

Intervenciones psicosociales orientadas al sistema en el proceso de transplante de órganos (II): modelos aplicados

M. Rosa Maldonado Rojo

Psicóloga Clínica. Ferrol

Gonzalo Martínez Sande

Psicólogo Clínico. Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace. S. de Salud Mental. C.H.U. Juan Canalejo - Marítimo de Oza. A Coruña

Covadonga Lemos García

Enfermera. Oficina de Coordinación de Transplantes. C.H.U. Juan Canalejo

Cad Aten Primaria
Año 2006
Volumen 13
Pág. 219-223

I. INTRODUCCIÓN

Si en el artículo anterior tratamos de realizar una presentación de los más importantes modelos generales en cuanto al entendimiento de los aspectos psicosociales del enfermar desde una perspectiva sistémica, en éste vamos a mostrar algunos modelos con un carácter más aplicado y concreto. Tratamos de prestar atención a aquéllos que nos parecen más relevantes y también más cercanos al ámbito del transplante de órganos.

II. MODELOS "APLICADOS"

1. M. Delon

Con el término "cónyuge" se alude a cualquier tipo de relación en que se espera cierto grado de exclusividad, apoyo y cuidado, sea el marido, la esposa o una pareja del mismo o de otro sexo. Este tipo de relación distingue la experiencia que tiene el cónyuge de la enfermedad de la que pueden tener otras personas, con implicación afectiva, del entorno del paciente.

La afirmación de la teoría sistémica de que la enfermedad en uno de los miembros no puede considerarse como algo aislado de la familia como un todo se ve reforzada por la influencia del cónyuge sobre el curso clínico del paciente, pudiendo moldear su adaptación al fortalecer su aceptación de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la capacidad de toma de decisiones.

Sin embargo, en la fase de crisis el propio cónyuge está en crisis, y esencialmente solo. Esta fase, aunque limitada en el tiempo, induce en el cónyuge la vivencia de que sus habilidades de afrontamiento habituales no son suficientes. Además de enfrentarse a la posible pérdida de su pareja y a los problemas diarios que surgen, o se exacerban, con la situación, ha de aprender a moverse por el sistema sanitario, una subcultura con su propio lenguaje, jerarquía, reglas y

valores que puede aumentar la sensación de impotencia y de ser un "intruso". En estas circunstancias, con frecuencia sin haber terminado de entender la enfermedad y a veces sin la participación del paciente, se le pide que tome decisiones médicas cruciales.

M. Delon presenta un paradigma desarrollado con base en años de experiencia con cónyuges de pacientes cardíacos, cuyo objetivo es ayudarles a lograr un afrontamiento efectivo y a superar las crisis del modo más saludable posible mediante la evaluación precoz y la intervención como procesos continuos, y la implicación del equipo.

• Evaluación

Ha de evaluarse, más allá de lo evidente, la presencia o exacerbación de problemas físicos o psicológicos previos, o la aparición de nuevos síntomas, fenómenos frecuentes en cónyuges de pacientes con enfermedades graves. También pueden resurgir problemas conyugales previos que se añadan a la pérdida, conflicto, discontinuidad o sobrecarga de roles en el cónyuge, peligrando el equilibrio conyugal. Asimismo se pone a prueba el apoyo social efectivo: más que la amplitud de la red de apoyo habría que evaluar la capacidad de las personas para movilizar y aceptar, o no, el apoyo, lo que suele relacionarse con los sentimientos de autonomía, dependencia y control. En esta línea son también importantes las creencias religiosas y los valores culturales, que podrían añadir vivencias de aislamiento (si no coinciden con las mayoritarias en el entorno) o preocupaciones relativas a la práctica religiosa, particularmente del paciente.

FIGURA 1

Apoyo al cónyuge del paciente cardíaco: Áreas a evaluar

Apoyo al cónyuge del paciente cardíaco: Áreas a evaluar

Funcionamiento físico	Apoyo social
Funcionamiento psicológico	Situación económica
Dinámica conyugal	Valores culturales y religiosos

• Intervención

Como paso previo a la intervención resulta esencial el establecimiento de una relación de confianza en una atmósfera segura y de apoyo.

Dirección para correspondencia:

Gonzalo Martínez Sande.

UPIE-CHU Juan Canalejo-Marítimo de Oza. Xubias de Arriba, s/n. A Coruña

La clarificación de los problemas supone la toma de conciencia de cuáles son las fuentes de una crisis, lo que permite adoptar una postura más realista y advertir que, junto a los factores externos, hay factores internos generadores de estrés. A partir de aquí se pueden fijar objetivos, que han de ser realistas, alcanzables y efectivos; las intervenciones han de dirigirse a necesidades específicas, promoviendo la participación activa del cónyuge en la medida de lo posible y el afrontamiento autónomo y efectivo.

