

# Caída del cabello

*Verdades y mentiras sobre la alopecia*

En un mundo en el que la imagen es una parte importante de la proyección social, el cabello adquiere gran protagonismo en los cuidados de belleza. Entre las alteraciones capilares más frecuentes, la caída del cabello o alopecia es la que más preocupa e interesa a mujeres y varones. El deseo de combatirla ha preparado el terreno a todo tipo de creencias y remedios. En el presente trabajo, la autora hace una relación de las creencias más comunes sobre la caída del cabello y las analiza a la luz de los actuales conocimientos científicos.

**E**l farmacéutico resulta un consejero ideal para aclarar las dudas sobre la caída de cabello y dispensar el tratamiento correcto en cada caso, pero pocos campos reúnen una colección tan amplia de creencias erróneas como el de la caída del cabello.



**M. TERESA ALCALDE PÉREZ**

LICENCIADA EN FARMACIA. RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO DE I+D Y EVALUACIÓN DE PRODUCTOS DEL CENTRO DE TECNOLOGÍA CAPILAR (BARCELONA).



## Falsas creencias

### **Cuando el cabello se corta o se afeita, crece más rápido, más fuerte y más grueso**

Falso. La velocidad de crecimiento y el grosor del cabello son factores propios de cada individuo y están condicionados genéticamente. El grosor del cabello está en relación con el de la matriz o bulbo: si son pequeños, es imposible que fabriquen un cabello de gran diámetro.

### **Si el cabello se lava con frecuencia, cae más**

Falso. La frecuencia de los lavados no afecta a la caída del cabello. Lo que ocurre es que algunos cabe-

llos que ya se encontraban en fase telógena se acaban desprendiendo por la acción del agua y de las fricciones del lavado.

### **Si arrancas una cana, salen siete en su lugar**

Falso. Si esta creencia fuera cierta, la alopecia no existiría en la edad adulta. Cuando un cabello se arranca (si está en fase anágena) o se desprende (en fase telógena), ese mismo folículo u otros del mismo paquete folicular fabrican un nuevo cabello que emergerá por el mismo poro, hasta que se agote la capacidad de formación de cabello de esos folículos.

## No necesariamente un problema

En general, se admite que cada día se desprenden entre 80 y 100 cabellos. Solamente cuando esta cantidad es mayor y continuada, o no se observa la aparición de nuevo cabello, podemos sospechar de algún tipo de alteración.

### **El cepillo y la almohada siempre tienen pelos**

Es completamente normal, puesto que en el cuero cabelludo hay cabellos en fase de crecimiento o anágena (84%, aproximadamente), cabellos en fase de reposo o catágena (1%) y cabellos en fase de desprendimiento o telógena (15%, aproximadamente). Dicho de otra forma, en el cuero cabelludo siempre hay cabellos que se están renovando, ya que cada cabello tiene un ciclo de crecimiento propio e independiente de los otros, incluso de los cabellos de la misma zona.

### **Pero el cabello que cae es largo y grueso...**

Lógicamente, el cabello que se desprende en fase telógena es largo y grueso, porque ha completado la fase de crecimiento. En cambio, si el cabello que se desprende es corto y fino en relación con el resto del cabello, puede indicar que la fase anágena se ha interrumpido bruscamente (ocurre con la quimioterapia), o bien que la fase anágena ha acortado su duración, como ocurre en la calvicie masculina. Por tanto, se puede decir que la caída de cabello «corto y fino» es más preocupante que la caída de cabello «largo y grueso».

### **El cabello que más cae es el de la parte alta de la cabeza**

Verdadero. La duración del ciclo del cabello varía según la localización:

- En la parte alta de la cabeza la duración es de 3-4 años.
- En los temporales la duración es de 5 años.
- En la región occipital la duración es de 7 años.

Es decir, el cabello de la región frontal, entradas y coronilla se desprende al doble de velocidad que el de la nuca. Por este motivo, los últimos cabellos que se pierden son los de la nuca.

### **La caída del cabello es mayor en otoño**

Verdadero. El mayor número de cabellos en fase telógena o de desprendimiento se debe al aumento circunual de las concentraciones plasmáticas de andrógenos, que en Europa tiene lugar en los meses de septiembre y octubre<sup>1</sup>. Algunas personas experimentan una periodicidad que corresponde aproximadamente a dos máximos anuales, en otoño y en primavera<sup>2</sup>.

