

# EUROPEAN PSYCHIATRY

EDICIÓN ESPAÑOLA  
REVISTA DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE PSIQUIATRÍA

Volumen 9  
Número 3  
ABRIL  
2002

## REVISIÓN

- 147 **Enfermedad de Huntington: una revisión de las publicaciones sobre la prevalencia y el tratamiento de los fenómenos neuropsiquiátricos**  
*P. Naarding, et al.*

## ARTÍCULOS ORIGINALES

- 158 **¿Ha habido una disminución en la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en los individuos seropositivos al VIH desde la introducción de la terapia de combinación?**  
*A. Alciati, et al.*
- 166 **La violencia y su predicción en un hospital psiquiátrico**  
*N. Sjöström, et al.*
- 173 **Pacientes anoréxicas sin respuesta al tratamiento después de 6 meses de tratamiento multimodal: predictores de la evolución**  
*S. Fassino, et al.*
- 182 **Evaluación de la responsabilidad penal en Suiza: cambios y continuidad**  
*G. Niveau, et al.*

## INFORMES CLÍNICOS

- 190 **Primer informe de artralgia inducida por mirtazapina**  
*P. Jolliet, et al.*
- 193 **Asociación entre la gravedad de los síntomas esquizofrénicos y la retención de orina**  
*R. Shiloh, et al.*
- 198 **Locura simultánea en hermanas gemelas**  
*G. Flórez, et al.*

## CARTAS AL DIRECTOR

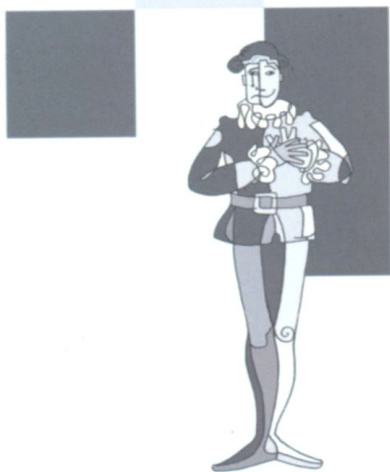
- 200 **Tres exposiciones y un ejercicio de reexposición de angioedema producido en tratamiento con risperidona**  
*B. Kores Plesnicar, et al.*
- 202 **Prevalencia del uso de MDMA (éxtasis) y neurotoxicidad**  
*I.H.A. Franken*

saned  
SANIDAD EDICIONES

LINEA S.N.C.



paroxetina  
**Seroxat**



lamotrigina  
**Lamictal<sup>®</sup>**

 c.i.c 902 202 700  
es-cic@gsk.com

 GlaxoSmithKline

# EUROPEAN PSYCHIATRY

Indexada en: BIOSIS/Biological Abstracts, Current Contents/Clinical Medicine and Social and Behavioural Sciences, EMBASE/Excerpta Medica, MEDLINE/Index Medicus, PASCAL/INIST-CNRS, Psychological Abstracts, Psyc INFO, Psyc L/T, Research Alert, SciSearch.

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

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

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

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

Editors Emeritus: C Ballús (Barcelona), H Heimann (Tübingen).

Consejeros estadísticos: A. Heyting (Damarcken), N. Takei (Hamamatsu), B. Fallisord (Paris).

## Consejo Editorial

Arango, Celso, *Madrid, Spain*  
Bellivier, Franck, *Créteil, France*  
Bertschv, Gilles, *Geneva, Switzerland*  
Biver, Françoise, *Brussels, Belgium*  
Bolton, Patrick, *Cambridge, UK*  
Craddock, Nick, *Birmingham, UK*  
Crocq, Marc-Antoine, *Rouffach, France*  
D'Amato, Thierry, *Lyon, France*  
Deuschle Michael, *Mannheim, Germany*  
Dollfus, Sonia, *Caen, France*  
Ekselius, Lisa, *Uppsala, Sweden*  
Falkai, Peter, *Bonn, Germany*  
Frangou, Sophia, *London, UK*  
Franke, Petta, *Bonn, Germany*  
Galderisi, Silvana, *Napoli, Italy*  
Gillberg, Christopher, *Gothenburg, Sweden*  
Gonzales-Pinto, Ana, *Vitoria, Spain*  
Gorwood, Philip, *Colombes, France*  
Gustavsson, Petter, *Stockholm, Sweden*

