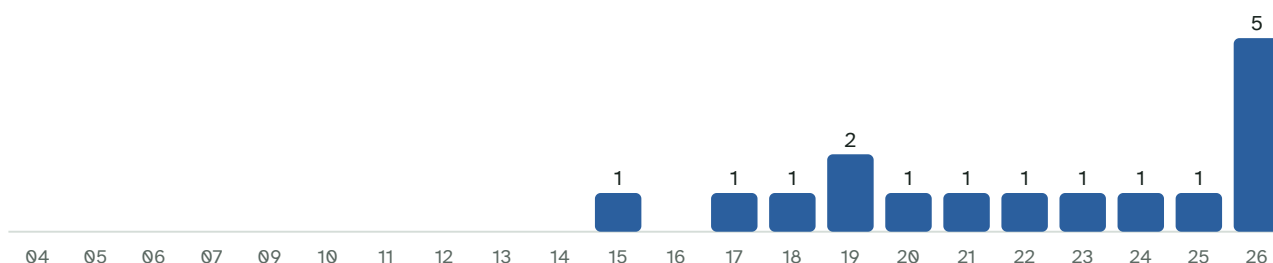


Psicofármacos

Los psicofármacos que caen en el EIR son pocos y muy concretos: benzodiacepinas (sus efectos, su antídoto), antidepresivos (qué es un ISRS, riesgo suicida en jóvenes, IMAO y tiramina), antipsicóticos (haloperidol, efectos extrapiramidales, clozapina, inyectables de mantenimiento), litio y los fármacos del TDAH y de la deshabituación alcohólica. Casi todo sale de la ficha técnica autorizada por la AEMPS, que es la fuente que se cita aquí.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



16 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Efectos y usos de las benzodiacepinas (no antipsicótico ni analgésico) (4 exámenes)
- Fluoxetina: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (3 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Benzodiacepinas	7
2. Antidepresivos: ISRS, tricíclicos y otros	11
3. IMAO y dieta pobre en tiramina	14
4. Esketamina intranasal	16
5. Antipsicóticos: haloperidol y efectos extrapiramidales	18
6. Clozapina e inyectables de acción prolongada	20
7. Litio	22
8. Fármacos del TDAH	24
9. Interdictores del alcohol y adherencia	26
Todas las preguntas del tema (18)	28
Preguntas que también podrían ser de este tema (4)	33
Solucionario	35
Fuentes	36

Resumen para repasar

1. Benzodiacepinas

- Actúan **aumentando la neurotransmisión GABAérgica** en las sinapsis inhibitorias del SNC (modulación alostérica positiva del receptor GABA) ^{F2}
- Efectos propios: **ansiolítico, sedante, miorrelajante y anticonvulsivante** ^{F1,F2} (el midazolam se clasifica además como hipnótico y sedante ^{F3}), más **amnesia anterógrada** ^{F1,F3}
- No se recomiendan como tratamiento primario de la enfermedad psicótica ^{F1,F2}; en sedación el midazolam se combina con analgésicos y, si estos son potentes, se administran primero ^{F3}
- **Midazolam**: acción breve, semivida **1,5-2,5 h**; **diazepam**: 24-48 h (metabolito activo 40-100 h) ^{F1,F3}
- Potencian a otros depresores del SNC: **alcohol**, antihistamínicos como la **hidroxicina**, opioides ^{F2,F3,F5}
- Antídoto: **flumazenilo** (antagonista competitivo del receptor benzodiacepínico); semivida corta, riesgo de resedación; la naloxona es el antídoto de los opioides ^{F4,F2,F31}
- Dependencia física y psíquica, mayor con dosis y duración; retirada brusca con síntomas de abstinencia ^{F1}

2. Antidepresivos: ISRS, tricíclicos y otros

- **Fluoxetina** = **inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS)**, ATC N06AB ^{F6}
- **Amitriptilina e imipramina son tricíclicos** (inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas); **mirtazapina**, antagonista α_2 («otros antidepresivos») ^{F7,F8,F9}
- ISRS: **disfunción sexual**, síntomas de retirada si se interrumpe bruscamente, síndrome serotoninérgico con IMAO ^{F6}
- **Más conducta suicida en niños y adolescentes** con antidepresivos frente a placebo; fluoxetina solo de 8 a 18 años en depresión moderada-grave ^{F6}
- **Trazodona**: antidepresivo sedante; somnolencia, mareo, hipotensión ortostática (más en ancianos); **informar y vigilar**, evitar tareas peligrosas ^{F12}

3. IMAO y dieta pobre en tiramina

- El IMAO impide degradar la **tiramina** de los alimentos: riesgo de **crisis hipertensiva** ^{F10,F11}
- Evitar **queso curado**, carne curada o fermentada, **habas con vaina**, soja fermentada, extractos de levadura, cerveza y vino; de 1 día antes a 14 días después ^{F10}
- La etiqueta de la FDA admite «todas las demás verduras»; la lista antigua prohibía la **piel del plátano**, **no la pulpa** ^{F11,F27}

4. Esketamina intranasal

- Autorizada en **depresión mayor resistente** (sin respuesta a ≥ 2 antidepresivos en el episodio actual), **junto con un ISRS o IRSN** ^{F13}
- Adultos < 65 años: inducción semanas 1-4, **56 mg el día 1 y luego 56 u 84 mg dos veces por semana**; mantenimiento semanas 5-8, 56 u 84 mg semanal ^{F13}
- Riesgos principales: **disociación, subida transitoria de la PA, somnolencia y sedación**: observación hasta estabilidad clínica ^{F13}

5. Antipsicóticos: haloperidol y efectos extrapiramidales

- **Haloperidol**: butirofenona, **potente antagonista D2**, sin actividad anticolinérgica ni antihistamínica ^{F14}
- Indicado, entre otros, en el **síndrome confusional** que no responde a medidas no farmacológicas ^{F14}
- **Acatisia**: inquietud desagradable con necesidad de moverse e incapacidad para estar quieto; primeras semanas ^{F14}
- **Discinesia tardía**: movimientos involuntarios de lengua, cara, boca o mandíbula, en tratamiento prolongado ^{F14}
- **Aripiprazol**: menos síntomas extrapiramidales que haloperidol (25,8 % frente a 57,3 %) ^{F15}
- **Síndrome neuroléptico maligno**: hipertermia, rigidez, inestabilidad autonómica, alteración de conciencia, CPK alta; suspender ^{F14}

6. Clozapina e inyectables de acción prolongada

- **Clozapina**: esquizofrenia resistente; riesgo de **agranulocitosis** con **recuentos de neutrófilos** semanales las primeras 18 semanas, mensuales hasta completar el primer año y después cada 12 semanas (anuales desde los 24 meses sin neutropenia) ^{F16}
- **Cafeína** sube su concentración y **dejar de fumar** la aumenta: avisar de cambios en tabaco y café para ajustar la dosis ^{F16}
- Puede producir **aumento de peso**, dislipemia e hiperglucemia; se recomienda la vigilancia clínica del peso y de los lípidos, y la prueba de glucosa en ayunas si hay factores de riesgo de diabetes o síntomas de hiperglucemia ^{F16}
- **Palmitato de paliperidona**: inyectable mensual de **mantenimiento** de la esquizofrenia ^{F17}
- **Acetato de zuclopentixol**: fase aguda, no más de 2 semanas; el mantenimiento se hace con decanato u oral ^{F18}