FIGURA 2

Intervenciones con el cónyuge

Intervenciones con el cónyuge

Clarificación	Mediación
Fijar objetivos	Movilización de apoyo
Promover afrontamiento	Duelo anticipado
Intervención grupal	

En cuanto a la promoción del afrontamiento efectivo, ha de tenerse presente que algunas defensas, como la negación, la intelectualización o el desplazamiento, pueden ser adaptativas al principio, y han de respetarse. En general es mejor centrarse en las estrategias previamente efectivas y lo que las está obstaculizando, sugiriendo alternativas y animando a usarlas.

La mediación o "abogacía" es un tipo de intervención particularmente valioso cuando las necesidades del cónyuge y las del sistema son divergentes. En estos casos se intentará promover la flexibilización, en lo posible, en ambas partes. Aunque el objetivo sería el cumplimiento de las normas hospitalarias, esto podría ser menos terapéutico que llegar a un compromiso mutuo.

La activación del apoyo es otro aspecto importante. Lo ideal sería animar al cónyuge del paciente a detectar y activar apoyos en su propia red, pero también el personal sanitario puede proporcionar apoyo informativo, reduciendo la confusión y la sensación de aislamiento. Entre los objetivos estaría promover la capacidad del cónyuge para aliarse con el equipo.

El duelo anticipado puede manifestarse como depresión, con rumiaciones sobre el cónyuge y los cambios venideros en el estilo de vida propio. Ha de ofrecerse apoyo mostrando accesibilidad, sin menoscabo de la activación temprana de apoyos adicionales, naturales, cuando existen. Por otro lado, ya sea por negación o por falta de información, algunos cónyuges no están preparados para la muerte de su pareja, aunque ésta sea inminente. Es inexcusable informar al cónyuge del estado y pronóstico del paciente.

Finalmente, son altamente recomendables las intervenciones grupales, que permiten a los cónyuges darse cuenta de que no están solos y pueden reducir la inhibición de la expresión de sentimientos; además, proporcionan apoyo informal, la posibilidad de incorporar habilidades de afrontamiento nuevas y un foro para la disseminación de la información.

FIGURA 3

Protocolo de pareja: post infarto de miocardio

PROTICOLO DE PAREJA: POST INFARTO DE MIOCARDIO

I. Comprometer al cónyuge

- A. Explicar al paciente la utilidad de incluir, como práctica habitual, al cónyuge.
- B. Pedir al paciente que inste al cónyuge a asistir a la reunión programada.
- C. Si el paciente expresa interés pero duda de que venga el cónyuge, ofrecerle contactar directamente con él / ella.

II. Reunión conjunta

- A. Preguntar sobre el proceso de recuperación.
- B. Evaluación del estilo (asociativo-colaborativo, autónomo o conflictivo) y verificar la impresión a través de preguntas directas.
- C. Destacar que el proceso de recuperación es un reto para ambos.
- D. Preguntar sobre la adecuación de la información (hacer preguntas abiertas sobre la comprensión del paciente y su cónyuge y hacer seguimiento con preguntas sobre aspectos concretos):
 1. Aspectos médicos del infarto de miocardio
 2. Cambios requeridos en el estilo de vida
 3. Cuán activo puede ser el paciente
 4. Qué puede esperarse en el futuro
 5. Cuánto estrés emocional puede manejar el paciente
 6. Cómo puede ser de más ayuda el cónyuge para el paciente (invitar a la discusión sobre este tema en particular)
 7. El sexo después de un ataque al corazón
- E. Preguntar sobre áreas de desacuerdo o conflicto y evaluar la necesidad de cualquier acción.
- F. Informar sobre las actividades del grupo HC (grupo de apoyo) tanto para pacientes como para cónyuges.
- G. Elicitar el "feedback".

III. Acciones posibles

- A. No se requiere ninguna
- B. Dar sugerencias o consejos breves a la pareja
- C. Consejo de los pares a través de los grupos HC
- D. Remitir a terapia (counselling) de pareja o individual

• La implicación del equipo

Por un lado, parece evidente que lo deseable es conseguir la mejor relación posible entre el cónyuge y el personal sanitario. Por otro lado, hemos visto que el equipo puede contribuir, mediante el apoyo informativo y la flexibilización, a la mejora de la relación y de la vivencia del cónyuge, para lo cual es necesario que se implique. El equipo ha de tener presente que la gente usa una amplia variedad de mecanismos de afrontamiento con distintos grados de éxito; cuando los intentos de afrontamiento del cónyuge son contraproducentes (por ejemplo, disruptivos), en lugar de evitación o enfrentamiento se trataría de comprender empáticamente las limitaciones del cónyuge, en la creencia de que se puede cambiar su modo de afrontamiento, haciéndolo más efectivo.