Heilig, Markus, *Huddinge, Sweden*  
Heinz, Andreas, *Berlin, Germany*  
Heun, Reinhard, *Bonn, Germany*  
Hosak, Ladislav, *Hradec Kralove, Czech Republic*  
Huron, Caroline, *Paris, France*  
Krebs, Marie-Odile, *Paris, France*  
Kugener, Thomas, *Innsbruck, Austria*  
Licht, Ramus Wentzer, *Risskov, Denmark*  
Lieb, Roselind, *Munich, Germany*  
Mallet, Luc, *Paris, France*  
Martinor, Jean-Luc, *Orsay, France*  
McGuire, Philip, *London, UK*  
Mico, Juan Antonio, *Cadiz, Spain*  
Mohr, Pavel, *Prague, Czech Republic*  
Monteleone, Palmerio, *Napoli, Italy*  
Motlova, Lucie, *Prague, Czech Republic*  
Nyberg, Svante, *Stockholm, Sweden*  
O'Callaghan, Eadhard, *Dublin, Ireland*

O'Keane, Veronica, *Dublin, Ireland*  
Papezova, Hana, *Prague, Czech Republic*  
Pélissolo, Antoine, *Paris, France*  
Percudani, Mauro, *Londo, UK*  
Perreti, Charles Siegfried, *Reims, France*  
Pilowsky, Lyn, *London, UK*  
Pitchot, William, *Bertrix, Belgium*  
Prince, Martin, *London, UK*  
Runeson, Bo, *Stockholm, Sweden*  
Sahakian, Barbara, *Cambridge, UK*  
Schmidt, Ulrike, *London, UK*  
Schütz, Christian, *Munich, Germany*  
Schwarz, Marcus, *Munich, Germany*  
Souery, Daniel, *Brussels, Belgium*  
Suvisaari, Jaana, *Helsinki, Finland*  
Van Os, Jim, *Maastricht, The Netherlands*  
Verdoux, Hélène, *Bordeaux, France*  
Yazgan, Istanbul, *Turkey*

## Association of European Psychiatrists

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

European Psychiatry, edición original, es publicada por Editions Scientifiques Elsevier, 23 rue Linois, 75724 París, cedex 15, Francia.

## Director de la Edición Española: C. Ballús

saned

SANIDAD EDICIONES

Sanidad y Ediciones (SANED, S.L.). C/ Capitán Haya, 60. 28020 MADRID. Telf.: (91) 749 95 06. saned@medynet.com

Casp, 172, 4.º-A. BARCELONA. Telf.: (93) 247 24 11. sanedb@medynet.com

Suscripciones: SANED, S.L. Capitán Haya, 60. 28020 MADRID. Telf.: 91 579 32 61

España: Ordinario: 65€. Institución: 80€


Extranjero: Comunidad Europea: 100€. Resto de países: 125€.

Publicación Bimensual (8 números al año).

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

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

Copyright de los textos originales 2002. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito de los titulares del Copyright.

Difusión controlada por 

### REVISIÓN

#### **Enfermedad de Huntington: una revisión de las publicaciones sobre la prevalencia y el tratamiento de los fenómenos neuropsiquiátricos**

*P. Naarding, H. P. H. Kremer, F. G. Zitman* . . . . . 147

### ARTÍCULOS ORIGINALES

#### **¿Ha habido una disminución en la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en los individuos seropositivos al VIH desde la introducción de la terapia de combinación?**

*A. Alciati, F. Starace, B. Scaramelli, M. Campaniello, B. Adriani, C. Mellado, A. Cargnel* . . . . . 158

#### **La violencia y su predicción en un hospital psiquiátrico**

*N. Sjöström, D. N. Eder, U. Malm, J. Beskow* . . . . . 166

#### **Pacientes anoréxicas sin respuesta al tratamiento después de 6 meses de tratamiento multimodal: predictores de la evolución**

*S. Fassino, G. Abbate Daga, F. Amianto, P. Leombruni, L. Garzaro, G. G. Rovera* . . . . . 173

