

Ending the Use of Neuroleptics for Non-Psychiatric Indications in General Medicine Recent audits in non-psychiatric hospital settings have uncovered widespread neuroleptic prescribing for condit...

Anulando los neurolépticos del sistema psiquiátrico y fuera de ella, y administrándolos solo en caso de necesidad, como cuando te duele la cabeza, te tomas una pastilla y punto, viéndolo como algo normal, no fuera de lo común.

Recomiendo regulaciones estrictas para la prescripción de neurolépticos en condiciones no relacionadas con la psicosis, por ejemplo, una duración máxima de 8 semanas.

Debería formarse en la evidencia del daño que hacen estos fármacos, para poder tomar decisiones desde el conocimiento bien informado

Supervisión y formación de los médicos, campañas de sensibilización general

Establish training, education, public relations work, contact points for those affected in every psychiatric facility

.  
Joint neurology / medical and psychiatric care and clinics

Para prevenir solo a través de pautas con poca duración, y una buena justificación de su prescripción.

Para promover la toma compartida de decisiones (TCD) y prevenir el inicio innecesario de tratamientos, al mismo tiempo que se garantiza una deprescripción adecuada para los pacientes que han sido afectados por errores de prescripción en el pasado, se deben adoptar estrategias a nivel sistémico que fortalezcan la calidad de la atención, la participación del paciente, y la precisión en los diagnósticos y tratamientos. Aquí se detallan algunas de las estrategias clave que pueden implementarse: 1. Mejorar la educación y formación del personal de salud Capacitación continua en TCD y deprescripción: Es fundamental que los profesionales de salud, incluidos médicos, enfermeras y farmacéuticos, reciban formación continua sobre toma compartida de decisiones y sobre las mejores prácticas en deprescripción. Esta formación debe incluir habilidades de comunicación, manejo de la incertidumbre clínica, y estrategias para involucrar a los pacientes en decisiones informadas sobre su tratamiento. Enseñanza sobre los riesgos del tratamiento innecesario: Los sistemas de salud deben incluir programas educativos que enfoquen en los riesgos de iniciar tratamientos innecesarios o inadecuados, y cómo estos pueden resultar en efectos adversos a largo plazo. Esta formación debería ser un componente esencial tanto para los profesionales de salud como para los pacientes y sus familias. Sensibilización sobre errores de prescripción: Los sistemas de salud deben capacitar al personal para identificar y corregir errores de prescripción, realizando auditorías clínicas periódicas para garantizar que los tratamientos sean adecuados, basados en la evidencia y ajustados a las necesidades individuales de los pacientes. El cuerpo humano de media nace sano, la medicina es un servicio vital no una industria

Falta formación, inversión y prácticas basadas en la evidencia empírica. Una mayor inversión en investigación

Que existiese una revisión de neuroleptico en todos estos pacientes.

1- no creo que sean usuarios crónicos involuntarios porque al paciente se le cuenta siempre lo que se le prescribe y ellos aceptan -o no- el uso de antipsicóticos. 2- no creo que se haga tanto uso inadecuado de antipsicóticos. 3- estrategias: formar a los especialistas que no son de psiquiatría y que recetan estos medicamentos (médicos de familia, traumatólogos, cirujanos, etc) para que se ciñan a prescribirlas adecuadamente o sea un psiquiatra quien decida esta pauta de medicación

Estas afirmaciones del enunciado debería ser publicadas porque al menos yo no tengo conocimiento de que esto sea una práctica habitual, frecuente o preocupante. Desde luego que lo sería si esto es así. Podrían, por favor, hacer públicos estos datos?

De nuevo Equipos multidisciplinarios e intervenciones holísticas sociales, familiares, educativas y sanitarias

Revisión obligatoria de este tipo de prescripciones, con demanda de justificación en el caso por caso de su utilización o mantenimiento y con revisión por parte de terceros no implicados (de otro centro sanitario) en caso de mantenimiento.

Contar con equipos multidisciplinarios e interculturales.