2. J. Coyne

La existencia de vínculos fehacientes entre la calidad de las relaciones personales estrechas y la salud y conductas de salud, unida a la consideración de que la enfermedad y la promoción de la salud tienen lugar en el contexto de las relaciones cercanas, a las que afecta y

por las que son afectadas, llevan a Coyne a proponer la terapia familiar como contexto conceptual para las intervenciones en problemas crónicos de salud. Propone que la enfermedad y la relación familiar, particularmente la conyugal, se influyen mutuamente, limitando las posibilidades individuales de adaptación efectiva a las demandas de la enfermedad y los regímenes terapéuticos, la capacidad para interactuar con el sistema sanitario, afrontar las transiciones propias de la enfermedad y "poner la enfermedad en su lugar". El rango de opciones de afrontamiento del individuo enfermo depende de la flexibilidad y capacidad de adaptación de sus relaciones estrechas. Y la terapia familiar sistémica ofrece un marco conceptual no culpabilizante ni excluyente desde el que comprender la interacción entre la enfermedad y el afrontamiento que de ella hace la pareja.

Los objetivos de las intervenciones en las relaciones cercanas para mejorar el estado de salud serían:

- ayudar a los individuos con problemas de salud discapacitantes y a sus cónyuges a manejar más eficazmente las demandas de la enfermedad y los regímenes médicos;
- potenciarles en su trato con el sistema sanitario;

- ayudarles en las transiciones propias de la enfermedad o discapacidad, incluyendo cambios en el estilo de vida;
- ayudarles a "poner la enfermedad en su lugar".

Para cumplir estos objetivos debemos tenerlos siempre presentes, así como las limitaciones con que contamos, siendo realistas tanto con respecto al grado de influencia de las variables psicológicas sobre el estado físico como con respecto a la potencia de nuestras intervenciones, no sobrestimando ni uno ni otra. Además, se requiere conocer tanto las exigencias específicas de la enfermedad y el tratamiento como la cualidad de la interacción familiar (específicamente la conyugal).

Aunque se puede considerar la enfermedad crónica en la edad adulta como algo normativo, dada su frecuencia, no lo es el momento de aparición de la enfermedad (la temporización de la aparición de la enfermedad con respecto al momento evolutivo personal y familiar), lo que se debe tener en cuenta para atender a las diferentes repercusiones que una misma enfermedad médica puede tener en función del momento evolutivo en que aparece.

**DOBUPAL
RETARD**
VENLAFAXINA

LA REMISIÓN ES LA SALIDA

estar con
mis hijos
¡lo mejor
del día!

EFICACIA EN
DEPRESIÓN

En depresión,
usted puede marcar
la diferencia.

- **Dobupal Retard[®], antidepresivo de acción dual: inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina.**
- **Dobupal Retard[®], tratamiento de elección en pacientes:**
 - con depresión endógena⁽¹⁾
 - con depresión recurrente^(2,3)
 - con depresión resistente a ISRS^(4,5)
 - depresivos somatizadores^(6,7)