### **Con la edad, el cabello es menos abundante y crece más lentamente**

Verdadero. El envejecimiento determina que los ciclos de crecimiento sean más cortos mientras que las fases catágena y telógena se alargan. Esto implica que haya menos folículos en actividad y en consecuencia, menos cabellos y más finos por unidad de área. En cuanto a la velocidad de crecimiento, disminuye claramente a partir de los 50 años<sup>3</sup>.



## Alopecia y medicamentos

Determinados medicamentos pueden causar una caída de cabello o su crecimiento anormal. En la mayoría de los casos, la caída de cabello es el resultado de la acción directa del medicamento sobre el folículo pilosebáceo, pero, en otras ocasiones, el cabello se ve afectado de forma indirecta como resultado de una alteración generalizada del organismo causada por los medicamentos. En consecuencia, las zonas corporales con alto porcentaje de folículos en fase anágena, como el cuero cabelludo y la barba, pueden verse más afectadas por los medicamentos que las zonas del cuerpo con bajo porcentaje de folículos anágenos, como las cejas y las pestañas.

Los medicamentos pueden causar dos tipos de caída:

- *Por efluvio anagénico.* Se detiene súbitamente el crecimiento del cabello, como resultado de la acción directa del medicamento sobre las células matriciales en fase anágena. Se manifiesta normalmente por una pérdida brusca, intensa y reversible de cabello anágeno, que se produce a los pocos días o semanas de la administración del medicamento.
- *Por efluvio telogénico o alopecia difusa.* Se origina cuando un gran número de folículos pilosos entran en fase telógena de forma sincronizada. El resultado es una pérdida de cabellos telógenos al cabo de 2-4 meses. La caída es difusa —es decir, el cuero cabelludo «clarea»— y es reversible.

### La mayor parte de las alopecias provocadas por medicamentos son difusas

Verdadero. A excepción de los antineoplásicos, los antigotosos y algún otro, que provocan alopecias anagénicas, los restantes fármacos que causan alopecia como efecto adverso producen alopecias por efluvio telogénico (tabla 1).

### Cuando se interrumpe la administración del medicamento, cesa la pérdida de cabello

Falso. Como los cabellos telógenos no se eliminan hasta que no empiezan a crecer los nuevos cabellos, la pérdida no es evidente hasta 2 o 4 meses después del inicio del tratamiento farmacológico, que incluso puede haber finalizado. Por ello, es frecuente que el paciente no relacione el medicamento que utilizó hace meses con la actual pérdida de cabello. En consecuencia, para saber si la caída de cabello está relacionada con algún activo farmacológico, conviene interrogar al cliente sobre los medicamentos que ha consumido en los últimos 4 meses.

**Tabla 1. Principales fármacos y grupos terapéuticos que pueden producir alopecia por efluvio telogénico**

PRINCIPIOS ACTIVOS O GRUPOS TERAPÉUTICOS	INDICACIONES
Albendazol	Helmintos
Alopurinol	Gota
Amiodarona	Angina de pecho, arritmia
Andrógenos (testosterona)	Retraso pubertad/anabolizantes
Anfetaminas	Estimulante
Anticoagulantes (cumarina, heparina)	Infarto, trombosis, cardiopatías
Anticonceptivos orales	Anticoncepción
Antidepresivos	Depresiones, angustia, fobia
Bromocriptina	Parkinson/inhibir lactancia
Captoprilo	Hipertensión arterial
Carbamazepina	Epilepsia
Carbimazol	Tiroides
Cimetidina	Acidez-úlceras
Clofibrato	Colesterol-lipidemias
Danazol	Endometriosis, enferm. mama
Enalaprilo	Hipertensión arterial
Estanozolol	Anabolizante (deportistas), osteoporosis posmenopáusica y anemia aplásica
Etambutol	Tuberculosis
Fenofibrato	Colesterol-lipidemias
Fluoxetina	Antidepresivo
Gentamicina	Antibiótico
Ibuprofeno	Dolor menstrual, artritis
Indometacina	Artritis
Interferones	Antivirus/cáncer
Isoniazida	Tuberculosis
Levodopa	Parkinson
Litio, carbonato	Manías
Metildopa	Hipertensión arterial
Metisergida	Migraña/inductor parto
Metoprolol	Beta-bloqueador
Nadolol	Beta-bloqueador
Nicotínico, ácido	Lipidemias/glaucoma/vasodilatador
Oro, sales	Artritis
Penicilamina	Artritis
Piridostigmina, bromuro	Taquicardia, atonía intestinal
Piroxicam	Artritis
Propranolol	Beta-bloqueador
Retinoides (isotretinoína)	Acné
Sulfasalazina	Antiinflamatorio intestinal
Tamoxifeno	Antiestrógeno
Terfenadina	Alergias
Tianfenicol	Antibiótico
Tiouracilo	Tiroides
Valproico (ácido) (valproato sódico)	Epilepsia



