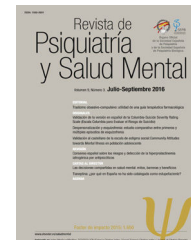




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTA AL DIRECTOR

Tratamiento ambulatorio involuntario: una propuesta de regulación



Involuntary outpatient treatment: A proposal of regulation

Sr. Director:

Recientemente, aparecía en *Diario Médico*¹ un artículo que debatía la necesidad de regular el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI).

Está dirigido a pacientes que padecen afecciones mentales graves, sin *insight*, con múltiples ingresos hospitalarios, abandono terapéutico una vez dados de alta hospitalaria, conllevando deterioro físico y psíquico, y con conductas auto y/o heteroagresivas.

Se aplicación podría reducir el número de readmisiones y días hospitalizados, las conductas violentas o los arrestos. No obstante, los estudios basados en metaanálisis^{2,3} indican que no hay una reducción significativa del uso de servicios sanitarios, o una mejora en los resultados clínicos en las funciones sociales o en la calidad de vida; aunque sí hay una disminución del hecho de ser victimizadas debido a violencia o crímenes no violentos.

Debido a esa aparente poca claridad⁴ y que además significa una reducción de derechos fundamentales se ha generado una polémica sobre su legitimidad. Quienes rechazan el TAI sostienen que: 1) es una medida discriminatoria y estigmatizante; 2) no hay estudios concluyentes que evalúen los pros y contras, dudándose de su fiabilidad y eficacia; y 3) que la cuestión de fondo es la carencia de recursos comunitarios para lograr una mayor cobertura y posibilitar un plan integral.

Sus defensores sostienen: 1) que dicho tratamiento es necesario para su salud; 2) que podría haber un descenso de las conductas auto y heteroagresivas, el abuso de drogas y alcohol, las detenciones policiales y los ingresos involuntarios; 3) podría ser una opción menos restrictiva que un ingreso hospitalario, y 4) que es una medida protectora de la seguridad jurídica de la persona, que potencia la continuidad del tratamiento y la recuperación de la autonomía y la competencia.

Se intentó regularizar mediante una ampliación de la Ley de Enjuiciamiento Civil (art. 763.5) que generó mucho debate. Además, el Tribunal Constitucional, mediante la sentencia STC 132/2010, declaraba inconstitucional los párrafos 1 y 3 del artículo 763. Aunque podría parecer que los ingresos involuntarios son «ilegales» debido a su

inconstitucionalidad, el Tribunal Constitucional no declaraba nula la medida, pero sí pedía una reforma para evitar ese vacío legal. Eso es lo que soluciona la «Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia», dotando al artículo 763 de carácter orgánico, dejando de ser inconstitucional.

Como recientemente se ha hecho⁵, queremos debatir la propuesta del artículo 763.5, ampliándose con las siguientes precisiones:

1. Tomarse como fundamento los derechos a la no discriminación, la igualdad y la dignidad, la protección de la integridad, el derecho a la vida y la salud, y la habilitación y rehabilitación⁶, respetando así la «Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad»⁷.
2. Se establece una aplicación máxima de 18 meses, pero no se menciona el tiempo mínimo. Swartz et al.^{8–10} sostienen que una aplicabilidad menor de 6 meses no consigue unos buenos resultados.
3. Debería especificarse a qué «perfil» de pacientes está indicado.
4. La propuesta sostiene que su aplicabilidad es «cuando así lo requiera la salud del enfermo»; sin embargo, debería mencionarse el deterioro de la persona sin tratamiento, la evitación de conductas auto/heteroagresivas, etc.
5. Aunque se insta a informar al juez cada 3 meses de la evolución y seguimiento del proceso, es recomendable también indicar la necesidad de audiencia del paciente.

Bibliografía

1. Diario Médico. 24 de enero de 2018. [consultado 3 Feb 2018] Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2018/01/24/area-profesional/normativa/el-tratamiento-ambulatorio-involuntario-vuelve-a-pedir-pista>
2. Kisely S, Campbell L, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3. CD004408.
3. Kisely SR, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Schizophr Bull*. 2015;41:542–3.
4. Swartz M, Swanson J. Why the Evidence for Outpatient Commitment Is Good Enough. *Psychiatr Serv*. 2014;65:808–11.
5. Fuertes J, Rodríguez J, Fuertes C, Naranjo J. Necesidad de regulación legal del tratamiento ambulatorio involuntario en pacientes psiquiátricos. *Diario La Ley*. 2018:9132.
6. Ramos S. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en Salud Mental. Una cuestión de derechos humanos. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2016;9:126–7.

7. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. [consultado 3 Mar 2018] Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>; 2006
8. Swartz M, Wilder C, Swanson J, van Dorn R, Clarck P, Steadman H, et al. Assessing outcomes for consumers in New York's assisted outpatient treatment program. *Psychiatr Serv.* 2010;61:976–81.
9. Swartz M, Swanson J, Wagner R, Burns B, Hiday V, Borum R. Can involuntary out-patient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1968–75.
10. Swartz M, Swanson J, Hiday V, Wagner RH, Burns B, Borum R. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatr Serv.* 2001;52:325–9.

