

Deprescribing Neuroleptics in Cases of Missed Metabolic and Nutritional Disorders National reviews of long-term neuroleptic use have revealed that a significant number of patients were never scr...

Bajándole la dosis, poco a poco, hasta la total y buscando otros recursos, que no sean neurolépticos.

No estoy convencido de que deficiencias metabólicas causen o estén relacionada con problemas de salud mental. Pero, en cualquier caso, los médicos que trabajan en el campo de la salud mental deben ayudar a los pacientes que desean reducir o suspender la medicación.

Respondido arriba

Considero que debería tratarse con precaución pero con una clara intención de corregir la situación. Y con un alto grado de coordinación entre especialidades

It requires educational campaigns and training for psychiatrists and healthcare professionals on how to properly taper off medications – many are not familiar with the process.

Deberían diseñarse protocolos conjuntos entre ambos niveles asistenciales. Se debe atender primero al tratamiento de las deficiencias metabólicas y una vez corregidas, empezar cuanto antes los procedimientos de deprescripción.

Same as above the longer a patient is on neuroleptics the more likely to develop co morbidities and the harder it is to come off therefore primary care cannot really be involved has to be secondary care as more resources

Bioethically, providers are duty bound

Seguimiento continuado desde la unidad de salud mental y coordinación intensa con atención primaria (equipo de su centro de salud). Necesidad de aumentar la inversión y recursos humanos en salud mental.

No soy psiquiatra para opinar como se debe retirar medicamentos, pero entiendo que sería reduciendo la toma poco a poco. El papel entre atención primaria y secundaria debería ser algo normal. Incluso los centros de salud deberían ser como algo general/holístico sin especificar las diferencias entre cuerpo y mente. No sé si sería viable, pero creo que sería más práctico y funcional.

El retiro seguro de neurolépticos en pacientes con trastornos metabólicos reversibles que han sido mal diagnosticados como condiciones psiquiátricas requiere un enfoque altamente cuidadoso y colaborativo, dado que tanto la evaluación clínica como la toma de decisiones deben basarse en la mejor evidencia disponible y en la colaboración estrecha entre diferentes niveles de atención. Estos trastornos metabólicos, como disfunciones hormonales (por ejemplo, hipotiroidismo o síndrome de Cushing), deficiencias vitamínicas o alteraciones en el equilibrio electrolítico, pueden simular o exacerbar síntomas psiquiátricos.

Más formación neuro endocrinológica, el cuerpo es un conjunto, no todo es el cerebro

Colaboración mutua y coordinación

Considero que previo a la prescripción de un neuroléptico se debe hacer un despistaje orgánico completo. En muchas ocasiones no se realiza y se deriva a los servicios de salud mental. Debería evitarse la prescripción hasta completar el estudio orgánico del paciente.

en este caso no estoy muy de acuerdo porque en psiquiatría siempre se van pidiendo analíticas con frecuencia y se incluyen siempre horm. tiroideas, glucosa, vitaminas, etc. es importante que el médico referente de atención primaria vaya realizando estos controles analíticos si el psiquiatra se encarga de ajustar la medicación psiquiátrica, pero nunca retirar el antipsicótico sino plantear un cambio a otro con menos ef. 2arios

Sigo sin entender que haya un "esfuerzo nacional de deprescripción".... hay un esfuerzo científico, médico, compartido con la decisión del paciente y sus circunstancias personales, de racionalizar los tratamientos farmacológicos, en el caso de los "neurolépticos" (es un término bastante antiguo, ya)

y en todos los actos médicos que impliquen uso de fármacos (especialmente importantes, mucho más que en el caso de los "neurolépticos" en casos de antiseoretos ácidos, hipnóticos, hipotensores, hipolipemiantes, analgésicos y otras muchas categorías). En el caso de "neurolépticos" se debe siempre vigilar su necesidad, su indicación según cada paciente, y desde luego sus efectos secundarios, entre los que (en casi todos los casos) están los trastornos metabólicos. Papel de la coordinación entre primaria y psiquiatría: 100%, como en todas las especialidades médicas

La coordinación en este caso es más eficiente dado que MAP actúa directamente en la detección de estos problemas de salud

La coordinación siempre es de gran importancia. Debiéramos revisar siempre lo biológico de forma previa o simultánea a lo psicológico.