## Alopecia y enfermedades

### Las enfermedades de la glándula tiroidea conllevan una pérdida de cabello

Verdadero. El déficit o el exceso de las hormonas tiroideas, que influyen en el metabolismo celular de proteínas, hidratos de carbono, lípidos y minerales, afecta a la gran actividad metabólica de las células formadoras del pelo. Así, el hipotiroidismo produce un pelo más fino y quebradizo, frecuentemente seco, de crecimiento lento y con alopecia difusa que es más apreciable en la línea de implantación de la frente. Estos cambios del cabello son reversibles cuando se normalizan los valores de tiroxina.

### La psoriasis en el cuero cabelludo suele ir acompañada de pérdida de cabello

Verdadero. En las zonas con placas psoriásicas hay siempre menor densidad pilosa. Los cabellos se pierden en mechones en un tercio de los casos y,

en casi otro tercio, también se pierde cabello cuando se inicia el tratamiento de la psoriasis.

### La diabetes mellitus puede producir alopecia

Verdadero. Hay alopecia difusa y crecimiento más lento del cabello en diabéticos.

### Las intervenciones quirúrgicas aumentan la pérdida de cabello

Verdadero. Las hemorragias, las anestésicas generales o incluso anestésicas locales —como en las extracciones dentarias— y las fiebres prolongadas pueden causar una alopecia telogénica. En estos casos, el pelo acostumbra a reaparecer en los 3 meses siguientes. Es importante destacar que estos casos no se deben confundir con la pérdida de cabello por presión que se produce en la región occipital de las personas postradas en cama.

## Alopecia, embarazo y lactancia

La caída de cabello es una preocupación frecuente después del embarazo. Hay una mayor pérdida de cabellos que se inicia 2-3 meses después del parto, se prolonga durante unos 3 meses y es especialmente evidente si la madre ha seguido un intenso régimen hipocalórico para recuperar su peso. Son frecuentes las consultas siguientes:



Alopecia difusa posparto<sup>4</sup>.

### Se puede evitar la caída de cabello que se produce después del parto

Falso. Ya que se desprenden también los cabellos del tercer trimestre del embarazo que no habían caído debido al aumento de estrógenos de esta última etapa.

### Se puede atenuar la alopecia posparto

Verdadero. Como la repoblación empieza poco después de la caída, el tratamiento no es indispensable, aunque se ha observado que la aplicación de productos de tratamiento reduce considerablemente la intensidad y la duración de la caída. Se aconsejan lociones antiseborreicas y estimulantes, con cistina y vitaminas B, así como de preparados orales con hierro si hay anemia.

### El recién nacido también presenta pérdida de cabello

Verdadero. El pelo embrionario o lanugo que no cayó en el octavo mes de vida fetal se puede perder hasta el sexto mes de vida extrauterina. Además, los bebés pueden tener menos cabello en la región occipital debido al continuo roce con la almohada.

## Estilo de vida

El exceso de trabajo, el estrés y la dieta están afectando la salud del cabello. Cada día son más frecuentes las alteraciones como caspa, seborrea, dermatitis seborreica, picor, enrojecimiento y caída de cabello, agravadas por unos hábitos inadecuados. Resulta recomendable, pues, aclarar algunas creencias muy extendidas.

### Para evitar que el cabello caiga, conviene utilizar gorros o viseras

Falso. Ocurre precisamente lo contrario: precipitan la caída del cabello. Los cascos de moto, sombreros, etc. producen oclusión y aumento de temperatura en el cuero cabelludo. En estas condiciones, el cabello se desprende para favorecer la ventilación de la piel.

### El estrés influye decisivamente en la salud del cabello

Verdadero. Los estados de ansiedad aguda o depresión pueden provocar caída de cabello. En situación continuada de estrés (fig. 1), el organismo produce radicales libres que degeneran los tejidos, y hay un desequilibrio en el sistema nervioso que afecta al control de la presión sanguínea y a la vasoconstricción. En estas condiciones, hay una mayor constricción de la papila dérmica que disminu-

ye el aporte sanguíneo de oxígeno, oligoelementos, vitaminas y aminoácidos que ralentiza el crecimiento del cabello y puede atrofiar el bulbo piloso.