Sergio Ramos Pozón

Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica, Facultad Enfermería, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España
Correo electrónico: sergioramos@ub.edu

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.02.003>
1888-9891/

© 2018 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Precauciones en la prescripción de inhibidores de la recaptación de serotonina



Precautions in prescribing serotonin reuptake inhibitors

Sr. Director:

Buena parte de los psicofármacos utilizados en la actualidad pueden provocar alteraciones endocrinológicas y del metabolismo, lo que puede condicionar tanto la adherencia al tratamiento como la calidad de vida y la salud del enfermo. Así, la hiperprolactinemia secundaria a antipsicóticos¹ —con sus efectos sobre la función gonadal y sobre el metabolismo óseo—, o la terapia con litio y otros antidepresivos, con sus efectos sobre la función tiroidea son solo algunos ejemplos de este significativo aspecto.

La fluoxetina es un potente inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), ampliamente prescrito, e indicado en el tratamiento de episodios de depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y bulimia nerviosa². El síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) consiste en la secreción mantenida de ADH en ausencia de sus estímulos habituales, especialmente la hipovolemia y la hiperosmolaridad, y se caracteriza por la presencia de hiponatremia hipoosmolar, sodio urinario (NaU) superior a 40 mmol/l y osmolaridad urinaria (OsmU) superior a 100 mOsm/kg, en ausencia de disminución de la volemia eficaz (insuficiencia cardíaca, ascitis, hipovolemia...) y una vez descartadas la insuficiencia tiroidea y suprarrenal³.

Los tumores, las infecciones y muy especialmente los fármacos⁴ son las causas más habituales. De entre ellos, los antidepresivos, en particular los ISRS, se ven frecuentemente implicados. Su mecanismo fisiopatológico, aunque no completamente aclarado, podría depender de un aumento de la secreción de ADH debido al estímulo de los receptores serotoninérgicos y alfa adrenérgicos por parte de la serotonina y de la noradrenalina⁵.

Pedrés et al.⁶ revisaron 44 notificaciones espontáneas de hiponatremia y/o SIADH sospechosas de haber sido causadas por ISRS entre 1983 y 2003; de entre ellas, 11 fueron atribuidas a fluoxetina. Presentamos, por ello, el caso de una mujer que desarrolló hiponatremia por el uso de dicho fármaco.

Mujer de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial, síndrome de Sjögren y osteoporosis. Seguía tratamiento con candesartán 16 mg/día y fluoxetina 20 mg/día desde 4 meses antes. Consultó por inestabilidad para la marcha, mareo y torpeza mental, todo ello de un mes de evolución. La exploración física reveló la ausencia de edema y de signos de deshidratación. Analíticamente destacaba un Na plasmático de 125 mmol/l, Osm plasmática 266 mOsm/l (vn: 280-300 mOsm/l), NaU 47 mmol/l y OsmU 233 mOsm/l. El cortisol y la tirotropina (TSH) fueron normales.

Con la sospecha de SIADH secundario a fluoxetina, se suspendió el fármaco y se inició tratamiento con suero salino hipertónico y restricción hídrica. La evolución clínica y analítica fue favorable, con normalización de la natremia.

El SIADH por fluoxetina es, de acuerdo con su ficha técnica¹, un efecto adverso grave y raro ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$). Tanto Pedrés como Gandhi et al.⁷ encontraron mayor riesgo de hiponatremia debida a ISRS en mujeres mayores de 65 años, en tratamiento concomitante con diuréticos o con antecedente de enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca. Un estudio de cohortes de población británica⁸ demostró un aumento significativo del riesgo de hiponatremia con citalopram, fluoxetina y escitalopram frente a la sertralina y paroxetina, fármaco este que, en el estudio de Pedrés, fue el más frecuentemente implicado.

Creemos, finalmente, que debe extremarse la prudencia al prescribir ISRS especialmente en mayores de 65 años, mujeres, ante uso concomitante de diuréticos o con antecedentes de insuficiencia cardíaca o renal. En estos supuestos debiera monitorizarse la natremia y llevar a cabo un seguimiento clínico al menos en los primeros tres meses de tratamiento.

Bibliografía

1. Montejo ÁL, Arango C, Bernardo M, Carrasco JL, Crespo-Facorro B, Cruz JJ, et al. Consenso español sobre los riesgos y detección de la hiperprolactinemia iatrogénica por antipsicóticos. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;9:158–73.
2. Ficha técnica. Fluoxetina. Agencia Española de Medicamentos y productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Jul 1999. Texto revisado en Octubre 2016. [consultado 13 Sep 2017] Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/62661/62661.ft.pdf>
3. Runkle I, Villabona C, Navarro A, Pose A, Formiga F, Tejedor A, et al. Tratamiento de la hiponatremia secundaria al síndrome