Aquí habría que proporcionar formación médica adecuada. Probablemente habría que desterrar la influencia de la industria farmacéutica sobre los médicos, las instituciones médicas y el sector público, para que la toma de decisiones no esté indebidamente influenciada. El proceso de deprescripción debe ser el mismo que en el resto de casos.

Mejor formación clínica (incluyendo estrategias de contención no farmacológicas) y aumentos de recursos en personal formado en ello., además de, como ya dijimos antes, incluir esa visión/estrategia dentro de toda la formación sanitaria.

Educación a los profesionales sobre el uso de los neurolépticos, así como de la deprescripción de los mismos. Reevaluación de pacientes con tratamiento prolongado de neurolépticos que no estén siendo atendidos en Salud Mental, con la finalidad de retirar dichos fármacos.

La formación de los profesionales en evidencia científica del uso de neurolépticos y sus consecuencias, las nuevas guías de desescalada y tratamiento, el uso de otros recursos, el conocimiento de las leyes que respaldan a los pacientes en la toma de decisiones, formación en desescalada y autonomía del paciente

Riesgo-beneficio y en casos concretos

No utilizar la medicación como primera respuesta.. actuación sobre las causas sociales y personales, no pretender eliminar el síntoma sin tratar la causa.

Informar de todas las investigaciones que se realizan a los familiares y pacientes. Y valoración de cada historial

Personalised care promotes shared decision making, but unless there is widespread knowledge of the harms of psychotropic drugs including neuroleptics, then the patients concerned may not be willing to be deprescribed. It is paramount that the harms of such drugs becomes public knowledge.

We have permanent educational program for general medicine and for local general practitioner

1. Appropriate medical education and refreshers training. 2. A cohort study to determine why they were prescribed in the first place and eliminating the ground 3. A central registry or data bank where every prescription has to be send automatically for "indication evaluation". 4. Clear, transparent communication of Benefits Vs harm to doctors and patients alike. 5. Providing compensation where possible.

There is a complex interaction between a series of pieces of national and local guidance variously addressing the management of delirium and agitation and violence. Unfortunately much of the guidance is not audited or enforced.

Again, much better equipped multi-disciplinary teams, especially for teasing out delirium caused by physical issues like UTIs, sleep issues, etc.

(Me ha costado mucho llegar hasta este punto del cuestionario) Sería interesante crear espacios comunitarios de deprescripción dedicados en exclusividad a ello, para retirar el psicofármaco según cada caso.

Hacer seguimientos estrechos, vigilancia ambulatoria, controles más periódicos que permitan desprescribir en los casos posibles. Cambios de medicación paulatinos.

- patients who leave hospitals with prescriptions for psychotropic medication must be seen by their GP within two weeks to evaluate the medication, discuss alternatives, help them to come off - this is only possible if specialists and hospitals are required to report upon discharge. - coöperation with pharmacists; only deliver repeated prescriptions if it is certain that the patient has visited the GP

Caso por caso Hipo, Vómitos incoercibles, atragantamiento, vértigo, somatizaciones digestivas (Benzamidas Ortopramidas)

desde los hospitales, previos al egreso, fortalecer la desprescripción de la medicación. está justificado el uso de psicofarmacos y neurolepticos para situaciones más allá de las patologías psiquiátricas, pero que las guías no las han incluido. Como el tratamiento del hipo con neurolepticos. El depositar la responsabilidad del retiro de medicación en los cabeceras es muy osado.

All these questions concerning shared decision-making are included under the rubric of informed consent. Patients are rarely given the information that would inform them and therefore the first requirement in the practice of medicine is ignored. All patients, that is all human beings, are to be cared for by doctors and nurses who have trained in and know how to cope with emotion (see inserts above).