#### **Evaluación de la responsabilidad penal en Suiza: cambios y continuidad**

*G. Niveau, E. Sozonets* . . . . . 182

### INFORMES CLÍNICOS

#### **Primer informe de artralgia inducida por mirtazapina**

*P. Jolliet, G. Veyrac, M. Bourin* . . . . . 190

#### **Asociación entre la gravedad de los síntomas esquizofrénicos y la retención de orina**

*R. Shiloh, A. Weizman, P. Dorfman-Etrog, N. Weizer, H. Munitz* . . . . . 193

#### **Locura simultánea en hermanas gemelas**

*G. Flórez, I. Gómez-Reino* . . . . . 198

### CARTAS AL DIRECTOR

#### **Tres exposiciones y un ejercicio de reexposición de angioedema producido en tratamiento con risperidona**

*B. Kores Plesnicar, S. Vitorovic, B. Zalar, M. Tomori* . . . . . 200

#### **Prevalencia del uso de MDMA (éxtasis) y neurotoxicidad**


*I.H.A. Franken* . . . . . 202

Frente a la depresión, el objetivo es la **remisión**<sup>(1,2)</sup>



**Dobupal**  
venlafaxina  
**Retard**

EL TRATAMIENTO COMPLETO DE PRIMERA LÍNEA

 Almirall Prodesfarma



# VANDRAL<sup>®</sup> Retard

VENLAFAXINA

**doble acción**  
trastornos **depresión & ansiedad**

depresión

**El primer y único antidepresivo  
aprobado en España  
en el tratamiento de la  
Ansiedad Generalizada\***

ansiedad



**Wyeth**  
Psiquiatría

\* Ficha técnica de Vandral Retard.

<https://doi.org/10.1017/S1134066500007281> Published online by Cambridge University Press

# EUROPEAN PSYCHIATRY

EDICIÓN ESPAÑOLA - REVISTA DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE PSIQUIATRÍA

## Summary

Vol. 9 - No. 3 - April 2002

### REVIEW ARTICLE

#### Huntington's disease: a review of the literature on prevalence and treatment of neuropsychiatric phenomena

P. Naarding, H.P.H. Kremer, F.G. Zitman ..... 147

### ORIGINAL ARTICLES

#### Has there been a decrease in the prevalence of mood disorders in HIV-seropositive individuals since the introduction of combinations therapy?