7. Litio

- Margen estrecho: rango **0,5-1,2 mEq/L**; toxicidad generalmente por encima de **1,5 mEq/L**, a veces por debajo ^{F20}
- Litemia **justo antes de la siguiente dosis, habitualmente 12 h tras la última** ^{F20}
- Primeros signos de intoxicación: **diarrea, vómitos, debilidad, falta de coordinación y disartria**; el temblor que empeora o se extiende la sugiere ^{F20}
- **Mantener la ingesta habitual de sal y líquidos**: la pérdida de sodio sube la litemia ^{F20}

8. Fármacos del TDAH

- En España tienen indicación **metilfenidato, lisdexanfetamina, guanfacina y atomoxetina** ^{F21}
- En adultos moderados-graves, **primera línea farmacológica** ^{F21}
- El tratamiento a largo plazo **no se asocia** con abuso o dependencia posterior de drogas, o puede proteger ^{F21}
- Ficha del metilfenidato: vigilar abuso, mal uso y tráfico; **descanso al menos anual**, en niños preferentemente en vacaciones ^{F22}

9. Interdictores del alcohol y adherencia

- **Cianamida cálcica**: otro interdictor, de efecto parecido al disulfiram pero con bloqueo fugaz (dosis cada 12 h); ambos se usan para prevenir la recaída en la deshabituación ^{F29,F30}
- **Disulfiram**: paciente motivado e informado; evitar alcohol oculto en **salsas, vinagre**, enjuagues o jarabes ^{F23}
- Reacción con alcohol: **enrojecimiento, taquicardia, hipotensión**, náuseas, vómitos, cefalea pulsátil ^{F23}
- Los **efectos adversos** se consideran la causa principal de la falta de **adherencia** al tratamiento, y los **sexuales** son uno de los que llevan a reconsiderar el antipsicótico ^{F24}

Puntos clave

- 1 Las benzodiacepinas son ansiolíticas, sedantes, miorrelajantes y anticonvulsivantes ^{F1,F2} y producen amnesia anterógrada ^{F1,F3}; no se recomiendan como tratamiento primario de la psicosis ^{F1,F2}; el midazolam se clasifica como hipnótico y sedante ^{F3}
- 2 El antídoto de las benzodiacepinas es el flumazenilo, antagonista competitivo de corta semivida (riesgo de resedación) ^{F4}
- 3 Las benzodiacepinas potencian otros depresores del SNC: alcohol, antihistamínicos como la hidroxicina, opioides ^{F2,F3,F5}
- 4 La fluoxetina es un ISRS; amitriptilina e imipramina son tricíclicos y la mirtazapina un antagonista $\alpha 2$ ^{F6,F7,F8,F9}
- 5 Los antidepresivos aumentan la conducta suicida en niños y adolescentes frente a placebo ^{F6}
- 6 Con un IMAO se evitan los alimentos ricos en tiramina (queso curado, curados y fermentados, habas con vaina, levadura, cerveza, vino) por riesgo de crisis hipertensiva ^{F10,F11}
- 7 Esketamina intranasal: depresión resistente, con ISRS o IRSN; inducción de 4 semanas con 56 mg el día 1; observación hasta estabilidad ^{F13}
- 8 El haloperidol es un potente antagonista D2 sin acción anticolinérgica y con más efectos extrapiramidales que aripiprazol en ensayo directo ^{F14,F15}
- 9 Acatisia: inquietud con incapacidad para estar sentado o de pie ^{F14}
- 10 Clozapina: controles de neutrófilos; cambios en tabaco o cafeína obligan a reajustar la dosis ^{F16}
- 11 El palmitato de paliperidona es un inyectable mensual de mantenimiento; el acetato de zuclopentixol es para la fase aguda ^{F17,F18}
- 12 Litio: rango 0,5-1,2 mEq/l, extracción a las 12 h de la última dosis, sal y líquidos habituales; diarrea, vómitos, debilidad, incoordinación y disartria anuncian la intoxicación ^{F20}
- 13 Reacción disulfiram-alcohol: enrojecimiento, taquicardia e hipotensión; evitar alcohol oculto en salsas y vinagre ^{F23}

1. Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas actúan en el **sistema nervioso central**: sus acciones están mediadas por un **aumento de la neurotransmisión GABAérgica en las sinapsis inhibitorias**. En su presencia, el receptor GABA aumenta su afinidad por el neurotransmisor (**modulación alostérica positiva**), el canal de cloruro se abre con más frecuencia y la membrana se hiperpolariza. Es decir, **potencian** la acción inhibitoria del GABA; no la inhiben ^{F2,F1}.

Efecto farmacológico	Qué dice la ficha técnica
Ansiolítico	Diazepam: supresión sintomática de la ansiedad, la agitación y la tensión psíquica ^{F1}
Sedante e hipnótico	Midazolam: efecto sedante y somnífero de intensidad pronunciada; es un inductor del sueño de acción breve ^{F3}
Miorrelajante	Diazepam: coadyuvante en el dolor musculoesquelético por espasmo y en la espasticidad ^{F1}
Anticonvulsivante	Clonazepam: epilepsias del niño y del adulto y estatus epiléptico; diazepam como coadyuvante ^{F2,F1}
Amnesia anterógrada	Incluso a dosis terapéuticas; en sedación el midazolam la produce de forma buscada ^{F1,F3}

La ficha del clonazepam lo resume: posee **todos los efectos farmacológicos característicos de las benzodiacepinas: anticonvulsivante, sedante, miorrelajante y ansiolítico** ^{F2}. La del diazepam lo define como tranquilizante benzodiacepínico con efectos **ansiolíticos, sedantes, miorrelajantes y anticonvulsivantes** ^{F1}. Ambas fichas advierten además que las benzodiacepinas **no se recomiendan como tratamiento primario de la enfermedad psicótica** ^{F1,F2}; el haloperidol, en cambio, es un **potente antagonista D2** que suprime las ideas delirantes y las alucinaciones (sección 5) ^{F14}.

Analgesia. Las fichas del clonazepam y del diazepam resumen sus efectos (anticonvulsivante, sedante, miorrelajante, ansiolítico) sin incluir la analgesia ^{F1,F2}. En anestesia combinada, la ficha del midazolam indica que se usa **normalmente en combinación con analgésicos**, y que cuando se administran analgésicos potentes **estos deben aplicarse primero**, para ajustar después el efecto sedante del midazolam ^{F3}. El efecto sobre el músculo es **relajante**: el diazepam es coadyuvante del dolor musculoesquelético **debido a espasmos** ^{F1}.



Lo que más cae: efectos de una benzodiacepina

Efectos: **ansiolítica, sedante, miorrelajante, anticonvulsivante** ^{F1,F2} y **amnesia anterógrada** ^{F1,F3}; la ficha del midazolam lo clasifica además como **hipnótico y sedante** ^{F3}. Las fichas del clonazepam y del diazepam no incluyen entre ellos ni la acción **antipsicótica** ni la **analgésica**, y ambas dicen que las benzodiacepinas **no se recomiendan como tratamiento primario de la enfermedad psicótica** ^{F1,F2}.

