de 5-HT, no se debe administrar conjuntamente paroxetina y triptófano.

**Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** La absorción y la farmacocinética de paroxetina no se modifican con alimentos ni antiácidos. Como con otros antidepressivos, incluyendo ISRS, paroxetina inhibe el isoenzima del citocromo hepático específico P450 responsable del metabolismo de debrisoquina y esparteína. Esto puede conducir a un aumento de los niveles plasmáticos de aquellos principios activos administrados con conjuntamente que se metabolizan por dicho isoenzima; aunque el significado clínico de esta observación no se ha establecido. Los principios activos metabolizados por este isoenzima incluyen ciertos antidepressivos tricíclicos (ej.: nortriptilina, amitriptilina, imipramina y desipramina), neurolepticos fenotiazínicos (ej.: perfenazina y biperidina) y los antiarrítmicos Tipo 1c (ej.: propafenona y flecainida). Paroxetina tiene poco o ningún efecto en la farmacocinética de un amplio rango de principios activos que incluyen: digoxina, propranolol y warfarina, si bien este último fármaco deberá administrarse bajo control médico por la posible interacción farmacodinámica. La inducción e inhibición de los sistemas enzimáticos hepáticos, pueden afectar el metabolismo y la farmacocinética de paroxetina. Por ejemplo, cimetidina, inhibidor de los sistemas enzimáticos, puede aumentar la biodisponibilidad de paroxetina. Fenitoina, inductor de los sistemas enzimáticos, puede disminuirla. Cuando se administra conjuntamente paroxetina con un inhibidor de las enzimas hepáticas, es conveniente reducir la dosis de paroxetina al límite inferior del rango terapéutico (20 mg). En principio, no es necesario ajustar la dosis de paroxetina cuando se administra conjuntamente con un inductor enzimático. Cualquier ajuste de la dosis debe basarse en la respuesta clínica (tolerancia y eficacia). Un estudio de la interacción entre paroxetina y diazepam no mostró alteración en la farmacocinética de paroxetina que sugiriera cambios en su dosificación en aquellos pacientes tratados con los dos principios activos. Al no haberse estudiado los efectos de la administración concomitante de paroxetina con antidepressivos tricíclicos y neurolepticos, el uso concomitante de paroxetina con estos principios activos se debe realizar con precaución. Al igual que otros inhibidores de la recaptación de 5-HT, la administración conjunta con otros fármacos serotoninérgicos (ej.: IMAO, L-triptófano, otros IRSR) puede provocar una mayor incidencia de los efectos asociados a la 5-HT, dando como resultado el "Síndrome de serotonina" cuyos síntomas incluyen agitación, confusión, diaforesis, alucinaciones, hiperreflexia, mioclonos, taquicardia, temblor, insomnio y síntomas gastrointestinales que incluyen diarrea. Como sucede con otros inhibidores de la recaptación de 5-HT, los estudios en animales indican que puede haber una interacción entre paroxetina y los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) (Ver "Precauciones Especiales"). Aunque paroxetina no aumenta el deterioro que provoca el alcohol sobre las funciones mental y motora, no se recomienda administrar simultáneamente paroxetina y alcohol. La experiencia en un grupo de individuos sanos demuestra que paroxetina no aumenta el efecto sedante ni la confusión asociada al haloperidol, amlobarbital y oxazepam, cuando se administra junto con estos fármacos. La experiencia clínica de administración concomitante de paroxetina y litio es limitada, por lo que debe realizarse con precaución. La administración conjunta de paroxetina y fenitoina se asocia a una disminución de los niveles plasmáticos de paroxetina y un aumento de los efectos secundarios. No son necesarios ajustes de la dosis inicial de paroxetina cuando se coadministran dichos principios activos; cualquier ajuste posterior debe guiarse por el efecto clínico. La administración concomitante de paroxetina y otros antiépilepticos también puede estar asociada a un mayor número de efectos secundarios. La administración diaria de paroxetina incrementa significativamente los niveles plasmáticos de prociclidina. Si se observaran efectos anticolinérgicos, se debería reducir la dosis de prociclidina.

**Embarazo y lactancia.** Aunque los estudios en animales no muestran ningún efecto teratogénico o embriotóxico selectivo, no se ha establecido la seguridad de paroxetina en mujeres embarazadas, por lo que no debe utilizarse durante el embarazo o la lactancia, a menos que el posible beneficio supere el riesgo potencial.

**Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas.** La experiencia clínica demuestra que el tratamiento con paroxetina no produce alteración de la función cognitiva ni psicomotora. Sin embargo, como ocurre con todos los psicofármacos, hay que advertir al paciente sobre la posibilidad de que se produzcan alteraciones en la capacidad para conducir vehículos y para manipular máquinas automáticas.