A. Alciati, F. Starace, B. Scaramelli, M. Campaniello, B. Adriani, C. Mellado, A. Cargnel ..... 158

#### Violence and its prediction at a psychiatric hospital

N. Sjöström, D. N. Eder, U. Malm, J. Beskow ..... 166

#### Nonresponder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: predictors of outcome

S. Fassino, G. Abbate Daga, F. Amianto, P. Leombruni, L. Garzaro, G.G. Rovera ..... 173

#### Criminal responsibility assessment in Switzerland: changes and continuity

G. Niveau, E. Sozonets ..... 182

### CASE REPORTS

#### First report of mirtazapine-induced arthralgia

P. Jolliet, G. Veyrac, M. Bourin ..... 190

#### Association between severity of schizophrenic symptoms and urinary retention

R. Shiloh, A. Weizman, P. Dorfman-Etrog, N. Weizer, H. Munitz ..... 193

#### Simultaneous madness in twin sisters

G. Flórez, I. Gómez-Reino ..... 198

### LETTERS TO THE DIRECTOR

#### Three challenges and a rechallenge episode of angio-oedema occurring in treatment with risperidone

B. Kores Plesnicar, S. Vitorovic, B. Zalar, M. Tomori ..... 200

#### Prevalence of MDMA (ecstasy) use and neurotoxicity

I.H.A. Franken ..... 202

**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO PRISDAL** 20 mg Comprimidos. PRISDAL 30 mg Comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido de PRISDAL 20 mg Comprimidos contiene: Citalopram (DC) (bromhidrato) 20 mg. Cada comprimido de PRISDAL 30 mg Comprimidos contiene: Citalopram (DC) (bromhidrato) 30 mg (ver apartado 6.1. "Lista de excipientes"). **3. FORMA FARMACÉUTICA** PRISDAL 20 mg Comprimidos: Comprimidos ovales, blancos, ranurados, recubiertos y marcados con "C" y "P". PRISDAL 30 mg Comprimidos: Comprimidos ovales, blancos, ranurados, recubiertos y marcados con "C" y "P". **4. DATOS CLÍNICOS 4.1. Indicaciones terapéuticas** Episodios depresivos mayores. Tratamiento preventivo de las recaídas/recurrencias de la depresión. Tratamiento de angustia con o sin agorafobia. Tratamiento obsesivo compulsivo. **4.2. Posología y forma de administración** Este medicamento está indicado exclusivamente para el adulto y el anciano. **Depresión: Adultos:** La dosis mínima eficaz es de 20 mg/día. Dependiendo de la respuesta individual del paciente y de la severidad de la depresión, la dosis puede incrementarse progresivamente hasta un máximo de 60 mg/día. La dosis óptima es de 40 mg/día. **Ancianos (> 65 años de edad):** La dosis diaria recomendada es de 20 mg/día. Dependiendo de la respuesta individual del paciente y de la severidad de la depresión, la dosis se puede incrementar hasta un máximo de 40 mg/día. Duración del tratamiento: El efecto antidepressivo generalmente se inicia después de 2 a 4 semanas de iniciado el tratamiento. El tratamiento con antidepressivos es sintomático y, por tanto, debe continuarse durante un período de tiempo apropiado, generalmente durante seis meses, a fin de prevenir recaídas. En pacientes con trastorno recurrente, el tratamiento de mantenimiento puede ser necesario. Este medicamento está indicado durante algunos años para prevenir la aparición de nuevos episodios. La interrupción del tratamiento debería realizarse de manera gradual durante un par de semanas. **Trastorno de angustia: Adultos:** La dosis inicial es de 10 mg/día. Después de una semana se incrementa la dosis a 20 mg/día. La dosis óptima es de 20-30 mg/día. En caso de no obtener respuesta suficiente, esta dosis puede incrementarse hasta un máximo de 60 mg/día. **Ancianos:** Se recomienda una única dosis oral de 10 mg/día durante la primera semana antes de incrementar la dosis a 20 mg/día. La dosis puede incrementarse hasta un máximo de 40 mg/día, dependiendo de la respuesta individual del paciente. Duración del tratamiento: El tratamiento es de larga duración. Se ha comprobado que se mantiene el efecto terapéutico en tratamientos a largo plazo (1 año). La máxima eficacia de citalopram en el tratamiento del trastorno de angustia se alcanza al cabo de tres meses de tratamiento y la respuesta se mantiene con el tratamiento continuado. **Trastorno obsesivo compulsivo: Adultos:** Se recomienda una dosis inicial de 20 mg/día. La dosis se puede aumentar en incrementos de 20 mg a 60 mg diarios si es necesario, según criterio médico. Duración del tratamiento: El inicio de la acción en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo es de 2-4 semanas, con una mayor mejoría con el tiempo. **En caso de insuficiencia hepática:** Los pacientes afectados de función hepática disminuida no deberían recibir dosis superiores a 30 mg/día. **En caso de insuficiencia renal:** No se requieren precauciones especiales para los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Hasta el momento no se dispone de información para el tratamiento de pacientes con función renal severamente disminuida (aclaramiento de la creatinina <20 ml/min). **Niños (<15 años de edad):** No recomendado ya que la seguridad y la eficacia no han sido establecidas