10 AÑOS DE
ÉXITO

Evidencia
Científica



Almirall

Soluciones pensando en ti

www.almirall.es

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Por cápsula: DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: Venlafaxina (DOE) (clorhidrato), 75 mg DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: Venlafaxina (DOE) (clorhidrato), 150 mg Ver excipientes 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Cápsulas de liberación sostenida, para administración oral. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1.** Indicaciones terapéuticas. Tratamiento de la depresión. Prevención de las recaídas del episodio depresivo y recurrencias de nuevos episodios. Trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento del trastorno de ansiedad social. **4.2. Posología y forma de administración.** Dosificación habitual La dosis habitual recomendada es de 75 mg al día, administrados en una sola dosis. Si, tras dos semanas de tratamiento, no se obtiene la mejoría clínica esperada, la dosis puede incrementarse a 150 mg al día, administrados en una sola dosis. Si se precisara, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 225 mg una vez al día. Los incrementos de dosis deberán efectuarse a intervalos de aproximadamente 2 semanas o más, pero no inferiores a 4 días. Prevención de recaídas / recurrencias de la depresión Normalmente, las dosis para la prevención de recaídas y recurrencias de la depresión son similares a las utilizadas durante el tratamiento inicial. Los pacientes deberían ser reevaluados para valorar el beneficio de la terapia a largo plazo. Forma de administración Se recomienda ingerir DOBUPAL Retard durante las comidas con un poco de líquido. La cápsula debe ingerirse entera. No dividir, aplastar, masticar o disolver la cápsula en agua. DOBUPAL Retard debe administrarse una vez al día, aproximadamente a la misma hora de la mañana o de la tarde. Los pacientes afectados de depresión que se encuentren actualmente en tratamiento con venlafaxina (en comprimido de liberación inmediata) a dosis terapéuticas pueden cambiarse a DOBUPAL Retard a la dosis equivalente más próxima (mg/día). No obstante, en algunos casos puede ser necesario el ajuste de la dosis. Pacientes con insuficiencia renal y/o hepática En los pacientes con insuficiencia renal y/o hepática debe reducirse la dosis de venlafaxina. En estos pacientes puede ser necesario iniciar el tratamiento con DOBUPAL comprimidos. En los pacientes cuyo índice de filtración glomerular (IFG) sea inferior a 30 ml/min debe reducirse la dosis en un 50%. En los pacientes con insuficiencia hepática moderada debe reducirse la dosis un 50%. En pacientes con cuadros graves de insuficiencia hepática deben considerarse reducciones adicionales de la dosis. Pacientes de edad avanzada No se recomienda el ajuste de la dosis únicamente por razones de edad. Sin embargo, al igual que con otros antidepressivos, deberá administrarse con precaución, especialmente en los aumentos de dosis. Uso en pediatría No se ha establecido la inocuidad y eficacia del fármaco en pacientes de edades inferiores a 18 años y, por tanto, no se recomienda su empleo en este grupo de edad. Tratamiento de mantenimiento/continuación/prolongado Se deberá reevaluar periódicamente la utilidad del tratamiento a largo plazo con DOBUPAL Retard. Se acepta de manera general que los episodios agudos de depresión grave requieren varios meses, o aún más, de tratamiento farmacológico mantenido. Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad social sufren frecuentemente la enfermedad durante varios años y requieren tratamiento a largo plazo. DOBUPAL ha mostrado ser eficaz en el tratamiento a largo plazo (hasta 12 meses en la depresión y hasta 6 meses en el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social). Suspensión del tratamiento Cuando se interrumpiera el tratamiento con DOBUPAL Retard, se debe reducir la dosis gradualmente para minimizar el riesgo de reacciones de retirada (ver sección 4.8 reacciones adversas). El periodo de reducción de dosis depende de la dosis de mantenimiento que se estaba administrando, de la duración del tratamiento y de la respuesta individual de cada paciente. A título orientativo, en pacientes tratados durante 6 semanas o más, la dosis debe reducirse gradualmente durante un periodo de dos semanas. **4.3. Contraindicaciones.** DOBUPAL Retard (Venlafaxina) está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al fármaco o a alguno de los excipientes. El uso de DOBUPAL Retard está contraindicado durante el embarazo, debido al riesgo de aparición de reacciones de retirada en el recién nacido. No administrar durante la lactancia. No administrar a pacientes menores de 18 años. No administrar concomitantemente con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). El tratamiento con venlafaxina no debe iniciarse como mínimo, hasta pasados 14 días desde la interrupción del tratamiento con IMAOs; este intervalo podría ser menor en el caso de IMAOs reversibles (ver información de prescripción del IMAO reversible). Venlafaxina debe interrumpirse como mínimo 7 días antes de iniciar tratamiento con cualquier IMAO. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** No se ha evaluado el uso de venlafaxina en pacientes con un historial reciente de infarto de miocardio o cardiopatía inestable. Por ello, deberá evitarse su uso en estos pacientes. Se recomienda controlar periódicamente la presión arterial en pacientes tratados con venlafaxina, dado que puede aumentar la presión arterial de forma dosis-dependiente. Venlafaxina puede aumentar la frecuencia cardíaca, especialmente cuando se administra a dosis elevadas, por lo que se deberá tener precaución en aquellos pacientes cuyas condiciones pueden verse comprometidas por aumentos en la frecuencia cardíaca. Pueden aparecer convulsiones en el tratamiento con venlafaxina y deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones. No obstante, en los estudios previos a la comercialización no se produjeron convulsiones durante la utilización de venlafaxina retard en el tratamiento de la depresión, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad social. Dado que venlafaxina puede producir midriasis, se recomienda vigilar estrechamente a los pacientes con presión intraocular elevada o pacientes con riesgo de padecer glaucoma agudo de ángulo cerrado. Al igual que con otros antidepressivos, se deberá usar venlafaxina con precaución, en pacientes con antecedentes de manía debido a que pueden aparecer cuadros de manía o hipomanía durante el tratamiento. No obstante, no hubo casos de manía o hipomanía en