

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](mailto: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 antipsicóticos<sup>1</sup> —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 nerviosa<sup>2</sup>. 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 cardiaca, ascitis, hipovolemia...) y una vez descartadas la insuficiencia tiroidea y suprarrenal<sup>3</sup>.

Los tumores, las infecciones y muy especialmente los fármacos<sup>4</sup> 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 noradrenalina<sup>5</sup>.

Pedrés et al.<sup>6</sup> 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 técnica<sup>1</sup>, un efecto adverso grave y raro ( $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$ ). Tanto Pedrés como Gandhi et al.<sup>7</sup> 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 cardiaca. Un estudio de cohortes de población británica<sup>8</sup> 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 cardiaca 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](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

- de secreción inadecuada de la hormona antidiurética: algoritmo multidisciplinar. *Nefrología*. 2014;34:439–45.
4. Adrogué HJ, Madias NE. Hyponatremia. *N Engl J Med*. 2000;342:1581–9.
  5. Brownfield MS, Greathouse J, Lorens SA, Armstrong J, Urban JH, Van de Kar LD. Neuropharmacological characterization of serotonergic stimulation of vasopressin secretion in conscious rats. *Neuroendocrinology*. 1988;47:277–83.
  6. Pedrós C, Cereza G, García N. Hiponatremia y SIADH por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: revisión de notificaciones espontáneas. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:516–7.
  7. Gandhi S, Shariff SZ, Al-Jaishi A, Reiss JP, Mamdani MM, Hackam DG, et al. Second-Generation Antidepressants and Hyponatremia Risk: A Population-Based Cohort Study of Older Adults. *Am J Kidney Dis*. 2017;69:87–96.
  8. Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in

older people: Population based cohort study. *BMJ*. 2011;343:d4551.

Javier Miguel Martín Guerra\*, Miguel Martín Asenjo, Luis Ángel Sánchez Muñoz y José María Prieto de Paula

*Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [javi6vega@hotmail.com](mailto:javi6vega@hotmail.com) (J.M. Martín Guerra).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.03.005>  
1888-9891/

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

## Suicidio: contextos y personas



### Suicide: Contexts and persons

*Sr. Director:*

El suicidio es un problema de salud pública de primera magnitud. Destaca por ser la única, entre las 10 causas de muerte más frecuentes a nivel mundial, cuya incidencia no ha descendido en la última década, pese a la enorme producción científica relacionada<sup>1</sup>. Se considera que, pese a la gran inversión en proyectos de investigación y la creciente implementación de programas específicos, la prevención del suicidio es una «necesidad clínica no resuelta»<sup>2</sup>. En su artículo editorial, Barrigón y Baca-García proponen reformular algunas de las bases sobre las que se ha construido el campo de investigación sobre la prevención de suicidio a lo largo de las últimas décadas<sup>3</sup>. Sugiriendo como marco general la investigación clínica basada en individuos, recomiendan evolucionar desde el estudio aislado de factores de riesgo a la definición de algoritmos de los mismos, basados en el tratamiento de datos con técnicas de aprendizaje automático y en el seguimiento personalizado apoyado en nuevas tecnologías.

Consideramos que es necesario incluir, en el estudio y prevención del suicidio, una perspectiva poblacional para comprender y reducir sus factores de riesgo a nivel individual. Desde la publicación de los estudios sociológicos de Durkheim se acepta que el suicidio es un fenómeno cuya incidencia responde, al menos parcialmente, a determinantes supraindividuales<sup>4</sup>. Ciertos ejemplos apoyan este planteamiento: algunos países, como Lituania, tienen incidencias estandarizadas de suicidio 5 veces superiores a la de otros, como Grecia<sup>5</sup>. En EE.UU., las tasas de suicidio en áreas rurales duplican las urbanas<sup>6</sup>. Incluso dentro de una misma ciudad, Londres, las zonas con mayores índices ecológicos de privación social asocian las mayores tasas de suicidio<sup>7</sup>.

La epidemiología moderna trata de definir qué elementos tienen una relación causal con la aparición de las enfermedades en las poblaciones. En su desarrollo se han sucedido paradigmas que han determinado las preguntas de

investigación y, con ello, las respuestas obtenidas<sup>8</sup>. El planteamiento inicial fue eminentemente ecológico: se considera que la epidemiología moderna nació con John Snow y la distribución espacial de las epidemias de cólera en el Londres del siglo XIX. Posteriormente, el descubrimiento del bacilo tuberculoso y otros agentes infecciosos dio paso a la era molecular. Por último, a raíz de la segunda guerra mundial, apareció la epidemiología de las enfermedades crónicas o no transmisibles, centrada en el sujeto, su conducta y los factores de riesgo individuales, como el tabaquismo o la hipertensión arterial. Característicamente, cada era de la epidemiología se ha centrado en un solo nivel de estudio (ecológico, molecular, individual), negando los demás en mayor o menor medida<sup>8</sup>. Así, la epidemiología de los factores de riesgo ha producido un gran cuerpo de conocimiento causal eminentemente individual. En este momento, no obstante, atendemos al crecimiento de una concepción integradora de la epidemiología, que algunos han llamado epidemiología multinivel, y que considera que los fenómenos de enfermedad responden a esquemas causales con determinantes que actúan a diferentes niveles, molecular, individual y poblacional, interactuando en complejas redes jerárquicas<sup>9</sup>. En este planteamiento, la información recogida por variables ecológicas, lejos de ser considerada un estimador intercambiable con datos recogidos al nivel individual, goza de su propia relevancia para el correcto entendimiento de los determinantes sociológicos de la enfermedad<sup>10</sup>.

Una iniciativa destaca como oportunidad de mejora a la hora de colocar a los factores causales ecológicos en el espacio que les corresponde: las colaboraciones de salud mental global. Por definición, un estudio epidemiológico es capaz de analizar relaciones potencialmente causales cuando consta de un control con el que generar comparaciones. A través de la inclusión de diferentes contextos de investigación, utilizando medidas ecológicas que recojan las diferencias entre contextos, podremos estimar el papel que juegan las variables supraindividuales en la incidencia del suicidio. El estudio de todos los fenómenos de enfermedad se puede beneficiar de un planteamiento multinivel. En un ejemplo reciente, el consorcio internacional EU-GEI