en este grupo de edad. **Forma de administración:** Los comprimidos se administran en una sola toma diaria, en cualquier momento del día, independientemente de las comidas. **4.3. Contraindicaciones** • Hipersensibilidad a citalopram o a alguno de los excipientes del medicamento. • Insuficiencia renal severa con aclaramiento de creatinina inferior a 20 ml/minuto, ante la ausencia de datos. • Niños de menos de 15 años de edad, no se dispone de datos. • Asociación con los IMAO no selectivos e IMAO selectivos B (véase 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** • Como en todo tratamiento con antidepressivos, el riesgo de suicidio persiste en el período inicial del tratamiento en los pacientes depresivos, porque la supresión de la inhibición psicomotora puede preceder a la acción antidepressiva propiamente dicha. • Dado que el inicio del tratamiento obsesivo compulsivo se asocia con un mayor riesgo de recaídas, el tratamiento de mantenimiento con este medicamento puede ser necesario. • Algunos pacientes con trastorno de angustia pueden presentar una intensificación de su sintomatología al inicio del tratamiento con antidepressivos. Este aumento paradójico inicial de la ansiedad es más aparente en los primeros días, desapareciendo al continuar el tratamiento, en el plazo de 2 semanas desde el inicio del mismo. **Precauciones especiales de empleo:** • En caso de insuficiencia hepática, el metabolismo puede ralentizarse, por lo que se deberá reducir la dosis a la mitad (véase 4.2. Posología y forma de administración). • Para el tratamiento en pacientes ancianos, niños y en pacientes con insuficiencia renal, véase 4.2. Posología y forma de administración. • En caso de crisis maniaca, debe interrumpirse el tratamiento con citalopram y prescribirse un neuroleptico sedante. • La asociación de un antidepressivo con un IMAO selectivo o con un IMAO no selectivo (véase 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción) sólo debe llevarse a cabo como último recurso, es decir, en el 5% de las depresiones resistentes a los tratamientos ensayados con anterioridad - sucesión de dos antidepressivos de mecanismo diferente y prescritos en monoterapia - asociación de un antidepressivo con litio. Si estas tres tentativas fracasan, esta asociación puede considerarse como último recurso, pero impone un seguimiento extremadamente riguroso del paciente, teniendo en cuenta el riesgo de síndrome serotoninérgico\* (véase más adelante) al que está expuesto. • En los pacientes epilépticos o que tengan antecedentes de epilepsia es prudente reforzar la vigilancia clínica y terapia electroconvulsiva. La aparición de crisis convulsivas impone la interrupción del tratamiento. • Aunque no se ha observado ninguna interacción clara con el alcohol, se aconseja moderación en el consumo de alcohol. • Se debe tener especial precaución en los pacientes con antecedentes de trastornos hemorrágicos o de recaptación de serotonina. Este hecho debe tenerse en cuenta especialmente en aquellos pacientes que, además de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, reciban concomitantemente anticoagulantes, fármacos que afecten la función plaquetaria (p. ej. antiplaquetarios atípicos y fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos, aspirina, ticlopidina, antiinflamatorios no esteroideos) o que puedan incrementar el riesgo de hemorragia. Asimismo, deberá tenerse especial precaución con los pacientes que presenten antecedentes de trastornos hemorrágicos. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** Interacciones con otros medicamentos ASOCIACIONES CONTRAINDICADAS + IMAO no selectivos Riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico\* Respetar un descanso de dos semanas entre la retirada de un IMAO y el inicio del tratamiento con citalopram y viceversa. + IMAO selectivos B (véase 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción) + IMAO selectivo B (selegilina) (por extrapolación a partir de la fluoxetina) Riesgo de hipertensión paroxística y de síntomas de vasoconstricción periférica. Se debe respetar un descanso de dos semanas entre la retirada del IMAO-B y el inicio del tratamiento con citalopram, y de al menos una semana entre la retirada del citalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO-B. ASOCIACIONES NO RECOMENDABLES: + IMAO selectivo A (moclobemida, toloxatán) Riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico\* Respetar un descanso de dos semanas entre el uso de un medicamento de esta categoría y el inicio de un tratamiento con citalopram. + Litio (por extrapolación a partir de la fluoxetina y de la fluvoxamina). ASOCIACIONES QUE PRECISAN PRECAUCIONES DE EMPLEO: + Carbamazepina (por extrapolación a partir de la fluoxetina y de la fluvoxamina). Aumento de los niveles de carbamazepina con signos de sobredosis. Vigilancia clínica con control de las concentraciones plasmáticas de carbamazepina y posible reducción de la