Efectos y usos de las benzodiacepinas (no antipsicótico ni analgésico)

¿Cuál de los siguientes efectos NO es propio de las benzodiacepinas?:

1. Efecto ansiolítico.
2. Efecto anticonvulsivante.
3. Efecto antipsicótico.
4. Efecto sedante

Efectos y usos de las benzodiacepinas (no antipsicótico ni analgésico)

Una persona está diagnosticada de trastorno esquizoafectivo y dentro de su tratamiento farmacológico se incluye la pauta: clonazepam 2mg (1-0-1). ¿Cuál de los siguientes efectos NO es atribuible a este fármaco?:

1. Efecto ansiolítico.
2. Efecto antipsicótico.
3. Efecto hipnótico.
4. Efecto anticonvulsivante.

Efectos y usos de las benzodiacepinas (no antipsicótico ni analgésico)

Entre los siguientes posibles usos clínicos de las benzodiazepinas, indique la OPCIÓN INCORRECTA:

1. Ansiolítico.
2. Hipnótico.
3. Relajante muscular.
4. Analgésico.

Duración de acción. El **midazolam** tiene una acción farmacológica de **duración breve** por su rápida transformación metabólica: su semivida de eliminación en voluntarios sanos es de **1,5 a 2,5 horas** ^{F3}. El **diazepam**, en cambio, tiene una semivida de **24-48 horas**, y su metabolito activo desmetil-diazepam, de **40-100 horas** ^{F1}. El midazolam está indicado en sedación consciente antes y durante procedimientos, premedicación e inducción anestésica y sedación en cuidados intensivos ^{F3}.

Midazolam frente a diazepam

El midazolam produce una sedación **más breve** y tiene una semivida **más corta** (1,5-2,5 h) que el diazepam (24-48 h, con metabolito activo de hasta 100 h) ^{F3,F1}. Sus efectos útiles en sedación son **sedación, ansiólisis, amnesia anterógrada y acción anticonvulsivante** ^{F3}.

Efectos y usos de las benzodiacepinas (no antipsicótico ni analgésico)

Señale la respuesta correcta sobre los fármacos dentro del grupo de las benzodiacepinas:

1. Inhiben la acción inhibitoria sobre el sistema nervioso periférico del ácido gamma aminobutírico.
2. Sus efectos beneficiosos incluyen sedación, amnesia y acción anticonvulsiva.
3. En caso de sobredosis o reacciones adversas, su acción se revierte con la naloxona.
4. El midazolam produce una sedación más lenta y una vida media más larga que el diazepam.

Efectos adversos e interacciones. Producen sedación, amnesia, dificultad de concentración y deterioro de la función muscular; el **alcohol potencia estos efectos** ^{F1}. Las benzodiacepinas **potencian los efectos de otros depresores del sistema nervioso central**, incluido el alcohol ^{F2}. La ficha del midazolam enumera esos depresores: opiáceos, antipsicóticos, otras benzodiacepinas, fenobarbital, antidepresivos sedantes, **antihistamínicos** y antihipertensivos de acción central ^{F3}. La **hidroxicina** (hidroxizina en su ficha) es un antihistamínico usado en ansiedad y prurito cuya ficha advierte de su **acción potenciadora** con otros fármacos depresores del SNC y obliga a adaptar la dosis ^{F5}.

Benzodiacepinas: interacción con hidroxicina

¿Con qué fármaco interaccionan las benzodiacepinas potenciando los efectos depresores sobre el Sistema Nervioso Central?:

1. Ciprofloxacino.
2. Paracetamol.
3. Hidroxicina.
4. Hidrocortisona.

En sedación intravenosa, el midazolam puede causar efectos cardiorrespiratorios graves: **depresión respiratoria**, apnea, parada respiratoria o cardiaca, **hipotensión**, **alteración de la frecuencia cardiaca** y efectos vasodilatadores, más probables en mayores de 60 años, con insuficiencia respiratoria o cardiaca, con inyección rápida o dosis altas ^{F3}. La monografía de StatPearls añade que con la administración intravenosa rápida pueden aparecer **hipotensión y taquicardia** ^{F32}. Aporta **ansiólisis y amnesia anterógrada**, y, en anestesia combinada, se usa normalmente en combinación con analgésicos ^{F3}.

Antídoto: flumazenilo. El flumazenilo es un **antagonista de las benzodiacepinas** que bloquea por **inhibición competitiva** sus efectos en el SNC; revierte en 1-2 minutos la sedación, la amnesia y los trastornos psicomotores ^{F4}. Está indicado para terminar la anestesia o detener la sedación producida por benzodiacepinas y en la intoxicación con coma o depresión respiratoria ^{F4,F3}. No actúa sobre sustancias sin afinidad por el receptor benzodiacepínico (barbitúricos, etanol) ^{F4}. Su semivida es corta (40-80 minutos), así que la sedación puede **reaparecer** y el paciente debe seguir vigilado después de que desaparezca su efecto ^{F4,F2}.

Cada depresor, su antídoto

Benzodiacepina → flumazenilo ^{F4}; **opioide** → naloxona. La ficha de la **naloxona** la clasifica entre los **antídotos** y la define como **antagonista específico de los opioides**, indicada para revertir la depresión del SNC y respiratoria causada por opiáceos ^{F31}. El flumazenilo no actúa sobre sustancias sin afinidad por el receptor benzodiacepínico ^{F4}, y la naloxona **no contrarresta la depresión central causada por los hipnóticos** ni por otros no opiáceos ^{F31}.

EIR 2019 · 9

P15 · respuesta en el solucionario

Antídoto de benzodiacepinas: flumazenil, no naloxona

Se va a realizar una sedación moderada (consciente) a un paciente utilizando benzodiacepinas. Respecto a su uso, usted debe tener en cuenta (señale la opción INCORRECTA):

1. Entre los efectos secundarios se encuentra la disminución de la presión arterial y el aumento de la frecuencia cardíaca.
2. Producen ansiólisis y amnesia.
3. Su antídoto es la naloxona.
4. Carecen de propiedades analgésicas.

Dependencia y tolerancia. El tratamiento con benzodiacepinas puede provocar **dependencia física y psíquica**; el riesgo aumenta con la **dosis y la duración** y en personas con antecedentes de alcoholismo o drogadicción ^{F1}. Con el uso prolongado disminuye la respuesta (**tolerancia**) ^{F1}. Si ya hay dependencia, la retirada brusca produce síntomas como cefalea, ansiedad acusada, tensión, confusión, irritabilidad y, en casos graves, alucinaciones o convulsiones ^{F1}. La duración del tratamiento debe ser **la más corta posible**, reevaluando al paciente a intervalos regulares ^{F1}.

2. Antidepresivos: ISRS, tricíclicos y otros

La **fluoxetina** pertenece al grupo farmacoterapéutico de los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**, código ATC N06AB03, y su mecanismo de acción es precisamente ese: **inhibe de forma selectiva la recaptación de serotonina** ^{F6}.