Coordinación constante siempre teniendo en consideración la validación emocional.

La retirada debería llevarse a cabo siguiendo las pautas correctas, para evitar perjuicios. Cabría implementar cribados en atención primaria en coordinación con la psiquiatría para descartar la existencia de tales problemas nutricionales como causa subyacente al trastorno.

Como en todos los casos, la retirada debe ser gradual, con supervisión y de acuerdo con el paciente, siendo fundamental la coordinación entre todos los profesionales que atienden a la persona (incluyendo neurología o endocrinología, que son los servicios que debieran evaluar dichos trastornos metabólicos y sus consecuencias cerebrales), tanto para seguimiento clínico como para poder realizar orientación acerca de modificaciones de hábitos y/o tratamientos hormonales/nutricionales, que es lo que entiendo que se plantea.

Inicialmente corregir el trastorno metabólico en coordinación con AP. Una vez resuelto proceder a deprescripción gradual. Con supervisión estrecha de la evolución del paciente. Realizando evaluaciones pertinentes que corroboren el mantenimiento de el trastorno metabólico controlado. Explicando detenidamente y de forma sencilla al paciente el escenario pasado y el actual a la luz de los nuevos hallazgos, con la connotación positiva del escenario actual. Retirando la medicación de forma lenta y paulatina y con frecuentes entrevistas para ver evolución. Por los problemas del tiempo disponible podrían alternarse las entrevistas telefónicas y presenciales. La coordinación con atención primaria sería el primer paso ya que el seguimiento del paciente tendría que ser asumido por las dos partes y recaer más progresivamente en primaria

Ha de mejorar mucho la coordinación con primaria, siguen con el estigma

Papel clave el de coordinarse todas las áreas médicas por las que está atendida la persona, suele ser muy habitual que haya consecuencias o efectos secundarios muy negativos debido a las valoraciones no contrastadas ni compartidas por los profesionales. Lo he vivido con personas que acude al recurso donde trabajo pero también con mi madre diagnosticado de fibromialgia y depresión crónica. Terrible. Retirada coordinada, con una buena evaluación previa, acompañamiento e información

El papel es fundamental, una coordinación adecuada es prioritaria, para ir retirando la medicación poco a poco y hacer un seguimiento de la evolución del paciente

First correct the reversible metabolic disorder before attempting a slow, tapering of psychotropic drugs. Of course it would be preferable that primary care screened for this, before any referrals to secondary care. Likewise psychiatrists should always be searching for an organic basis to patients symptoms prior to any long-term prescriptions of psychotropic drugs.

La retirada debería ser paulatina para no provocar desajustes importantes ni efectos secundarios significativo. El papel de la coordinación es crucial para la toma de decisiones y el abordaje desde una mirada multidisciplinar.

A basic role that we try to manage with shared care paths groups

Regular counseling, providing information in a transparent manner, and discussing the quality of life changes could be helpful. Harm that have already occurred should be clearly explained. The long term effects must be considered and a plan should be in place, including the patients' perspectives, to mitigate them.

A national screening program involving a collaboration between mental health and primary care is needed.

Same as above, but the primary care physician, dietitian, and endocrinologist should be closely involved to make sure that metabolic measures are stable and in the good range, e.g. high enough ketone levels for epilepsy treatment and thus also other neuro-metabolic disorders; and the reduction of meds depends on how they are affected by the metabolic treatments to reduce side effects. When the person has reached improved metabolic measures for at least 6 months, the psychiatric meds can be gradually reduced, one by one, depending on how effective and protective they seem to have been for the particular patient.

Teniendo presente que los diagnósticos psiquiátricos, o presentan organicidad evidentemente, o no se sostienen por sí mismos; antes de retirar el psicofármaco se debe modificar el estilo de vida de la persona y mantener un tratamiento orgánico del trastorno metabólico. Para ello necesitamos coordinación y comunicación entre psiquiatría y primaria, para conllevar cada caso de forma consensuada.