### El trabajo nocturno afecta al crecimiento del cabello

Verdadero. Los folículos pilosos tienen una actividad mitótica de 12 horas, generalmente nocturna y durante el sueño. El trabajo nocturno provoca un cambio en los valores de cortisol que disminuye la actividad de fibroblastos y queratinocitos e inhibe la síntesis de colágeno y mucopolisacáridos.

### La mala alimentación provoca caída de cabello

Verdadero. Las dietas hipocalóricas severas, la hipovitaminosis (A, B, D, F) y el déficit de hierro, cinc y cobre se han relacionado con la caída del cabello.

### Los suplementos dietéticos ayudan a regenerar el cabello

Verdadero. Cuando la caída de cabello está causada por un déficit nutricional, o si ambos se presentan conjuntamente, resulta indicado completar el tratamiento de la alopecia con algún suplemento de vitaminas y minerales. Si no hay carencias (ejemplo, en las alopecias androgenéticas de varones que cuidan la alimentación), este suplemento no es necesario.

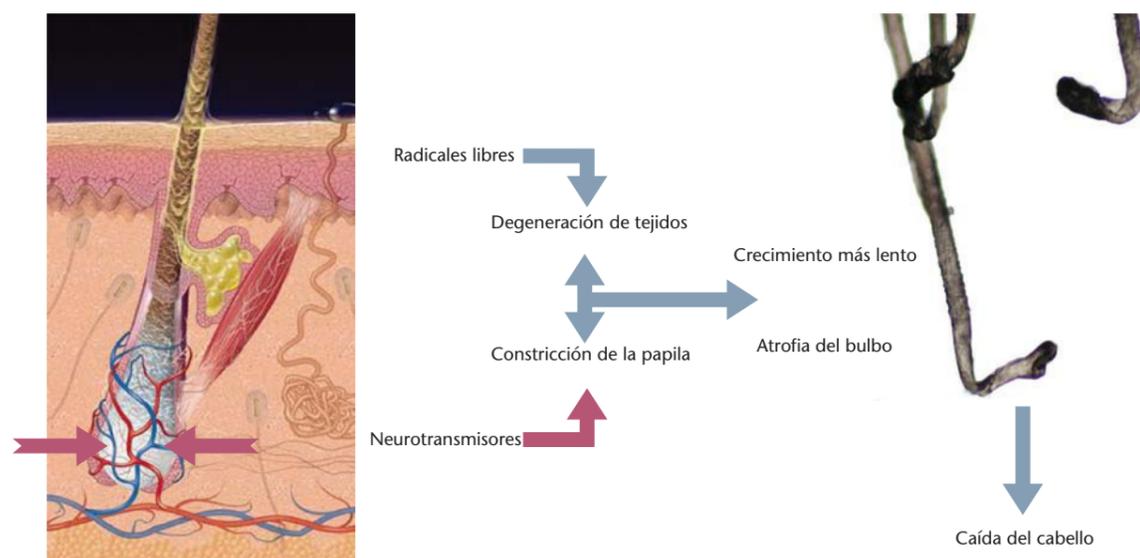


Fig. 1. Efecto del estrés en la caída del cabello.



## Calvicie masculina

Es, sin duda, la causa más frecuente de consulta relacionada con el cabello. La calvicie masculina (o alopecia androgenética) se debe a los mayores valores de dihidrotestosterona (DHT), un metabolito de la testosterona. La DHT acelera el metabolismo del folículo: acorta la fase de crecimiento del cabello, de forma que los nuevos cabellos no alcanzan ni el tamaño ni el grosor de sus predecesores, convirtiéndose casi en vello, y acelera el metabolismo de la glándula sebácea asociada.

Algunas preguntas frecuentes sobre alopecia androgenética son las siguientes:

### La caída de cabello en varones se debe a una mayor concentración de testosterona en sangre

Falso. La creencia de que los calvos son más «hombres» no se corresponde con la realidad. La alopecia androgenética es el resultado de la mayor actividad de la enzima 5- $\alpha$ -reductasa, que convierte la testosterona en DHT, así como de la mayor afinidad de ésta por su receptor (fig. 2). Por tanto, es totalmente posible que las concentraciones de testosterona en sangre sean normales.

### La alopecia androgenética va acompañada de cabello graso

Verdadero. Los receptores androgénicos se localizan en el folículo piloso y la glándula sebácea. De ahí que, al unirse DHT con su receptor, aumente la actividad metabólica de ambos: se fabrica cabello más rápidamente (fase anágena más corta, y por tanto, cabello más corto y fino) y se lubrica con mayor cantidad de grasa.