Fármaco	Grupo según su ficha técnica
Fluoxetina	ISRS (N06AB03) ^{F6}
Amitriptilina	Antidepresivo tricíclico (ATC) ^{F7}
Imipramina	Antidepresivo, inhibidor no selectivo de la recaptación de monoaminas (tricíclico, N06AA02) ^{F8}
Mirtazapina	«Otros antidepresivos» (N06AX11): antagonista $\alpha 2$ presináptico central ^{F9}
Trazodona	Antidepresivo sedante de acción dual serotoninérgica: inhibe la recaptación de serotonina y bloquea el receptor 5-HT2A ^{F12}
Lorazepam	Ansiolítico benzodiacepínico (N05BA06) ^{F25}
Zolpidem	Hipnótico relacionado con las benzodiacepinas (imidazopiridina, N05CF02) ^{F26}



Lo que más cae: grupo de cada fármaco

La **fluoxetina** es un **ISRS** ^{F6}. **Amitriptilina** e **imipramina** son **tricíclicos** ^{F7,F8}; la **mirtazapina**, un antagonista $\alpha 2$ ^{F9}; el **lorazepam**, una benzodiacepina, y el **zolpidem**, un hipnótico relacionado con ellas ^{F25,F26}.

EIR 2015 · 56

P18 · respuesta en el solucionario

Fluoxetina: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

¿Cuál de los siguientes fármacos corresponde al grupo terapéutico de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina?:

1. Buspirona.
2. Fluoxetina.
3. Zolpidem.
4. Lorazepam.
5. Fenitoína.

Fluoxetina: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

Un paciente está tratado de depresión con un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, ¿Cuál de los siguientes fármacos estará recibiendo?:

1. Amitriptilina.
2. Imipramina.
3. Mirtazapina.
4. Fluoxetina.

Fluoxetina: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

¿Cuál es el mecanismo de acción de la fluoxetina, fármaco utilizado en el tratamiento de la depresión?:

1. Inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina.
2. Es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.
3. Es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).
4. Se une al receptor del GABA (ácido gammaaminobutírico) y potencia su acción.

Efectos de los ISRS que interesan a enfermería ^{F6}:

- **Disfunción sexual:** los ISRS pueden causarla, y se han notificado casos de larga duración que persisten tras suspender el fármaco ^{F6}.
- **Síntomas de retirada:** se debe evitar la interrupción abrupta; la dosis se reduce de forma gradual ^{F6}.
- **Síndrome serotoninérgico** (hipertermia, rigidez, mioclonías, inestabilidad autonómica, confusión, agitación) con IMAO irreversibles: están **contraindicados juntos**; hay que esperar 2 semanas tras un IMAO y al menos 5 semanas tras la fluoxetina ^{F6}.
- Vida media larga de la fluoxetina y su metabolito norfluoxetina, que se debe tener en cuenta en las interacciones ^{F6}.

Riesgo de conducta suicida en jóvenes. En los ensayos clínicos con niños y adolescentes tratados con **antidepresivos**, los **comportamientos suicidas** (intentos e ideas de suicidio) y la hostilidad se observaron **con más frecuencia que con placebo** ^{F6}. La fluoxetina solo debe usarse de **8 a 18 años** para episodios depresivos **moderados a graves** y vigilando de cerca la aparición de síntomas suicidas ^{F6}. La ficha añade un aumento del riesgo de conducta suicida con antidepresivos frente a placebo en **menores de 25 años**, y que el riesgo puede aumentar en las **primeras etapas de la recuperación** ^{F6}.



Suicidio en la infancia y adolescencia

El grupo con advertencia específica de **comportamientos suicidas en niños y adolescentes** es el de los **antidepresivos** ^{F6}. La etiqueta de la FDA lo cuantifica: 14 casos más por cada 1.000 tratados en menores de 18 años frente a placebo ^{F11}.

Antidepresivos: riesgo de conducta suicida en infancia y adolescencia

¿Cuál de los siguientes psicofármacos tiene un mayor riesgo de generar comportamientos suicidas en la infancia y la adolescencia?:

1. Antidepresivos.
2. Benzodiacepinas.
3. Neurolépticos.
4. Litio.

Trazodona. Es un **antidepresivo sedante**: la somnolencia es frecuente en los primeros días y suele desaparecer con el tratamiento continuado ^{F12}. También produce **mareo**, vértigo, **hipotensión ortostática** y síncope ^{F12}. Los **pacientes de edad avanzada** sufren con más frecuencia hipotensión ortostática, somnolencia y efectos anticolinérgicos, y la ficha recomienda **informar al paciente o cuidador** de estas reacciones y **supervisarlas de cerca** tras el inicio y los ajustes de dosis ^{F12}. Si hay sedación o mareo, el paciente debe **evitar tareas potencialmente peligrosas** ^{F12}. En ancianos la dosis de inicio es menor (50-100 mg/día) ^{F12}.

Sedación y mareo con trazodona

La ficha destaca en **ancianos** la hipotensión ortostática, la somnolencia y los efectos anticolinérgicos; recomienda **informar al paciente o cuidador** y **supervisar de cerca** estas reacciones tras el inicio y los ajustes de dosis, y **evitar tareas potencialmente peligrosas** si hay sedación o mareo ^{F12}.

Trazodona: sedación y mareo, prevenir caídas

Una mujer de 64 años, con demencia frontotemporal variante conductual, inicia tratamiento con trazodona para controlar irritabilidad y agitación. Tras dos semanas, la enfermera observa somnolencia diurna marcada y mareos frecuentes. ¿Cuál debería ser la actuación prioritaria de la enfermera ante estos efectos secundarios?:

1. Reforzar medidas de seguridad para prevenir caídas y comunicar al médico responsable la aparición de sedación y mareo.
2. Aconsejar aumentar la dosis de trazodona para lograr mayor control de los síntomas conductuales.
3. Recomendar suspender por completo el tratamiento y consultar con su médico.
4. Considerar que los síntomas son esperables y no requieren intervención específica.

3. IMAO y dieta pobre en tiramina

Los **inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)**, como la tranilcipromina, bloquean el sistema enzimático que **degrada las aminas biógenas como la tiramina**. La tiramina de ciertos alimentos ha causado **reacciones hipertensivas graves** en pacientes tratados con IMAO, así que se exige una **dieta baja en tiramina** desde **1 día antes, durante y hasta 14 días después** del tratamiento ^{F10}. La FDA lo explica igual: al inhibir la MAO intestinal, grandes cantidades de tiramina pasan a la circulación y pueden causar una **crisis hipertensiva** ^{F11}.

Evitar (ricos en tiramina)	Aceptables (poca o ninguna tiramina)
Queso curado / quesos envejecidos ^{F10,F11}	Quesos procesados, mozzarella, ricotta, requesón y yogur ^{F11}
Carne, pescado o aves curados al aire, fermentados o envejecidos , salchichas, salami; alimentos en mal estado ^{F10,F11}	Carne, aves y pescado frescos ^{F11}
Habas con vaina ^{F10,F11}	Todas las demás verduras ^{F11}
Salsas de pescado, productos de soja fermentados (la FDA incluye la mayoría de productos de soja: salsa de soja, tofu), chucrut, extractos de levadura, chocolate , suplementos con tiramina; arenque en vinagre ^{F10,F11}	Levadura de cerveza y de panadería, leche de soja ^{F11}
Bebidas fermentadas como cerveza o vino según la ficha española ^{F10} ; la FDA cita la cerveza de barril o no pasteurizada y la cafeína en exceso ^{F11}	Cervezas y vinos embotellados o en lata contienen poca tiramina, aunque no se recomienda el alcohol ^{F11}

La versión anterior de la etiqueta de la FDA (2010) daba una lista de alimentos contraindicados que incluía la **piel del plátano, pero no la pulpa** ^{F27}. Así, la pulpa del plátano no estaba prohibida y el **queso curado** sí ^{F27,F10}. Los alimentos deben tomarse frescos, porque también envejecen de forma natural con el tiempo ^{F10,F27}.