posología de carbamazepina durante el tratamiento con citalopram y después de su interrupción. + Litio (por extrapolación a partir de la fluoxetina y de la fluvoxamina). Riesgo de aparición de un síndrome serotoninérgico\* (véase anteriormente). Vigilancia clínica regular. ASOCIACIONES A TENER EN CUENTA: + Imipramina El citalopram comporta un aumento del 50% de las concentraciones sanguíneas de desipramina (metabolito principal de la imipramina) y de sus metabolitos. + Embarazo y lactancia Véase 4.6. Embarazo y lactancia. En estudios preclínicos se ha observado que concentraciones muy bajas de citalopram pasan a la leche (véase 5.3. Datos preclínicos de seguridad). **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** Aunque citalopram no altera las funciones psicomotoras conviene, como en todos los psicofármacos, recomendar prudencia a los conductores de vehículos y usuarios de máquinas. **4.8. Reacciones adversas** Los efectos indeseables observados durante el tratamiento con citalopram son generalmente de intensidad leve o moderada. Serán evidentes durante la primera e incluso las dos primeras semanas del tratamiento, y posteriormente desaparecerán al mejorar el episodio depresivo. Se han encontrado, en monoterapia o en asociaciones con otros psicofármacos, los siguientes trastornos: • neuropsíquicos: nerviosismo, somnolencia, astenia, cefaleas, vértigos, trastornos del sueño (insomnio, pesadillas, somnolencia), gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, sequedad de boca; • hepáticos: se han dado casos excepcionales de aumento de las enzimas hepáticas; • cutáneos: exantema, prurito; • visuales: trastornos de la adaptación; • metabólicos: pérdida o aumento de peso; • cardiovasculares: taquicardia, hipotensión ortostática, bradicardia en los pacientes que tienen una frecuencia cardíaca baja; • de la libido; • de la micción; • diaforosis. Como fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se han descrito raramente hemorragias (equimosis, hemorragias gingivales, sangrado gastrointestinal u otros sangrados cutáneos o de mucosas) (véase apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Muy raramente, se ha descrito la aparición de algunos síntomas de una reacción de retirada tales como náuseas, dolor de cabeza, mareos, trastornos del sueño, insomnio, pérdida de apetito, fatiga, ansiedad, irritabilidad, diarrea, estreñimiento, dolor de espalda y cefalea. Antes de finalizar el tratamiento, es aconsejable practicar una reducción gradual de la dosis. Los datos clínicos y preclínicos disponibles no indican que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina causen dependencia. **4.9. Sobredosis** Los principales síntomas hallados son: fatiga, vértigos, temblores de las manos, náuseas, somnolencia. Durante las tentativas de intoxicación voluntaria con una mezcla medicamento-alcohol, asociada o no con el alcohol, el citalopram no parece provocar la aparición de una sintomatología clínica específica, salvo con los IMAO selectivos A (véase 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción) y 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). El tratamiento es sintomático, con lavado gástrico lo antes posible tras la ingestión oral. La vigilancia clínica debe mantenerse durante al menos 24 horas. No existe tratamiento específico. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS 5.1. Propiedades farmacodinámicas** Citalopram es un potente inhibidor de la recaptación de la serotonina (5-HT). Hasta el momento, citalopram es el inhibidor más selectivo de la recaptación de la serotonina. Citalopram está prácticamente desprovisto de efecto sobre la recaptación de la noradrenalina (NA), la dopamina (DA) y del ácido gamma aminobutírico (GABA). Al contrario que la mayoría de los antidepressivos tricíclicos, citalopram no tiene prácticamente afinidad con los receptores 5HT<sub>1</sub>, alfa-adrenérgicos, histaminérgicos H<sub>1</sub>, colinérgicos (muscarínicos). Además, citalopram no tiene prácticamente ninguna afinidad con los receptores 5HT<sub>2</sub>, dopaminérgicos D<sub>1</sub> y D<sub>2</sub>, alfa<sub>1</sub> y beta-adrenérgicos, benzodiazepínicos y opioides. Esta selectividad podría explicar la baja incidencia de ciertos efectos indeseables de citalopram. En los tratamientos a largo plazo, no se han observado efectos adversos independientes de los efectos deseados. Como sucede con otros antidepressivos tricíclicos, los antidepressivos serotoninérgicos y los IMAO, citalopram disminuye la cantidad de sueño paradójico y aumenta el porcentaje de las fases de sueño profundo. Aunque citalopram no tiene afinidad con los receptores morfínicos, potencia el efecto antioceptivo de los analgésicos centrales comúnmente utilizados. En el hombre, citalopram no disminuye las funciones cognitivas (funciones intelectuales) ni las funciones psicomotoras. Tiene muy poco o ningún efecto sedante, incluso en asociación con el alcohol. En