los estudios que utilizaron venlafaxina retard en el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Durante el tratamiento con venlafaxina, puede aparecer hiponatremia y/o Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH), normalmente en pacientes con depleción de volumen o deshidratados. Dado el riesgo de suicidio de los pacientes con depresión, se deberá prescribir inicialmente el envase con el número menor de comprimidos con la finalidad de reducir el riesgo de sobredosis. Se han descrito algunos casos de hemorragias de diferente localización con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Este hecho debe tenerse en cuenta especialmente en aquellos pacientes que además estén recibiendo anticoagulantes, medicamentos que afecten la función plaquetaria (p. ej. antipsicóticos atípicos y fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico, ticlopidina, clopidogrel, antiinflamatorios no esteroideos) o que puedan incrementar el riesgo de hemorragia. Asimismo, deberá tenerse especial precaución con los pacientes que presenten trastornos hemorrágicos. Venlafaxina no está indicada para la pérdida de peso, ni en monoterapia ni en combinación con otros productos ya que en esta indicación no se ha demostrado su seguridad y eficacia. **4.5. Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) Se han notificado reacciones adversas en pacientes que habían interrumpido el tratamiento con un IMAO y seguidamente habían comenzado tratamiento con venlafaxina, o que interrumpieron el tratamiento con venlafaxina y seguidamente empezaron tratamiento con IMAO. Estas reacciones incluyeron temblor, mioclonía, sudoración, náuseas, vómitos, sofocos, vértigo, hipertermia con cuadros semejantes al síndrome neuroleptico maligno, convulsiones y muerte. Fármacos con actividad sobre el sistema serotoninérgico Basándose en el mecanismo de acción conocido de la venlafaxina y en su potencial de desencadenar un síndrome serotoninérgico, se recomienda precaución cuando se administre venlafaxina en combinación con fármacos que puedan afectar los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos tales como los triptanes, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), o litio. Indinavir Un estudio farmacocinético realizado con indinavir ha mostrado una disminución del 28% en el AUC y del 36% en la C_{max} para indinavir. Indinavir no afectó la farmacocinética de venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina. Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción. Warfarina Venlafaxina puede potenciar el efecto anticoagulante de warfarina. Etanol Al igual que con todos los fármacos que actúan sobre el SNC, se deberá advertir al paciente que evite el consumo de alcohol durante el tratamiento con venlafaxina. Haloperidol Un estudio farmacocinético realizado con haloperidol mostró un descenso del 42% en el aclaramiento oral total para este fármaco, un incremento del 70% en el AUC, un incremento del 88% en la C_{max}, pero no afectó a la semivida del mismo. Esto deberá ser tenido en cuenta en pacientes que reciban haloperidol y venlafaxina de forma concomitante ya que será necesario disminuir la dosis de haloperidol. Cimetidina Cimetidina ha mostrado inhibir el efecto de primer paso hepático de venlafaxina. Es esperable que la actividad farmacológica de venlafaxina se vea ligeramente incrementada en la mayoría de los pacientes. En ancianos y en pacientes con disfunción hepática esta interacción puede ser más pronunciada. Imipramina Venlafaxina no alteró las farmacocinéticas de imipramina o 2-hidroxi-imipramina. Sin embargo, incrementó el AUC, C_{max} y C_{min} de desipramina alrededor de un 35%. El AUC para 2-hidroxi-imipramina duplicó su valor de 2,5 a 4,5. Imipramina no alteró las farmacocinéticas de venlafaxina ni de O-desmetilvenlafaxina. Esto deberá tenerse en cuenta en pacientes tratados con imipramina y venlafaxina de forma concomitante. Risperidona Venlafaxina incrementó el AUC de risperidona en un 32% pero no alteró significativamente el perfil farmacocinético de la cantidad total de principio activo (suma de risperidona más 9-hidroxi-risperidona). Se desconoce la relevancia clínica de esta interacción. Diazepam Diazepam no parece afectar la farmacocinética tanto de venlafaxina como de O-desmetilvenlafaxina. Venlafaxina no tiene efectos sobre la farmacocinética o la farmacodinamia de diazepam. Litio Las farmacocinéticas de venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina no se ven afectadas con la administración concomitante de litio. Venlafaxina a su vez no tiene efectos sobre la farmacocinética del litio (Ver también el apartado Fármacos con actividad sobre el sistema serotoninérgico). Fármacos con elevada unión a proteínas plasmáticas Venlafaxina no se une en elevada proporción a proteínas plasmáticas (27%); por ello no es esperable que la administración de venlafaxina a pacientes en tratamiento con fármacos de elevada unión a proteínas plasmáticas provoque un aumento de la concentración libre de estos fármacos. Inhibidores o inductores de los enzimas hepáticos La inducción o inhibición en los sistemas enzimáticos hepáticos puede afectar el metabolismo y la farmacocinética de DOBUPAL Retard (venlafaxina). Cuando se administra concomitantemente venlafaxina con un inhibidor de los enzimas hepáticos, es conveniente reducir la dosis de venlafaxina al mínimo eficaz. Triptófano La administración concomitante de DOBUPAL Retard (venlafaxina) y triptófano podría inducir una mayor incidencia de efectos secundarios relacionados con la 5-HT. No hay experiencia en cuanto al uso concomitante de venlafaxina con triptófano en pacientes deprimidos. Fármacos metabolizados por las isoenzimas del citocromo P450 Los estudios indican que venlafaxina es un inhibidor relativamente débil de CYP2D6. Venlafaxina no inhibió CYP3A4, CYP1A2 y CYP2C9 in vitro. Tampoco se han hallado interacciones in vivo con los siguientes fármacos: alprazolam (CYP3A4), cafeína (CYP1A2), carbamazepina (CYP3A4) y diazepam (CYP3A4 y CYP2C19). **4.6. Embarazo y lactancia.** Uso durante el embarazo. No se ha establecido la seguridad de empleo de venlafaxina durante el embarazo. Venlafaxina debe administrarse a mujeres embarazadas sólo si el beneficio potencial supera al posible riesgo. Si se usa venlafaxina durante el embarazo o poco antes del parto, pueden aparecer reacciones de retirada en el recién nacido. Uso durante la lactancia Venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina se excretan en leche humana; por ello está contraindicada su administración durante la lactancia. Uso en pediatría La seguridad y eficacia en pacientes menores de 18 años no han sido establecidas, por lo que su uso está contraindicado. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Aunque se ha comprobado en voluntarios sanos que DOBUPAL Retard (venlafaxina) no afecta la actividad psicomotora, cognoscitiva o el comportamiento complejo, los fármacos psicoactivos pueden deteriorar la facultad de juzgar, pensar o las habilidades motoras, por lo que los pacientes deben tener precaución al manejar maquinaria peligrosa, incluyendo automóviles, debiendo ser advertidos de tal circunstancia. **4.8. Reacciones adversas.** Las reacciones adversas se enumeran a continuación por órganos y sistemas de acuerdo con las categorías de frecuencia siguientes: Frecuentes: 1% Poco frecuentes: 0,1% y < 1% Raras: 0,01% y < 0,1% Muy raras: < 0,01%. Generales Frecuentes: Astenia, fatiga. Poco frecuentes: Reacción de fotosensibilidad. Muy raras: Anafilaxis. Sistema Cardiovascular Frecuentes: Hipertensión, vasodilatación. Poco frecuentes: Hipotensión, hipotensión postural, síncope, taquicardia. Muy raras: Prolongación del intervalo QT, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular (incluyendo torsade de pointes). Sistema Digestivo Frecuentes: Disminución del apetito, estreñimiento, náuseas, vómitos. Poco frecuentes: Bruxismo. Sistema Hematológico/Linfático Poco frecuentes: Equimosis, sangrado de mucosas. Raras: Sangrados prolongados, trombocitopenia. Muy raras: Discrasias sanguíneas (incluyendo agranulocitosis, anemia aplásica, neutropenia y pancytopenia). Sistema Metabólico/Nutricional Frecuentes: Hipercolesterolemia (especialmente tras la administración prolongada y a dosis elevadas), pérdida de peso. Poco frecuentes: Trastornos de la función hepática, hiponatremia, aumento de peso. Raras: Hepatitis, síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH). Sistema Nervioso Frecuentes: Sueños anormales, disminución de la libido, mareos, sequedad de boca, hipertonia, insomnio, nerviosismo, parestesia, sedación, temblor. Poco frecuentes: Apatía, alucinaciones, mioclonía. Raras: Convulsiones, manía, síndrome neuroleptico maligno, síndrome serotoninérgico. Muy raras: Agitación, delirio. Sistema Respiratorio Frecuentes: Bostezos. Muy raras: Eosinofilia pulmonar. Piel y anejos Frecuentes: Sudoración. Poco frecuentes: Rash, alopecia. Muy raras: Eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson. Organos sensoriales Frecuentes: Anomalías en la acomodación, midriasis, trastornos visuales. Poco frecuentes: Percepción alterada del gusto. Sistema Urogenital Frecuentes: Eyaculación/orgasmo anormales (varones), anorgasmo, disfunción eréctil, afectación de la micción (en su mayoría retención). Poco frecuentes: Orgasmo anormal (mujeres), menorragia, retención urinaria. Con medicamentos inofensivos de la recaptación de serotonina se han descrito raramente hemorragias (equimosis, hemorragias ginecológicas, sangrado gastrointestinal y otros sangrados cutáneos o de mucosas, ver sección 4.4). La interrupción del tratamiento puede dar lugar a la aparición de reacciones de retirada y por ello se recomienda disminuir gradualmente la dosis de venlafaxina y monitorizar al paciente. Se han comunicado las siguientes reacciones tras la interrupción brusca, la reducción de dosis o retirada del tratamiento: hipomanía, ansiedad, agitación, nerviosismo, confusión, insomnio u otros trastornos del sueño, fatiga, somnolencia, parestesia, mareos, vértigo, dolor de cabeza, sudoración, sequedad de boca, anorexia, diarrea, náuseas y vómitos. La mayoría de las reacciones de retirada son moderadas y se resuelven sin necesidad de tratamiento. Aunque pueden aparecer reacciones de retirada al interrumpir el tratamiento, los datos clínicos y preclínicos disponibles no sugieren que venlafaxina origine dependencia. **4.9. Sobredosis.** En la experiencia post-comercialización, se comunicaron casos de sobredosis de venlafaxina en su mayoría en combinación con otros fármacos y/o alcohol. Se han observado alteraciones electrocardiográficas (prolongación del intervalo QT, bloqueo de rama, prolongación del QRS), taquicardia sinusal y ventricular, bradicardia, hipotensión, alteración del nivel de consciencia (oscuridad desde la somnolencia al coma), convulsiones y muerte. Tratamiento de la sobredosis Se recomienda el uso de medidas de soporte general y sintomáticas; se deben monitorizar el ritmo cardíaco y los signos vitales. No se recomienda la inducción de la emesis cuando exista riesgo de aspiración. El lavado gástrico puede estar indicado si se realiza inmediatamente después de la ingestión o en pacientes sintomáticos. La administración de carbón activado puede limitar también la absorción del fármaco. La diuresis forzada, diálisis, hemoperfusión y transfusión son de beneficio dudoso. No se conocen antidotos específicos para venlafaxina. **6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1.** Lista de excipientes. Celulosa microcristalina Etilcelulosa Hidroxipropilmetilcelulosa Componentes de la cápsula: óxido de hierro rojo (E-172), óxido de hierro amarillo (E-172), dióxido de titanio (E-171), gelatina y tinta (este último sólo en Dobupal Retard 150 mg Cápsulas). **6.2. Incompatibilidades.** No aplicable **6.3. Período de validez.** 2 años **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Almacenar a temperatura ambiente, en lugar seco. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** Las cápsulas van envasadas en blisters de PVC-ACLAR/Aluminio. El contenido de los envases es: DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: Blisters de 30 cápsulas DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: Blisters de 30 cápsulas **6.6. Instrucciones de uso/manipulación.** Las cápsulas de DOBUPAL Retard deben ingerirse durante las comidas con un poco de líquido. **7. TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN ALMIRALL PRODESFARMA, S.A.** General Mitre, 151 08022 - BARCELONA **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: 62.420 DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: 62.421 **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN** DOBUPAL Retard 75 mg Cápsulas: 22 de Abril de 1999 DOBUPAL Retard 150 mg Cápsulas: 22 de abril de 1999 **10. FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Marzo de 2003 Mod. F.T.08.1 (04/03/03). **11. Presentación y PVP:** DOBUPAL Retard 75 mg 30 cápsulas: 38,00€ PVP IVA 4%. DOBUPAL Retard 150 mg 30 cápsulas: 62,55€ PVP IVA 4%. Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación reducida. **12. FECHA ELABORACIÓN MATERIAL:** JUNIO 2006. Almirall es una marca registrada de Almirall Prodesfarma, S.A.