Lo que más cae

Con un IMAO, **nunca queso curado** ni embutidos curados o fermentados, habas con vaina, soja fermentada, levadura concentrada, cerveza o vino ^{F10}. El plátano solo aparecía prohibido por su **piel** ^{F27}.

EIR2024-070: el plátano verde no es el único alimento permitido

La respuesta oficial de **EIR2024-070** es el **plátano verde** como alimento que puede tomar una persona con IMAO. Es compatible con las fuentes: la pulpa del plátano no estaba contraindicada (FDA, 2010) y el **queso curado** sí está prohibido ^{F27,F10}. Pero la etiqueta vigente de la FDA (2018) considera aceptables «todas las demás verduras» salvo las habas con vaina, entre las que, por deducción, estarían también **guisantes y espinacas**, aunque la FDA no los nombre ^{F11}. La ficha española de la tranilcipromina no menciona ni guisantes ni espinacas ni plátano ^{F10}. Según las fuentes oficiales actuales, por tanto, la pregunta tendría más de una opción aceptable; la respuesta oficial no se corrige.

EIR 2024 · 70

P9 · respuesta en el solucionario

IMAO: alimentos permitidos y prohibidos por la tiramina

Indique qué alimento puede ingerir una persona en tratamiento con Inhibidores de la Monoamino-oxidasa (IMAO):

1. Queso curado.
2. Guisantes.
3. Plátano verde.
4. Espinacas.

4. Esketamina intranasal

El Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT 17/2022 V2, publicado el 16 de diciembre de 2022) resume que la **esketamina intranasal (Spravato®)** está autorizada para el **trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento, en combinación con un ISRS o un IRSN**, en adultos que **no han respondido al menos a dos tratamientos diferentes con antidepresivos** en el episodio depresivo moderado o grave actual ^{F13}. Es el enantiómero S de la ketamina, un **antagonista del receptor NMDA** de glutamato ^{F13}.

Cada pulverizador administra **28 mg** en dos pulverizaciones (una por fosa nasal). Se lo administra el propio paciente **bajo supervisión directa de un profesional sanitario**, y la sesión incluye un **periodo de observación** posterior; ambas cosas en un entorno clínico adecuado ^{F13}. Para evitar náuseas y vómitos, no beber en los 30 minutos previos ni comer en las 2 horas previas, y no usar corticoides ni descongestivos nasales en la hora anterior ^{F13}.

Fase	Adultos < 65 años	Adultos ≥ 65 años
Inducción (semanas 1-4)	Día 1: 56 mg ; después 56 u 84 mg dos veces por semana ^{F13}	Día 1: 28 mg ; después 28, 56 u 84 mg dos veces por semana ^{F13}
Mantenimiento (semanas 5-8)	56 u 84 mg una vez por semana ^{F13}	28, 56 u 84 mg una vez por semana ^{F13}
Mantenimiento (desde la semana 9)	56 u 84 mg cada dos semanas o una vez por semana ^{F13}	28, 56 u 84 mg cada dos semanas o una vez por semana ^{F13}

Fases y dosis de la esketamina

En ≥ 65 años todos los cambios de dosis se hacen de 28 en 28 mg ^{F13}. La inducción abarca las **semanas 1 a 4** y en menores de 65 años empieza con **56 mg**, siguiendo con 56 u 84 mg dos veces por semana; el mantenimiento empieza en la **semana 5** ^{F13}. Cada dispositivo libera 28 mg ^{F13}.

Seguridad. Según el IPT, los problemas de seguridad más importantes son los **trastornos disociativos**, el **aumento transitorio de la presión arterial** (que podría producir una crisis hipertensiva) y la **somnolencia y sedación** tras la administración, por lo que se requiere una **observación del paciente hasta que se considere clínicamente estable** y listo para abandonar el centro ^{F13}. Está contraindicada si el aumento de la presión arterial o intracraneal supone un riesgo grave (aneurismas, hemorragia intracerebral previa, evento cardiovascular en las 6 semanas previas), y el paciente no debe conducir hasta el día siguiente tras un sueño reparador ^{F13}.

Esketamina intranasal: pauta de inducción

Según el Informe de Posicionamiento Terapéutico de Esketamina (IPT, 17/2022 V2, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la Esketamina intranasal (Spravato®) ?:

1. Ha sido autorizada para el tratamiento del trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento en adultos que no han respondido al menos a dos tratamientos diferentes con antidepresivos en el episodio depresivo moderado o grave actual.
2. Se usa en combinación con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).
3. En la fase de inducción (semanas 1 a 3), la dosis recomendada en adultos menores a 65 años es de 25 mg dos veces por semana. En la fase de mantenimiento (semanas 4 a 12) la dosis recomendada es de 50 mg una vez por semana.
4. Los problemas de seguridad más importantes son los trastornos disociativos, el aumento transitorio de la presión arterial, la somnolencia y la sedación que se pueden producir tras la administración, por lo que se requiere una observación clínica del paciente hasta la estabilidad.

5. Antipsicóticos: haloperidol y efectos extrapiramidales

El **haloperidol** es un antipsicótico del grupo de las **butirofenonas** y un **potente antagonista de los receptores dopaminérgicos D2** centrales. A las dosis recomendadas tiene baja actividad sobre los receptores α_1 y **no posee actividad antihistamínica ni anticolinérgica** ^{F14}. El bloqueo dopaminérgico en la vía mesolímbica **suprime las ideas delirantes y las alucinaciones**, y produce una eficaz sedación psicomotora ^{F14}. El bloqueo en los ganglios basales (vía nigroestriada) explica los **efectos extrapiramidales** (disonía, acatisia, parkinsonismo), y el de la adenohipófisis, la **hiperprolactinemia** ^{F14}.

Sus indicaciones en adultos incluyen la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, el **tratamiento urgente del síndrome confusional que no responde a terapias no farmacológicas**, la manía, la agitación psicomotora aguda en psicosis o manía, la agresividad persistente en demencia, los tics y la corea de Huntington ^{F14}. Su riesgo de prolongar el intervalo QTc aumenta con la dosis ^{F14}.

Frente a los antipsicóticos de segunda generación, el haloperidol da **más síntomas extrapiramidales**: en un ensayo de 52 semanas en esquizofrenia, la incidencia global de síntomas extrapiramidales fue del **25,8 % con aripiprazol** frente al **57,3 % con haloperidol**; en otro ensayo, aripiprazol y **olanzapina** tuvieron cifras parecidas (14,8 % y 15,1 %) ^{F15}.



Haloperidol en una línea

Alta potencia antipsicótica (potente antagonista D2), **muchos efectos extrapiramidales** (más que aripiprazol en ensayo directo; olanzapina y aripiprazol dieron cifras parecidas en otro ensayo), **sin acción anticolinérgica** y **sí indicado** en el síndrome confusional ^{F14,F15}.

EIR 2026 · 44

P3 · respuesta en el solucionario

Haloperidol: alta potencia antipsicótica

En cuanto al uso de haloperidol, ¿qué afirmación es cierta?:

1. Es un fármaco con alta acción antipsicótica.
2. Tiene un riesgo de sintomatología extrapiramidal menor al aripiprazol u olanzapina.
3. No debe utilizarse en el tratamiento sintomático del síndrome confusional.
4. Tiene una elevada acción anticolinérgica.