**Efectos indeseables.** Los efectos indeseables de la paroxetina son en general de naturaleza leve y no modifican la calidad de vida del paciente. Estos efectos secundarios suelen disminuir en intensidad y frecuencia al continuar el tratamiento y en general no obligan a suspender la medicación. En ensayos clínicos, los efectos secundarios más comunes asociados con el uso de paroxetina, que no se observaron con la misma incidencia en pacientes tratados con placebo, fueron: náuseas, somnolencia, sudoración, temblor, astenia, sequedad de boca, insomnio, disfunción sexual, vértigo, estreñimiento, diarrea y disminución del apetito. La experiencia clínica actual muestra una menor incidencia de sequedad de boca, estreñimiento o somnolencia con paroxetina que con antidepressivos tricíclicos. Raramente se ha comunicado hiponatremia, predominantemente en pacientes ancianos, que puede estar asociada con el síndrome de secreción no apropiada de hormona antidiurética. La hiponatremia generalmente reverte al interrumpir el tratamiento. Se ha comunicado elevación de los enzimas hepáticos. En raras ocasiones se han comunicado alteraciones graves en la función hepática. Se debe considerar la interrupción del tratamiento con paroxetina

El ISRS que va más allá de la **depresión**

**Frosinor**<sup>®</sup>  
Paroxetina



en el caso de elevación prolongada de las pruebas de función hepática. Se han comunicado trastornos extrapiramidales ocasionales, incluyendo distonia oro-facial, en pacientes que a veces padecían de trastornos ocultos del movimiento o en aquellos tratados con neurolepticos. De forma excepcional, se han comunicado los siguientes efectos indeseables: vértigo, rash, glaucoma agudo, retención urinaria, edema periférico y facial, síndrome neuroleptico maligno y síntomas de hiperprolactinemia/galactorrea.

**Sobredosificación.** Los síntomas de sobredosificación con paroxetina incluyen: náuseas, vómitos, temblor, midriasis, sequedad de boca e irritabilidad. No se ha descrito ningún caso de coma o convulsiones tras la sobredosis con paroxetina. Se desconoce antídoto específico. Se han comunicado casos de sobredosis con paroxetina sola (hasta 2000 mg), y en combinación con otros agentes. Cuando se utilizó paroxetina sola, no se produjo ninguna muerte y la recuperación se llevó a cabo sin inconvenientes. El tratamiento comprende las medidas generales habituales utilizadas frente a la sobredosis por cualquier antidepresivo. Se procederá al vaciamiento del contenido gástrico mediante la inducción del vómito, el lavado gástrico o ambos. Tras la evacuación gástrica, se administran de 20 a 30g de carbón activado cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas tras la ingesta. Asimismo, se recomienda tratamiento conservador con vigilancia de las constantes vitales y observación del enfermo.

**Datos farmacéuticos. Lista de excipientes.** Fosfato cálcico dibásico dihidratado, glicolato sódico de almidón, estearato magnésico y Opadry YS-1-7003.

**Incompatibilidades.** No se han descrito.

**Período de validez.** Dos años.

**Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales.

**Presentaciones y P.V.P. IVA 4 - N.M.** Comprimidos de 20 mg, envase calendario con 28, 5.768 ptas, con 14, 3.050 ptas.

**Condiciones de dispensación.** Con receta médica. Producto de aportación reducida para los beneficiarios de la Seguridad Social.

Elaborado por y bajo licencia de Smithkline Beecham Plc. en Mayeune - Francia.



NOVARTIS

**Sistema Nervioso Central**

**Novartis Farmacéutica, S.A.**

Gran Vía de les Corts Catalanes, 764  
08013 Barcelona

# EUROPEAN PSYCHIATRY.

EDICION ESPAÑOLA

Volume 5, Number 5, June 1998

## ORIGINAL ARTICLES

- Rethinking marital enmeshment: distinguishing intrusiveness from closeness-caregiving among French couples.**  
*L. Fanjoux-Cohen, A. Mouli-Bandini, P. D. Werner, R. J. Green* ..... 284
- Depression and anxiety as a single disorder: evidence from brain stem auditory evoked potentials.**  
*R. Kimhi, Y. Barak, D. Levy, E. Elizur* ..... 294
- Post-stroke patients in rehabilitation. The relationship between biological impairment (CT scanning), physical disability and clinical depression.**  
*B. Bjerg Bendsen, E. Bjerg Bendsen, L. Lauritzen, T. Vilmar, P. Bech* ..... 302
- Correlations between standard auditory evoked potentials and symptomatology in a group of 50 schizophrenic patients.**  
*T. Bourgerol, A. Benraiss, J. C. Scotto* ..... 309
- Panic patients in the non-panic state: physiological and cognitive dysfunction.**  
*L. Dratcu, A. Bond* ..... 319
- The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: characteristics of repeat users of emergency outpatient services in two Nordic psychiatric services. A 1-year follow-up study.**  
*O. Saarento, M. Kastrup, L. Hansson* ..... 330
- LETTER TO THE EDITOR**
- The Italian Clozapine System (ICLOS) for treatment monitoring: more than 2 years of experience.**  
*S. Galderisi, P. Bucci* ..... 370