un estudio, citalopram no redujo la secreción de saliva después de una sola administración a voluntarios sanos. Además, en todos los estudios realizados sobre voluntarios sanos, los parámetros cardiovasculares no se modificaron significativamente. **5.2. Propiedades farmacocinéticas** Absorción La absorción de citalopram es rápida y completa y la respuesta terapéutica es independiente de la dosis. El aclaramiento de citalopram es de 1.5 l/h. La vida media es del orden de un 80%. **Distribución** La fijación de las proteínas plasmáticas es inferior al 80% para citalopram y sus metabolitos principales. **Metabolismo** Todos los metabolitos activos de citalopram y principalmente didimetilcitalopram, son igualmente inhibidores de la recaptación de la serotonina, aunque menos potentes que la molécula progenitora. La concentración plasmática de citalopram inalterado siempre es predominante. **Eliminación** La vida media de eliminación es de 33 horas, aproximadamente. No hay acumulación de la concentración plasmática dentro de la gama de dosis recomendadas. El estado de equilibrio de la concentración plasmática se alcanza al cabo de 1-2 semanas. Citalopram se elimina principalmente por vía hepática (85%), y el 15% restante por vía renal. No existe una clara relación entre los niveles de citalopram y la respuesta terapéutica o efectos adversos. **Parámetros farmacocinéticos** En pacientes jóvenes y ancianos se ha demostrado que en pacientes ancianos la vida media es más prolongada y los niveles de aclaramiento están disminuidos debido a un metabolismo reducido en dichos pacientes. **En la insuficiencia hepática** Citalopram se elimina más lentamente en los pacientes que presentan una insuficiencia hepática. La semivida de citalopram es aproximadamente dos veces mayor y la concentración plasmática de citalopram en estado de equilibrio para una determinada dosis es 2 veces más elevada que con la concentración alcanzada en los pacientes con una función hepática normal. **En la insuficiencia renal** Después de la administración única de una dosis de 20 mg de citalopram, la eliminación es más lenta en los pacientes con una insuficiencia renal leve o moderada, sin que ello comporte una modificación importante de los parámetros farmacocinéticos de citalopram. En la actualidad, no se dispone de información sobre el efecto de los niveles de pacientes con una insuficiencia renal grave. **Estudio de creatinina (20 ml/min):** se trataron a largo plazo con citalopram. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad** Citalopram tiene una toxicidad aguda débil. En los estudios de toxicidad crónica no se ha observado ningún elemento perjudicial en su empleo terapéutico. Durante los experimentos sobre animales, citalopram no se ha mostrado como teratogénico y no ha modificado la gestación ni la mortalidad perinatal de las crías. Sin embargo, concentraciones muy bajas de citalopram pasan a la leche (véase 4.6. Embarazo y lactancia). **6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1. Lista de excipientes Núcleo:** Almidón de maíz, lactosa monohidratada, copolivinilo, glicerol al 85%, celulosa microcristalina, croscarmellose de sodio, estearato de magnesio. **Recubrimiento:** Hipromelosa 5 Macrogol 400 Dioxidio de titanio (E-171) **6.2. Incompatibilidades** No se han escrito. **6. Periodo de validez** PRISDAL 20 mg Comprimidos: 3 años. PRISDAL 30 mg Comprimidos: 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación** Conservar a temperatura ambiente (inferior a +25°C). **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente** PRISDAL 20 mg Comprimidos: Envases blister de UPVC / PVDC / aluminio conteniendo 14 y 28 comprimidos. Envase con 500 comprimidos. PRISDAL 30 mg Comprimidos: Envases blister de UPVC / PVDC / aluminio conteniendo 28 comprimidos. **6.6. Instrucciones de uso y manipulación** Ninguna. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** ALMIRALL PRODIESFARMA, S.A. General Mitre, 151 08022 Barcelona (España) **8. NÚMERO(S) DEL REGISTRO** PRISDAL 20 mg Comprimidos: 60.884 PRISDAL 30 mg Comprimidos: 63.627 **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN** PRISDAL 20 mg Comprimidos: 28 de diciembre de 1995 PRISDAL 30 mg Comprimidos: 26 de enero del 2001. **10. Información de PVP (IVA N.I.):** PRISDAL 20 mg Comprimidos: 14 euros, recubiertos: 15,19 €. PRISDAL 30 mg Comprimidos: 28 euros, recubiertos: 30,08 €. PRISDAL 30 mg 28 comp. recubiertos: 39,09 €. PRISDAL 20 mg 500 comp. (E.C.) 364,06 €. Licencia de H. Lundbeck, A/S. Dinamarca. Con receta médica. Especialidad reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aparición reducida. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Enero 2002. Mod. F.T.02 (02/1/00)



# PRISDAL<sup>®</sup> 30

Citalopram

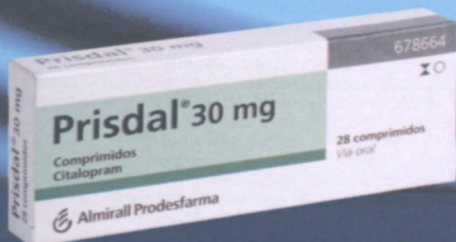
NUEVO


Eficacia sin INTERFERENCIAS

## Depresión

## Trastorno de Angustia

*Crisis de Ansiedad o Pánico*



 Almirall Prodesfarma