Efecto extrapiramidal	Cómo lo describe la ficha técnica del haloperidol
Distonía aguda	Primeros días; tortícolis, muecas, trismo, protrusión de la lengua, crisis oculogíras; más en varones y jóvenes ^{F14}
Acatisia	Inquietud subjetivamente desagradable o angustiante y necesidad de moverse , con incapacidad para permanecer sentado o de pie ; más probable en las primeras semanas; subir la dosis puede empeorarla ^{F14}
Parkinsonismo	Temblor, rigidez, hipersalivación, bradicinesia ^{F14}
Discinesia tardía	En tratamiento prolongado o tras suspenderlo: movimientos rítmicos involuntarios de lengua, cara, boca o mandíbula ; pueden ser permanentes ^{F14}

La guía de práctica clínica del SNS sobre esquizofrenia, en su información para pacientes, describe la **acatisia** como la **imposibilidad de mantenerse quieto o sentado**, y la **discinesia tardía** como movimientos incontrolables de la boca y la cara ^{F24}. Para los síntomas extrapiramidales puede prescribirse medicación antiparkinsoniana anticolinérgica, pero no de forma habitual como prevención ^{F14}.

A-catisia: «sin sentarse»

Acatisia = no poder estar quieto, con inquietud interior ^{F14}. **Discinesia tardía** = movimientos de boca y lengua que aparecen **tarde**, con el uso prolongado ^{F14}.

EIR 2025 · 198

P7 · respuesta en el solucionario

Acatisia: definición

En un paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide y en tratamiento con antipsicóticos por vía oral, la incapacidad para mantenerse quieto acompañada de sensación de intranquilidad e incomodidad se denomina:

1. Ecopraxia.
2. Acatisia.
3. Angustia psicótica.
4. Discinesia tardía.

Síndrome neuroléptico maligno. Es una respuesta idiosincrásica rara caracterizada por **hipertermia**, **rigidez muscular generalizada**, **inestabilidad autonómica**, **alteración de la conciencia** y **aumento de la creatina fosfocinasa (CPK)**. La hipertermia suele ser un signo temprano. Obliga a **interrumpir inmediatamente** el antipsicótico y a instaurar tratamiento de soporte con monitorización cuidadosa ^{F14}.

6. Clozapina e inyectables de acción prolongada

La **clozapina** está indicada en la **esquizofrenia resistente** (sin mejoría pese a al menos dos antipsicóticos, uno de ellos atípico) o con reacciones adversas neurológicas graves con otros antipsicóticos, y en la psicosis de la enfermedad de Parkinson ^{F16}. Puede producir **agranulocitosis**, por lo que exige un **recuento absoluto de neutrófilos** inicial normal y controles **semanales las primeras 18 semanas, mensuales** hasta completar el primer año, después **cada 12 semanas** y, a partir de los 24 meses sin neutropenia, **anuales**; si hubo una neutropenia leve ya resuelta, mensuales durante todo el tratamiento ^{F16}. El recuento se hace de inmediato si aparecen signos de infección (fiebre, dolor de garganta, úlceras bucales) ^{F16}.

Tabaco y café. La **cafeína aumenta la concentración plasmática** de clozapina, que disminuye cerca de un 50 % tras 5 días sin cafeína, por lo que puede ser necesario **cambiar la dosis si cambian los hábitos de ingesta de cafeína** ^{F16}. Si se **deja de fumar bruscamente**, la concentración de clozapina puede **aumentar** y con ella las reacciones adversas ^{F16}.

- **Aumento de peso:** se ha observado con los atípicos, incluida la clozapina, y se recomienda vigilarlo ^{F16}.
- **Hiperglucemia**, a veces grave con cetoacidosis o coma hiperosmolar, y dislipemia: vigilar glucosa y lípidos ^{F16}.
- **Miocarditis** y miocardiopatía, sobre todo en los 2 primeros meses ^{F16}.
- **Estreñimiento** por efecto anticolinérgico, que puede llegar a íleo; e **hipersalivación** ^{F16}.



Educación sanitaria con clozapina

Avisar de **cualquier cambio en el consumo de tabaco o café**, porque obliga a reajustar la dosis ^{F16}. El **recuento de neutrófilos** es el control analítico que la ficha exige a todos los pacientes; además recomienda la **vigilancia clínica del peso** y de los **lípidos**, y la **prueba de glucosa en ayunas** en quienes tienen factores de riesgo de diabetes o síntomas de hiperglucemia ^{F16}.

EIR 2022 · 171

P11 · respuesta en el solucionario

Clozapina: cambios en el consumo de tabaco y café alteran la dosis

Un paciente acude a la consulta de enfermería para seguimiento de su tratamiento con clozapina. Señale cuál de las siguientes intervenciones de enfermería estaría indicada:

1. Programar analíticas sanguíneas cada tres meses para comprobar que los niveles de clozapina en sangre están dentro del rango terapéutico.
2. Realizar educación sanitaria sobre manejo de hipoglucemias.
3. Explicar al paciente que tiene que comunicar si hay cambios en el consumo de tabaco y café para reajustar la dosis de clozapina.
4. Programar controles de peso para detectar pérdidas ponderales asociadas al tratamiento.

Inyectables de acción prolongada (depot). La guía de práctica clínica del SNS indica que la medicación depot es de especial utilidad en la **fase de mantenimiento** y debería tenerse en cuenta en pacientes con **pobre adherencia** a la medicación ^{F24}.

Injectable intramuscular	Indicación según su ficha técnica
Palmitato de paliperidona (Xeplion®)	Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en adultos estabilizados con paliperidona o risperidona; dos dosis de inicio en deltoides (días 1 y 8) y luego mensual ^{F17}
Decanoato de zuclopentixol (Clopixol Depot®)	Esquizofrenia crónica y subcrónica, sobre todo si cuesta el cumplimiento por vía oral ^{F28}
Acetato de zuclopentixol (Clopixol Acufase®)	Inicio del tratamiento de la fase aguda , en pacientes agitados o agresivos; no desarrollado para tratamiento a largo plazo , máximo 2 semanas y 4 inyecciones ^{F18}
Pamoato de olanzapina (Zypadhera®)	Mantenimiento de adultos con esquizofrenia estabilizados con olanzapina oral; observación de al menos 3 horas tras cada inyección ^{F19}

Acetato y decanoato de zuclopentixol; pamoato de olanzapina

El **acetato** de zuclopentixol es para la **fase aguda** y el mantenimiento posterior se hace con zuclopentixol **oral o decanoato** ^{F18}. La olanzapina intramuscular de mantenimiento es la sal **pamoato** (Zypadhera®) ^{F19}.

EIR2024-207: la olanzapina también tiene inyectable de mantenimiento

La respuesta oficial de **EIR2024-207** es el **palmitato de paliperidona**. Pero la opción 4, «Olanzapina», también corresponde a un antipsicótico intramuscular indicado en el **mantenimiento** de adultos con esquizofrenia estabilizados con olanzapina oral: el **pamoato de olanzapina** (Zypadhera®) ^{F19}. Según la ficha, por tanto, la pregunta admitiría más de una opción aceptable si «Olanzapina» se entiende como su forma inyectable de acción prolongada; la respuesta oficial no se corrige.