### La alopecia androgenética es hereditaria

Verdadero. Se requiere una predisposición genética y una mayor sensibilidad del folículo capilar para que la DHT penetre y actúe como hemos explicado. Hay que observar los antecedentes paternos y maternos, especialmente del sexo masculino.



El sabal (*Serenoa serrulata*) es un inhibidor de la enzima 5- $\alpha$ -reductasa.

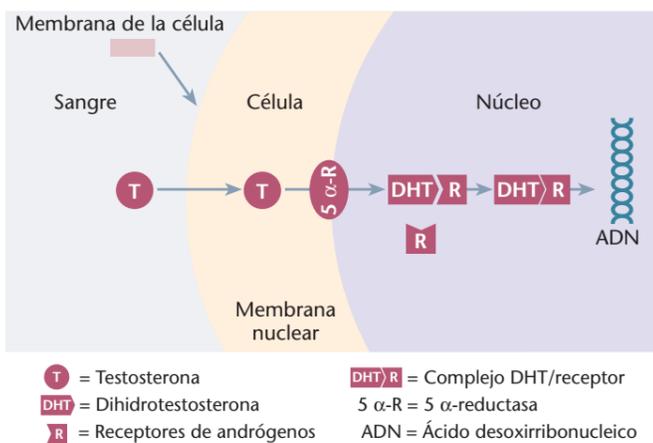


Fig. 2. Mecanismo de actuación de la DHT.

### Afeitarse el cuero cabelludo frena la alopecia androgenética

Falso. Al tener un origen hormonal y genético, el control del proceso alopécico no se puede realizar mediante el corte o el afeitado del cabello. Se suele recurrir al afeitado para disimular las zonas afectadas o para dar una imagen más homogénea e informal, pero no se detiene la pérdida de cabello.

### Los productos de tratamiento «no sirven de nada»

Falso. Los tratamientos frenan la caída abundante, fortalecen e incrementan el grosor del cabello y reducen la seborrea, lo que mejora el aspecto general del cabello. Se observa que los resultados son mejores cuanto antes se inicia el tratamiento. No obstante, el farmacéutico debería recordar al paciente con alopecia androgenética que, pese al tratamiento, no volverá la cantidad y grosor del cabello de la juventud, sino que conseguirá alargar la vida de los cabellos existentes y evitar su pérdida acelerada.

### Los mejores tratamientos de la alopecia androgenética contienen aminoácidos, azúcares y vitaminas

Falso. En la actualidad, los productos regeneradores capilares se formulan con menos activos nutritivos, porque no suele haber déficit de éstos. En cambio, se están utilizando activos inhibidores de la enzima 5- $\alpha$ -reductasa. Entre los más empleados, destacan los derivados de cinc y los extractos de lúpulo y sabal.

## Alopecia areata

La caída de cabello en placas o alopecia areata se caracteriza por la pérdida del cabello en parches, en una o varias zonas del cuero cabelludo, preferentemente en las regiones frontal y occipital. También pueden aparecer en otras partes del cuerpo (bigote y barba). Las placas de alopecia aparecen de forma asintomática y son redondeadas, bien delimitadas, totalmente peladas y con la piel lisa y blanca. Curiosamente, el pelo blanco no cae, sino que sólo se pierde el pelo pigmentado.

### La alopecia areata es una enfermedad autoinmunitaria

Verdadero. El sistema inmunitario no reconoce el cabello como estructura del propio organismo y se activa para expulsarlo. Así, la alopecia areata se caracteriza histológicamente por un infiltrado de linfocitos T activados alrededor del bulbo capilar.

### Los corticoides tópicos están indicados para la alopecia areata

Verdadero. El protocolo de tratamiento de la alopecia areata incluye los corticoides tópicos (fig. 3). No obstante, es importante apuntar que la evolución de la alopecia areata es totalmente impredecible. En ocasiones, el cabello vuelve a crecer en unas semanas sin necesidad de tratamiento, mientras que en los casos más llamativos, la enfermedad



Alopecia areata.

progresa y se produce una pérdida total de cabello en el cuero cabelludo y en el cuerpo.

### La alopecia areata puede ser un síntoma de otros desórdenes en el organismo

Verdadero. El hipo e hipertiroidismo van con frecuencia acompañados de alopecia areata. Algunos procesos autoinmunitarios (vitíligo, diabetes tipo 1, artritis reumatoide y anemia perniciosa, entre otros) o infecciones como el sida pueden ir también asociadas a una alopecia areata.

### El nuevo cabello que repuebla las placas no tiene color

Verdadero. Es frecuente que el nuevo pelo sea fino y sin pigmentos, y que paulatinamente recupere su cuerpo y color.