Bibliografía: (1) Lecrubier Y. Clinical utility of venlafaxine in comparison with other antidepressants. Int Clin Psychopharmacol. 1995 Mar; 10 Suppl 2:29-35. (2) Montgomery SA et al. Venlafaxine versus placebo in the preventive treatment of recurrent major depression. J Clin Psychiatry 2004; 65:328-336. (3) Nadia Kunz et al. Venlafaxine to prevent recurrent MDD. P025-11, IFMAD, Montecarlo 2000. (4) Kelsey JE. Clinical perspective on achieving and maintaining remission in depression. J Clin Psychiatry. 2001; 62 Suppl 26:16-21. (5) Gutierrez MA, Stimmel GI, Aiso JY. Venlafaxine: A 2003 Update. Clinical Therapeutics. 2003; 25(8):2138-2154. (6) Kaplan EM. Efficacy of venlafaxine in patients with major depressive disorder who have unsustained or no response to selective serotonin reuptake inhibitors: an open-label, uncontrolled study. Clinical Therapeutics 2002; 24 (7): 1194-2000. (7) M.-F. POIRIER and P. BOYER. Venlafaxine and paroxetine in treatment-resistant depression. Double-blind, randomised comparison. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (1999), 175, 12-16. (8) Ticknor CB. Pharmacological considerations in treating depression: a patient-centered approach. Journal of Managed Care Pharmacy. 2004; 10(2)(suppl-a):S8-15 (9) Etsuath R, Zhang J, Zhang J. Remission of depressive symptoms in patients treated with venlafaxine or SSRIs. Poster presented at the World Congress of Women's Mental Health; March 17-20, 2004; Washington, DC. (10) Ficha técnica. (11) Barcia D, Agüera L, Ayuso JL, Baca E, Gutierrez Fraile M, Carrasco JL. Objetivo Remisión. El tratamiento efectivo de la Depresión. Madrid: Aula Médica 2001. (12) Bernardo M. Venlafaxinaretard: Perfil de seguridad y adherencia terapéutica en el tratamiento de la Depresión. Actas Esp Psiquiatría 2000; 28 (Suppl. 1): 28-33. (13) Salinas E., for de venlafaxine XR 367 study group. Once-daily venlafaxine XR versus paroxetine in outpatients with major depression. ECNP Congress, Paris 1998. (14) G.M. McPartlin, A. Reynolds, C. Anderson, J. Casoy. A comparison of once-daily venlafaxine XR and paroxetine in depressed outpatients treated in general practice. Primary care Psychiatry 1.998:127-132. (15) Masand PS, Gupta S. Long-term side effects of never generation antidepressants: SSRIs, venlafaxine, nefazodone, bupropion, and mirtazapine. Ann Clin Psychiatry. 2002 Sep; 14 (3): 175-82. Review.