EIR 2024 · 207

P8 · respuesta en el solucionario

Antipsicótico depot de mantenimiento: palmitato de paliperidona

¿Cuál de los siguientes antipsicóticos de administración intramuscular está indicado como tratamiento de mantenimiento en personas diagnosticadas de esquizofrenia?:

1. Carbonato de litio.
2. Palmitato de paliperidona.
3. Zuclopentixol acetato.
4. Olanzapina.

7. Litio

El **carbonato de litio** se usa en el tratamiento y la prevención de los episodios maniacodepresivos del trastorno bipolar y tiene un **margen terapéutico estrecho** ^{F20}. Según su ficha técnica, el **rango terapéutico es de 0,5 a 1,2 mEq/l**; la litemia mínima eficaz oscila entre 0,5 y 0,8 mEq/l, y los síntomas de intoxicación se asocian generalmente a valores **por encima de 1,5 mEq/l**, cifra que no debe sobrepasarse, aunque pueden aparecer a concentraciones más bajas ^{F20}.

Aspecto	Qué dice la ficha técnica
Momento de la extracción	Inmediatamente antes de la siguiente dosis, habitualmente 12 horas después de la última toma ^{F20}
Frecuencia	1-2 veces por semana al inicio hasta estabilizar; después cada 1-2 meses ^{F20}
Más controles si	Cambio de dosis o formulación, enfermedad o infección intercurrente, cambio en la ingesta de sodio o de líquidos , fármacos que alteran el aclaramiento renal de litio ^{F20}
Antes de empezar	Función renal, cardíaca y tiroidea; posibilidad de embarazo ^{F20}
Sal y líquidos	Mantener la ingesta habitual de sal y líquidos ; las dietas bajas en sodio están contraindicadas ^{F20}

Intoxicación. Los síntomas iniciales son **diarrea, vómitos, cansancio, debilidad muscular, falta de coordinación y disartria**, y pueden aparecer con litemias inferiores a 2 mEq/l; con niveles mayores, **ataxia, vértigo**, tinnitus, visión borrosa y orina abundante y diluida; al final, convulsiones, coma y muerte ^{F20}. El temblor de manos fino es un efecto habitual, pero **su agravación o su extensión a otras partes del cuerpo puede indicar intoxicación** ^{F20}. Favorecen la intoxicación la pérdida de líquidos (fiebre, diarrea, vómitos, sudoración), los **diuréticos** tiazídicos, los **AINE** y la edad avanzada ^{F20}. No hay antídoto; en la intoxicación moderada o grave el tratamiento de elección es la **hemodiálisis** ^{F20}.

Litio: rango, extracción y sal

El rango terapéutico es de **0,5 a 1,2 mEq/l** ^{F20}. La muestra se extrae **inmediatamente antes de la siguiente dosis, habitualmente 12 horas después de la última toma** ^{F20}. La ficha manda **mantener la ingesta habitual de sal y líquidos** y contraindica las dietas bajas en sodio ^{F20}.

Litio: signos de toxicidad

C.M.B. es un varón de 40 años diagnosticado de trastorno bipolar en terapia de mantenimiento con carbonato de litio desde hace 3 años que acude a la consulta de enfermería del Centro de Salud Mental. Señale la respuesta correcta en relación al tratamiento con carbonato de litio:

1. La litemia ha de estar entre 0,5 y 1,8 mEq/l. para alcanzar el rango terapéutico.
2. La extracción de sangre para el control de la concentración plasmática de litio ha de realizarse por la mañana al menos tras 6 horas de la administración de la última dosis del fármaco.
3. Diarrea persistente, mareos, temblor grosero de manos o piernas y disartria, son algunos de los signos de alarma que podrían sugerir una intoxicación por litio.
4. C.M.B. deberá llevar una dieta con bajo contenido en sal, para evitar la hipertensión como efecto secundario del tratamiento con litio.

8. Fármacos del TDAH

La Guía de Práctica Clínica del SNS sobre las intervenciones terapéuticas en el TDAH (2017) define el trastorno como **neurobiológico y del neurodesarrollo**, diagnosticado en la infancia, que puede persistir en la edad adulta y de **naturaleza crónica** ^{F21}. La propia guía advierte que han pasado más de 5 años desde su publicación y que está pendiente de actualización ^{F21}.

- En niños y adolescentes en edad escolar, el tratamiento farmacológico se recomienda cuando el psicológico o psicopedagógico no ha dado resultado o si la afectación es grave; los **fármacos con indicación para el TDAH en España son metilfenidato, lisdexanfetamina, guanfacina y atomoxetina** ^{F21}.
- En niños, la guía recoge que el metilfenidato de liberación prolongada produce una mejoría significativa de los síntomas (6 a 12 años), que la lisdexanfetamina es eficaz y segura (aunque puede producir pequeñas alteraciones de la frecuencia cardíaca), que el perfil riesgo-beneficio de la guanfacina es favorable y que la atomoxetina es eficaz y relativamente bien tolerada ^{F21}.
- No se recomienda el tratamiento farmacológico antes de los 6 años ^{F21}.
- **En adultos**, en los casos **moderados a graves**, se recomienda como **primera línea el tratamiento farmacológico**; en los leves puede elegirse psicológico o farmacológico ^{F21}.
- En adultos pueden usarse los mismos cuatro fármacos; la guía de 2017 decía que solo la atomoxetina tenía indicación en adultos ^{F21}, pero la ficha vigente del metilfenidato de liberación prolongada (Concerta) ya lo indica en niños a partir de 6 años **y adultos** ^{F22}.
- Se recomiendan controles antropométricos y de tensión arterial y frecuencia cardíaca ^{F21}.

Sobre el **abuso de sustancias**, la guía concluye que el tratamiento farmacológico a largo plazo **no se asocia ni positiva ni negativamente con el abuso y la dependencia de drogas más adelante**, o incluso puede tener un papel **protector** (nivel de evidencia 2+) ^{F21}. Sobre el suicidio, la guía recoge de otra guía que con **atomoxetina** hay que estar alerta a agitación, irritabilidad, **ideas suicidas** o autolesión ^{F21}. En el ensayo de metilfenidato en adultos que resume la guía, las respuestas al cuestionario de ideas suicidas fueron muy similares en ambos grupos ^{F21}.

EIR 2026 · 61

P1 · respuesta en el solucionario

TDAH: fármacos recomendados según la GPC del SNS

Según la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) del Sistema Nacional de Salud, ¿cuál de estas afirmaciones sobre el tratamiento farmacológico del TDAH es verdadera?:

1. El metilfenidato, la lisdexanfetamina, la guanfacina y la atomoxetina son fármacos recomendados para el tratamiento en niños y adolescentes con TDAH.
2. El tratamiento con metilfenidato o atomoxetina aumentan el riesgo de suicidio o de repetición de este en personas con TDAH.
3. En adultos, en los casos moderados a graves con TDAH, se recomienda como tratamiento de primera línea el psicológico.
4. En personas con TDAH, el tratamiento con fármacos estimulantes aumenta el riesgo de abuso de sustancias.