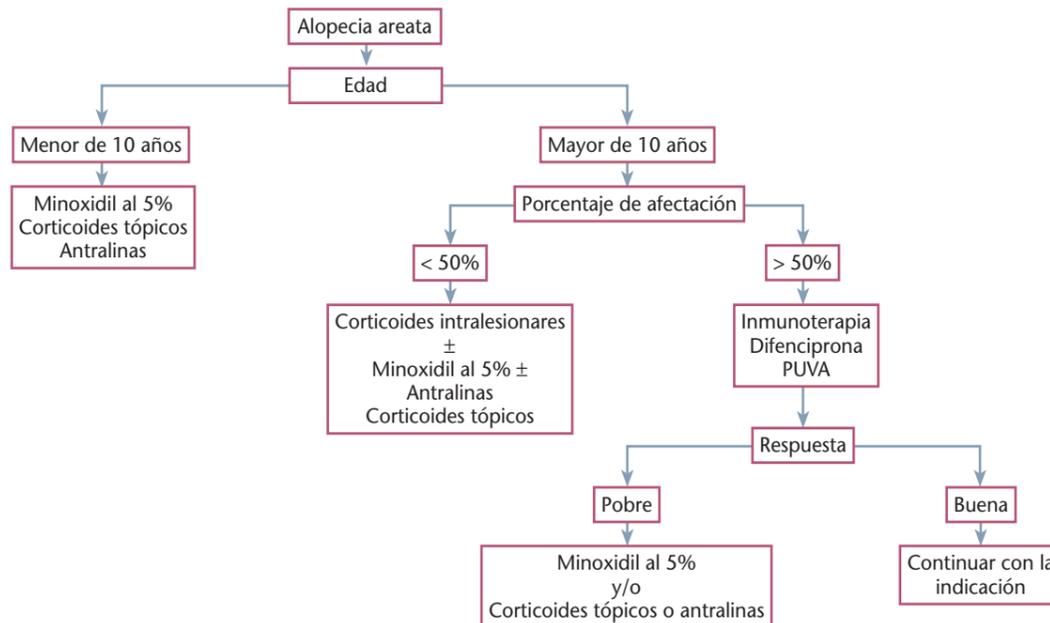


Fig. 3. Alopecia areata: protocolo de tratamiento según la UCSF-UCB (Universidad de California San Francisco-Universidad de California Berkeley)<sup>5</sup>.

## Productos de tratamiento

### El champú anticaída es suficiente para regenerar el cabello

Falso. El tiempo de exposición de un champú es insuficiente para conseguir buenos resultados. Es imprescindible que el tratamiento se complete con lociones y concentrados que, al permanecer muchas horas sobre el cuero cabelludo, permiten la acción de las sustancias activas.

### La regeneración de cabello se empieza a observar al cabo de un mes

Falso. Un mes de tratamiento puede ser suficiente para detener una caída anormal de cabello, pero ha de transcurrir al menos un ciclo capilar completo (3 meses) para apreciar los nuevos cabellos en crecimiento. Una repoblación significativa puede requerir de 6 a 12 meses si no existen otros factores causantes de la pérdida de cabello. El farmacéutico debe recordar este aspecto a los usuarios de productos regeneradores que suelen esperar resultados satisfactorios en menor tiempo. ■

## Bibliografía

1. Randall VA, Ebling FJG. Seasonal changes in human hair growth. Br J Dermatol 1991;124:146-51.
2. Courtois M, Loussouarn G, Hourseau S, Grollier JF. Periodicity in the growth and shedding of hair. Br J Dermatol 1996;134(1):47-54.
3. Camacho F, Montagna W. Tricología. Enfermedades del folículo pilosebáceo. Grupo Aula Médica, 1996.
4. <http://www.udl.es/usuarios/dermatol/DermatoAsignaturaWeb/DRom99/sem1/atlas/atlas/c31.htm>
5. <http://www.peloyestetica.com/ariatavanzada.htm>