El retiro debería ser paulatino. La coordinación entre AP y servicios de PSQ es fundamental. Siempre habría que descartar primero lo somático.

I wonder whether this condition plays a distinctive role in tapering method; I believe every patient must have the accessibility of safe tapering to prevent longlasting symptoms which are not always reversible.

Gradually, while addressing the metabolic syndrome problem with dietary changes and supplements La coordinación es fundamental, así como generar un sistema de continuidad de cuidados donde los profesionales implicados abordasen de manera conjunta y con el paciente el plan de retirada de neurolépticos.

Básica para seguimiento de riesgo CV, Incluido tabaco, y analíticas más ECG

Así como se pudiese llegar a crear una política donde fuese obligatorio la detección de sensibilidad al gluten, también debería de existir un protocolo de detección de condiciones comorbidas metabólicas y nutricionales asociadas que pudiesen ser tratadas desde la primaria; también considerar deficiencia de vitamina D. En caso de que el médico de cabecera no lo supiese hacer, apoyarse de los servicios como los programas de colaboración con la primaria y de no haberse realizado en estos pasos previos, desde los centros de salud mental los profesionales desde allí, poder indicar los estudios sin limitaciones o dificultades para los pacientes, tendiendo que volver a esperar tiempos para que su cabecera u otro especialista. Eso reduciría tiempos de evaluación y tratamiento oportuno.

'can mimic psychiatric symptoms' and 'misdiagnosed psychiatric conditions' are classical examples of being indoctrinated to think in the language and illogical assumptions of Western culture that has given rise to modern psychiatry and the pharmaceutical industry. Metabolic and endocrine 'disorders' need to be recognised and properly diagnosed by competent professionals. Then while the 'disorder' is being attended to the neuroleptic can be tapered in the advised way according to experts such as Peter Groot (Netherlands -- Tapering Strips) and Mark Horowitz (UCL London -- Deprescribing Manual), with the help of somebody who knows how to cope with emotion (difficult to find in any Western or Westernised organisation).

Sería igual a la pregunta anterior

La coordinación entre Atención Primaria y Psiquiatría es fundamental en todos los casos de pacientes a quienes se les administre neurolepticos, ya que es imperiosa, no solo una mirada específica sobre un determinado síntoma o padecimiento, sino que es imperativa una mirada global e interdisciplinaria de la persona que es el paciente medicado. La especialización que puede ser un beneficio, se transforma en un problema cuando se hace en desmedro de la consideración plena de la condición de la persona del paciente medicado.

La coordinación entre atención primaria y salud mental es esencial. Hay que intentar prescribir en estos casos fármacos antipsicóticos (neurolepticos es un término arcaico) que impacten poco en el metabolismo del paciente (hay bastantes opciones).

Debería intentar desprescribir la medicación poco a poco, prestando atención a la red social y a las posibles consecuencias del proceso de des-habitación.

El término "mal diagnosticados" me parece erróneo. Si nos guiamos por la realidad clínica, todo está mal diagnosticado. Los diagnósticos psiquiátricos carecen de validez interna y externa (Consejo Superior de Salud Belga, 2019). La coordinación entre AP y salud mental es siempre imprescindible.

I would say that my answer is similar to the last answer. Coordination of multiple specialities will help.

In all cases of mental trauma, CCHR recommends a full, searching, clinical examination with appropriate lab tests, by a non-psychiatric health care professional, to determine if there are undiagnosed or untreated medical conditions that can cause mental trauma. There are hundreds of such possible conditions; see for example:

[https://www.cchrstl.org/documents/Medical\\_Causes\\_of\\_Psychiatric\\_Illness.pdf](https://www.cchrstl.org/documents/Medical_Causes_of_Psychiatric_Illness.pdf)  
NS/NC

Sin ninguna duda es necesario realizar controles analíticos antes de la prescripción y al menos cada 12 meses durante su prescripción para poder detectar tales alteraciones e informar a su médico de familia para que así exista una doble supervisión (la del médico de primaria y la del especialista).