Los datos personales necesarios para poderle entregar este material promocional están recogidos en un fichero cuyo responsable es Almirall Prodesfarma, S.A., que los utilizará para la gestión comercial únicamente interna. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición simplemente escribiendo a Almirall Prodesfarma, S.A., Ronda General Mitre, 151. 08022-Barcelona.

También han de tenerse en cuenta las diferencias de género y las asunciones implícitas que sobre los roles de género tenga el propio terapeuta. La aparición de una enfermedad crónica, cuando requiere para un mejor manejo que varíen los patrones de afrontamiento, llevaría a negociaciones y cambios de rol, incluidos algunos aspectos de los roles asociados al género.

Asimismo, el tiempo que la pareja lleva como tal introduce una cierta variabilidad en cuanto al grado de rigidificación de roles y estilo de interacción el grado de experiencia en resolución de conflictos conyugales.

En lo relativo a la calidad de la relación, la considerada buena podría basarse más en la ausencia de aspectos negativos, como el criticismo hostil, que en la presencia de aspectos positivos. Si se aprecia sobreprotección (más frecuente cuando el cónyuge del paciente es la mujer) ha de evaluarse en cada caso particular si está siendo contraproducente y, si es así, si va asociada a hostilidad o a falta de información.

Jay y Jordon-Marsh (1983) proponen una "tipología de parejas" con valor heurístico, orientativo, a la hora de seleccionar intervenciones específicas.

El tipo *Colaborativo/Asociativo* tendría una toma de decisiones compartida y una mezcla de actividades compartidas e independientes; el afrontamiento de los problemas de salud se caracterizaría por la división de tareas y el mantenimiento de otras actividades y compromisos y las intervenciones podrían tratar de elicitar una sensación de cooperación pero respetando las actividades independientes de ambos cónyuges;

El tipo *Autónomo* presentaría una toma de decisiones independiente, relativamente pocas actividades compartidas y habrían aprendido a tolerar sus diferencias; el afrontamiento de la enfermedad estaría separado de otros aspectos de la relación, y las intervenciones tratarían de acomodarse a estas preferencias, salvo cuando las dificulta-

des del paciente o las exigencias del tratamiento requieran otra orientación.

Las parejas de tipo enmarañado tomarían decisiones unilaterales y con la oposición del otro, apareciendo malentendidos y culpabilización, y compartirían la mayor parte de sus actividades pero sin sensación de colaboración o disfrute mutuo; los intentos de afrontar la enfermedad se caracterizarían por el conflicto y las luchas de poder, y las intervenciones se orientarían a apartar el tratamiento de la lucha, quizá distribuyendo roles y responsabilidades de un modo no ambiguo, bien especificado, de manera que no se requieran de forma habitual los intentos de negociación y colaboración que podrían ser conflictivos.

En cuanto a las intervenciones propiamente dichas, se basarían en:

- aportación de información: reducir la incertidumbre, normalizar;
- reencuadre interpretaciones alternativas de la conducta del otro de modo que disminuya la personalización y, por tanto, el malestar;
- reorganización de los patrones de afrontamiento.

Esto podría llevarse a cabo según distintos formatos de intervención:

- terapias breves (familiar, de pareja, centrada en el problema...);
- formato de grupo, ya sea coordinado por un profesional o por uno de los miembros del grupo, ya incluyan a ambos miembros de la pareja o sólo a los no pacientes, y se dirijan más a proporcionar información, al apoyo emocional o a la psicoeducación (estos últimos, en general, se centran en la fase crónica);
- inclusión en el proceso médico de protocolos de apoyo a la pareja.

Se incluye a modo de ejemplo el protocolo que se propone para el infarto de miocardio:

BIBLIOGRAFÍA

1. Delon, M. The patient in the CCU waiting room: in-hospital treatment of the cardiac spouse. En: Allan, R.; Schut, S. Eds. Heart and Mind. The practice of cardiac psychology.
2. Coyne, J. C. Intervention in close relationships to improve coping with illness. En: Lyons, R. F.; Sullivan, M. J. L.; Ritvo, P. G. Relationships in chronic illness and disability. Thousand Oaks, CA: Sage, 1.995:96-122.