# Paroxetina Bayvit EFG

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Paroxetina Bayvit 20 mg comprimidos recubiertos EFG. Cada comprimido contiene 20 mg de paroxetina. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS** Paroxetina pertenece al grupo farmacoterapéutico de los antidepresivos. Mecanismo de acción: Es un inhibidor potente y selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). Presenta baja afinidad por receptores colinérgicos muscarínicos. Carece de propiedades hipotensoras y depresoras del SNC. **INDICACIONES** Tratamiento de la depresión. Tratamiento preventivo de las recaídas y recidivas de la depresión. Tratamiento de los trastornos obsesivo compulsivos. Tratamiento del trastorno por angustia. Tratamiento de la fobia social. Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. **POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN** Adultos: **Depresión:** Dosis recomendada, 20 mg/día. En pacientes que no respondan a la dosis de 20 mg, puede ser necesario aumentar la dosis con incrementos de 10 mg/día hasta máximo 50 mg/día. **Trastornos obsesivo compulsivos:** Dosis recomendada, 40 mg/día. Iniciar el tratamiento con 20 mg, con incrementos de 10 mg (cada semana). Puede ser necesario aumentar la dosis hasta 60 mg/día. **Trastorno por angustia:** Dosis recomendada, 40 mg/día. Iniciar el tratamiento con 10 mg/día, con incrementos de 10 mg (cada semana), de acuerdo con la respuesta obtenida. Puede ser necesario aumentar la dosis hasta 60 mg/día. **Trastorno de fobia social:** Dosis recomendada, 20 mg/día. Puede ser necesario aumentar la dosis, con incrementos de 10 mg (cada semana) hasta 50 mg/día. **Trastorno de ansiedad generalizada:** Dosis recomendada, 20 mg/día. Puede ser necesario aumentar la dosis, con incrementos de 10 mg hasta 50 mg/día. Se recomienda administrar paroxetina una vez al día, por la mañana (a primera hora), con algo de alimento. El comprimido se debe deglutir y no masticar. Se recomienda continuar el tratamiento hasta asegurarse que el paciente está libre de síntomas. Este período puede ser de varios meses en el caso de depresión, o más en los trastornos obsesivo compulsivos y por angustia. El tratamiento debe continuarse al menos 3 meses (normalmente 6 meses) tras la respuesta clínica. Al finalizar el tratamiento, es recomendable suspender la terapia gradualmente debido a la posible aparición de reacción de retirada. La administración matutina de paroxetina no altera ni la calidad ni la duración del sueño, los pacientes suelen experimentar una mejoría del sueño, a medida que responden al tratamiento con paroxetina. **Ancianos:** Las dosis iniciales recomendadas son las mismas que en el adulto. Esta dosis puede incrementarse gradualmente hasta 40 mg/día. **Niños:** No se recomienda el empleo de paroxetina en menores de 18 años. **Pacientes con insuficiencia renal o hepática:** Los pacientes con insuficiencia renal grave o hepática grave muestran un aumento de la concentración plasmática, por lo que la dosis se debe reducir al límite inferior del rango terapéutico (20 mg). **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO** **Inhibidores de la MAO:** El tratamiento con paroxetina deberá iniciarse al menos 2 semanas después de finalizar el tratamiento con inhibidores de la MAO y la dosificación se aumentará hasta alcanzar la respuesta óptima. Paroxetina debe utilizarse con precaución en pacientes en tratamiento con neurolépticos, ya que con esta combinación se han reportado casos con síntomas que sugieren Síndrome Neuroléptico Maligno. **Manía:** Se debe utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía. **Triptófano:** No se debe administrar conjuntamente paroxetina con medicamentos que contengan triptófano o sean precursores de la serotonina (L-triptófano, oxitriptán). **Enfermedad Cardíaca:** Es necesario tomar las precauciones habituales en los pacientes con cardiopatías. **Epilepsia:** Debe emplearse con precaución en los pacientes epilépticos, pacientes con antecedentes de epilepsia o historial de convulsiones. **Convulsiones:** El tratamiento debe interrumpirse en todo paciente que desarrolle crisis convulsivas. **Glaucoma:** Produce infrecuentemente midriasis y debe utilizarse con precaución en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado. **Trastornos endocrinos:** En raras ocasiones se ha comunicado hiponatremia, predominantemente en pacientes ancianos que revierte al interrumpir el tratamiento. **Trastornos hepatobiliares:** Se ha notificado aumento de las enzimas hepáticas. Muy raramente también se han comunicado casos de hepatitis, algunas veces asociados con ictericia y/o insuficiencia hepática. La interrupción de la administración deberá considerarse si se detecta un aumento prolongado de los resultados de las pruebas de funcionalidad hepática. **Trastornos del sistema nervioso:** Se han recibido informes de trastornos extrapiramidales incluyendo distonía oro-facial, en pacientes que a veces padecían trastornos subyacentes del movimiento o en aquellos tratados con neurolépticos. **Alcohol:** No se recomienda tomar simultáneamente paroxetina y alcohol. **Trastornos hemorrágicos:** Se han descrito algunos casos de hemorragias con los ISRS. Debe tenerse en cuenta en aquellos pacientes que, reciban concomitantemente anticoagulantes, fármacos que afecten la función plaquetaria o que puedan incrementar el riesgo de hemorragia. **INTERACCIONES** La combinación con inhibidores no selectivos de la MAO está contraindicada. La absorción y farmacocinética de paroxetina no se modifican o sólo ligeramente por: **alimentos, antiácidos, digoxina, propranolol.