Informar correctamente, CI, de la indicación y tiempo reducido si se toma la decisión de prescripción

En primer lugar, dotando de manera consistente a los equipos del personal adecuado y de la cantidad de horas imprescindibles para el desarrollo de la tarea. Los recortes en Sanidad han hecho mucho daño y ahora vamos a resolver todo este desaguisado sostenido durante años, sin dotar a los equipos de los mínimos que tenían hasta 2010 y que, desde entonces están sufriendo por los recortes, que en muchos casos no se han revertido del todo? La precarización de las condiciones de trabajo de la Asistencia Primaria es un factor de mucho peso en la prescripción desmedida a la que se llegó.

Reiterar los posibles riesgos del tratamiento en pacientes que efectivamente se sepa que necesitan menos medicamentos

Idem anterior

Para empezar, hace falta formación de los psiquiatras. Carecen de conocimientos sobre psicopatología, fenomenología, antropología, filosofía y otros tantos campos que permiten abordar los problemas de la gente desde la pregunta abierta. La psiquiatría se basa, hoy en día, en la respuesta cerrada. Esto provoca que su trabajo sea diagnósticas, prescribir y derivar –modelo cancerológico de la psiquiatría–. Bajo ese modelo, el único instrumento es el fármaco y su justificación, el diagnóstico.

I'm in agreement. My apologies, I'm not well versed in this.

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)

Prevenir y tratar correctamente los cuadros confusionales. Trabajar y apoyar al entorno, espacios protegidos para estas personas...de nuevo mas recursos materiales y humanos. Voluntades anticipadas. Y lo dicho anteriormente.

Realizando una toma de constantes cada dos-tres meses y controles analíticos cada 6-12 meses, incluso sería recomendable una valoración cardiológica anual, para descartar alteraciones del QTc. Contando con la colaboración de primaria.

A shift from a view of people as patients to be treated, on the one hand, to rights-holder, whose decisions need to be respected. This should draw on the CRPD. System-wide it is also vital to give experts-by-experience a say, indeed an oversight role.

Más involucración de pacientes en las estructuras organizativas de los hospitales

Acompañar a las personas desde diferentes ámbitos de salud. Hacer un seguimiento real, y no de 6 meses o de año en año para saber cómo va el tratamiento farmacológico. Mayores recursos humanos en sanidad para favorecer una mayor humanización.

Para empezar no habría que hablar de errores de prescripción en el pasado, porque las situaciones clínicas que motivan la prescripción son variadas y el recurso farmacológico es uno más en un ámbito médico como es el hospitalario. Otra cosa es abordar la formación haciendo hincapié en el conocimiento del daño que pueden ocasionar los fármacos, incluyendo que participen usuarios afectados por la misma. Habría que conseguir eliminar la participación de las farmacéuticas en formaciones para profesionales en el ámbito público de atención a la salud.

Programas de formación a profesionales y a expertos en primera persona. Creación de comités de asesoría que incluyan la voz de personas afectadas

Ante una prescripción errónea . Revisar diagnóstico y tratamiento y sobre todo cambiar de psiquiatra

Debería abordarse la discontinuación de la medicación como una necesidad absoluta para el bienestar de la persona, aclarando que los beneficios de esta se orientaban a la tranquilidad institucional o profesional y no al bien de la persona afectada. Para nuevas situaciones, compartir la información actual sin imponer medicaciones no necesarias. Todos estos abordajes necesitan de más tiempo para la atención de cada persona así como una gran actualización en la formación médica y de otras profesiones de la salud para promover la disminución de la desigualdad de poder existente entre los lugares de profesional y paciente.

Aunque también sería prudente, quizá la estrategia de depreciación aquí podría ser más decidida y dirigida a médicos no psiquiatras para un uso limitado y racional de esta medicación

Formación del personal facultativo en alternativas farmacológicas.

El uso de neurolépticos en snd confusional agudo en ocasiones es necesario, efectivo y seguro.

-

Revisión previa al fármaco de higiene de sueño, de condiciones que faciliten la orientación en espacio-tiempo-persona, entornos humanizados, relajantes, evitar la rotación de personal.... Es decir mejorar el entorno del paciente y controlar variables protectoras.

La educación a la población en este sentido es importante. La corrupción que la industria ha implantado en la clase médica va a ser difícil de combatir a corto plazo