The key is that the patients get support from practitioners they trust, whether it is at primary care level or from psychiatric specialists. The therapeutic relationship is the key factor, and steps should be taken that are in line with preserving that alliance.

El retiro seguro de neurolepticos no debe realizarse en atención primaria sino por psiquiatras. Es muy importante que exista un seguimiento adecuado de la persona atendida y una buena coordinación entre atención primaria, psiquiatría y el resto del equipo de salud mental. Hay que tener en cuenta otros aspectos como el hecho de que si la persona lleva muchos años con tratamiento, se ha creado una identidad respecto a su "enfermedad" o problema de salud mental, por lo que la deprescripción tiene que ir acompañada de un buen seguimiento y atención individual. despues de explicar y consensuar el plan terapeutico con el pacheinte, realizar la retirada progresiva del tratameinto con un seguimeinto estrecho. habria que coordinarse con el medico de familia para coordinar el tratameinto del trastorno metabólico de forma paralela.

Establecer una fundación estatal de estudios de caso para generar conocimiento y poder desarrollar herramientas de triaje para definir criterios de inclusión y exclusión. Esta coordinación se debería hacer mediante comisiones de valoración

La retirada debe ser progresiva lenta en condiciones ambulatorias y con colaboración de A. Primaria . O rápida y hospitalizado en caso de efectos secundarios graves

I was diagnosed as bipolar when I had undetected late stage 1 thyroid cancer. I want the answer to this question.

Quizás sea importante aumentar el número de profesionales de la psiquiatría en relación directa con la atención primaria, no sólo trabajando desde los CSMAS en donde esta perspectiva relacionada con el estado general de la persona diría que no abunda, y así como se han incorporado recientemente profesionales de la nutrición a la atención primaria sería necesario fomentar y afianzar el trabajo conjunto interprofesional.

Aplicaría lo expuesto en el caso anterior. Para el proceso de retirada sería fundamental una excelente coordinación con AP para manejar los tiempos

Al igual que en el caso previo debe haber mejoría clínica suficiente para iniciar disminución/deprescripción de fármacos.

Sustitución progresiva por tratamientos con menor impacto metabólico Coordinación con AP dificultada por sobrecarga asistencial. Recomendaciones sobre hábitos de vida. Uso de tratamientos hipolipemiantes o antidiabéticos.

- Toda persona que haya sido tratada con neurolépticos durante un periodo largo de su vida, ser citados en la atención primaria. - Explicarles la situación y los nuevos conocimientos adquiridos en el ámbito de salud. - Preguntarles si están interesados en llevar a cabo una evaluación de deficiencias metabólicas y nutricionales. - Exponer que en caso de encontrar indicadores de tales deficiencias, podrán acceder a un plan de re-evaluación médica y se les proporcionará un nuevo enfoque médico para tratar la situación. - Que los profesionales de la primaria y psiquiatría se encargan de coordinarse para mejorar su tratamiento. A nivel profesional, carezco de titulación médica y de conocimientos para opinar, pero creo que es de responsabilidad moral que se hagan los esfuerzos pertinentes para enderezar los daños perpetuados con tales tratamientos. Sin entrar en responsabilidades, porque no se disponía de la información, pero ahora, deberíamos ser consecuentes hasta el final.

La retirada de medicación debe ser progresiva y, creo, en todo caso informada y/o coordinada entre el especialista en salud mental o psiquiatría y el facultativo de atención primaria. Quizá debería abordarse el ofrecer una explicación previa a lo sucedido con la intervención de un trabajador social y/o psicólogo que prevea posibles reacciones socio contextuales de la persona afectada a la que se informe de este proceso.

Como dije anteriormente, tener en cuenta que esta es una variable más entre otras que explican la expresión sintomática. Creo que debería hacerse una buena coordinación con primaria para detección y tratamiento de trastornos metabólicos, para posteriormente iniciar la deprescripción - salvo que otros factores de riesgo lo contraindiquen-, y hacer un seguimiento estrecho para detectar mejorías significativas (que permitan continuar la deprescripción) o una descompensación clínica (que interrumpiría el proceso de deprescripción).

Es un papel fundamental