** **Litio:** Debe realizarse con precaución debido al riesgo leve de síndrome serotoninérgico. El metabolismo y farmacocinética de paroxetina pueden estar afectados por la inducción o inhibición de **enzimas metabolizantes.** Cuando se administra conjuntamente con un inhibidor del metabolismo enzimático, debe considerarse la administración de dosis del límite inferior del rango terapéutico. No se consideran necesarios ajustes iniciales de dosis cuando se administra conjuntamente con inductores metabólicos enzimáticos. La administración concomitante de paroxetina y **antiepilepticos** puede estar asociada a un mayor número de reacciones adversas. El uso concomitante de paroxetina con **antidepresivos tricíclicos y neurolépticos** se debe realizar con precaución. Puede producirse una interacción entre paroxetina y triptófano dando como resultado la aparición de un "Síndrome serotoninérgico" caracterizado por agitación, insomnio y síntomas gastrointestinales que incluyen diarrea. Paroxetina no aumenta el efecto sedante ni la confusión asociada al **haloperidol, amilobarbital y oxazepam.** La administración diaria de paroxetina incrementa significativamente los niveles plasmáticos de proclidina. La administración concomitante de paroxetina con anticonvulsivantes: **carbamacepina, fenitoína, valproato sódico,** no alteró el perfil farmacocinético/farmacodinámico en pacientes epilépticos. La administración conjunta con fármacos serotoninérgicos puede llevar a una incidencia de efectos serotoninérgicos asociados. Se aconseja tener precaución si es necesaria la administración concomitante con otros fármacos activos del Sistema Nervioso Central. **EMBARAZO Y LACTANCIA** No debe utilizarse. **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR VEHÍCULOS Y MANEJAR MAQUINARIA** Posibilidad de que se produzcan alteraciones en la capacidad para conducir vehículos y para manipular máquinas automáticas. **REACCIONES ADVERSAS** Son, en general, de naturaleza leve. Algunas reacciones adversas pueden disminuir en intensidad y frecuencia, al continuar el tratamiento y, en general, no obligan a suspender la medicación. (Ver Reacciones Adversas en Ficha Técnica completa). La interrupción de la administración de paroxetina puede dar lugar a una **reacción de retirada** con síntomas tales como mareo, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia y sensación de calambres), cefalea, alteraciones del sueño, agitación o ansiedad, náuseas y sudoración. Estos trastornos son generalmente de carácter moderado y disminuyen espontáneamente. Se aconseja reducir la dosis gradualmente. Los datos clínicos y preclínicos disponibles no indican que los ISRS causen dependencia. **SOBREDOSIFICACIÓN** Es evidente un amplio margen de seguridad de paroxetina en sobredosificación. La experiencia en casos de sobredosis indica que, además de los síntomas mencionados en el apartado 'Reacciones adversas', se han notificado vómitos, midriasis, fiebre, cambios en la presión arterial, cefalea, contracciones musculares involuntarias, agitación, ansiedad y taquicardia. De forma ocasional se ha informado de reacciones tales como coma o cambios en el ECG, muy raramente con un resultado fatal, y en general cuando se tomó paroxetina en sobredosificación conjuntamente con otros fármacos psicótrópos. No se conoce antídoto específico. El tratamiento comprende las medidas generales habituales utilizadas frente a la sobredosis por cualquier antidepresivo. Cuando sea aplicable, se procederá al vaciamiento del contenido gástrico mediante la inducción del vómito, el lavado gástrico o ambos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN BAYVIT, S.A., F. Mompou, 5, 08960 Sant Just Desvern (Barcelona).** **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Con receta médica. Financiable por el SNS. **PRESENTACIONES** Paroxetina Bayvit 20 mg comprimidos recubiertos EFG, envase con 28 comprimidos, (CN 767632), envase con 56 comprimidos (CN 767756). **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO** Septiembre 2003

(1) IMS septiembre 2003. (2) Marca Registrada por GlaxoSmithKline, S.A. Estudio de bioequivalencia Comparativa, 2 - Wavy Crossover bioavailability study of PAROXETINE HCl (Apoxx) and DEROXAT® (SmithKline Beecham), (France) 20 mg tablets.