Interrupciones. La guía recomienda **no interrumpir** el tratamiento en niños y adolescentes para evitar recaídas, pero considera **pautar un descanso durante las vacaciones escolares** si el desarrollo antropométrico se ve afectado ^{F21}. La ficha técnica del metilfenidato va más allá: recomienda **suspenderlo temporalmente al menos una vez al año** para evaluar al paciente, **en niños preferiblemente durante las vacaciones** ^{F22}.

Abuso y dependencia según la ficha técnica del metilfenidato. Se debe vigilar el riesgo de **abuso, mal uso o tráfico**; el **abuso crónico** puede producir **tolerancia importante y dependencia psicológica**, y la tabla de reacciones adversas recoge **«Dependencia»**, con casos de abuso y dependencia descritos con más frecuencia con las formulaciones de **liberación inmediata** ^{F22}. En pacientes con alto riesgo de abuso de sustancias puede ser preferible un fármaco no estimulante ^{F22}.

EIR2025-194: ¿puede el metilfenidato provocar adicción?

En **EIR2025-194** la respuesta oficial considera **incorrecto** que el metilfenidato a largo plazo pueda provocar adicción. Coincide con la guía del SNS: el tratamiento a largo plazo **no se asocia** con abuso o dependencia posterior de drogas y puede ser protector ^{F21}. Pero la ficha técnica vigente del metilfenidato recoge la **dependencia** como reacción adversa, con casos descritos, y advierte de que el abuso crónico produce tolerancia y **dependencia psicológica** ^{F22}. Las demás opciones sí tienen respaldo: el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo **crónico** y cabe interrumpir el fármaco en **vacaciones** ^{F21,F22}. La respuesta oficial no se corrige.

EIR 2025 · 194

P20 · respuesta en el solucionario

Metilfenidato a largo plazo: no provoca adicción

Cuál de las siguientes afirmaciones se considera INCORRECTA sobre el Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH):

1. La terapia farmacológica con metilfenidato a largo plazo puede provocar adicción.
2. El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo crónico.
3. El TDAH difiere en su presentación clínica por género, siendo la presentación inatenta más frecuente en niñas.
4. En determinados casos el tratamiento farmacológico puede ser interrumpido en los periodos vacacionales.

9. Interdictores del alcohol y adherencia

El **disulfiram** es un fármaco interdictor: si el paciente bebe, provoca una **reacción disulfiram-alcohol** desagradable. Según su ficha técnica, solo se administra tras **al menos 24 horas de abstinencia**, a un paciente **adecuadamente motivado** con apoyo social y familiar, **con capacidad de discernir** las consecuencias de beber y **informado de los riesgos** ^{F23}. El tratamiento se mantiene hasta que el paciente se haya reinserado socialmente y se haya establecido **una base de autocontrol permanente**, a veces durante meses o años ^{F23}.

La reacción puede aparecer con **cantidades mínimas de alcohol**, incluido el alcohol **enmascarado** en productos, alimentos y medicamentos: **salsas, vinagre**, enjuagues bucales, jarabes para la tos o lociones para después del afeitado ^{F23}. Puede darse incluso 10-14 días (hasta 3 semanas) después de retirar el fármaco ^{F23}.

Cianamida cálcica y contexto del tratamiento. Los **interdictores** son el disulfiram y la **cianamida cálcica**; junto con los anticraving (acamprosato y naltrexona) son el tratamiento más habitual de la fase de **deshabitación**, y su principal función es **prevenir la recaída** ^{F29}. Ambos actúan sobre la enzima **aldehído-deshidrogenasa**, que degrada el acetaldehído ^{F30}. La cianamida produce un efecto parecido al del disulfiram, pero su bloqueo es **fugaz** y obliga a repetir la administración **cada 12 horas** ^{F30}. El manual de consenso de atención primaria concluye que el disulfiram debería administrarse de forma **supervisada e integrada en un programa de tratamiento**, y que la cianamida cálcica consiguió más días de abstinencia que el placebo ^{F29}. El mismo manual insiste en el apoyo psicológico, la intervención breve y el enfoque motivacional para que sea **la propia persona** quien tome sus decisiones sobre la reducción del consumo o la abstinencia, con el acompañamiento del médico o del enfermero, lo que incrementa su adherencia ^{F29}. Las dos obras son de una sociedad científica y no dicen si la cianamida está hoy comercializada en España (véase «pendiente»).

Reacción disulfiram-alcohol (aparece a los 10 minutos)	Detalle
Enrojecimiento (sofoco intenso de cabeza, cara, brazos y pecho por vasodilatación)	Con calor, sudoración y palpitaciones ^{F23}
Taquicardia , palpitaciones, dolor torácico, disnea, hiperventilación	Aparecen a los 10 minutos de la ingesta de alcohol, junto con el enrojecimiento ^{F23}
Subida inicial de la presión arterial y después hipotensión , síncope	Si la vasodilatación es importante; el sofoco se sustituye luego por palidez, debilidad y vértigo ^{F23}
Cefalea pulsátil , náuseas, vómitos abundantes , sed, inquietud, visión borrosa, confusión	En casos graves: depresión respiratoria, arritmias, infarto, convulsiones, muerte ^{F23}

Orden de la reacción y alcohol oculto

La reacción empieza con **enrojecimiento y taquicardia**; la **palidez** aparece después del sofoco ^{F23}. El **vinagre** figura en la ficha entre los productos con alcohol que hay que evitar ^{F23}.

Fármacos interdictores del alcohol: reacción con el consumo

En la fase de deshabituación alcohólica se utilizan fármacos interdictores de alcohol. Señale la respuesta INCORRECTA con relación a los mismos:

1. El fin del tratamiento es que el paciente desarrolle recursos para mantenerse abstinentes al finalizar el tratamiento con el fármaco.
2. La prescripción farmacológica deberá ser consensuada con el paciente.
3. Durante el tratamiento es importante no aliñar las ensaladas con vinagre.
4. Los efectos concomitantes con el consumo de alcohol son bradipsiquía, bradicardia y palidez.

Efectos adversos, sexualidad y adherencia. La guía del SNS sobre esquizofrenia señala como principio clave evitar en primera instancia los medicamentos **propensos a debilitar la adherencia futura por sus efectos adversos**, y en las situaciones de emergencia recomienda evitar el uso de primera elección de los propensos a socavarla; atribuye a los perfiles de efectos adversos ser **la causa principal de la falta de adherencia** al tratamiento y propone reconsiderar el antipsicótico si aparecen aumento de peso, alteración de la glucosa o **efectos adversos sexuales** ^{F24}. Describe los efectos sobre la función sexual: **disfunción eréctil** en el 23-54 % de los hombres, alteraciones de la eyaculación y **pérdida de la libido o anorgasmia** en ambos sexos, que suelen reducirse o desaparecer al bajar la dosis o retirar el fármaco ^{F24}. Los ISRS también causan disfunción sexual ^{F6}.

Sexualidad en salud mental: efectos secundarios y adherencia

En relación con el patrón de sexualidad y reproducción en una persona con problemas de salud mental, señale la respuesta correcta:

1. No es relevante para la valoración de enfermería si la actividad sexual habitual resulta satisfactoria o indiferente.
2. La enfermera debe valorar si la actividad sexual se ajusta a criterios de normalidad para detectar posibles dificultades sexuales.
3. El deseo sexual inhibido es un síntoma asociado a la hipomanía.
4. La adherencia al tratamiento puede estar condicionada por efectos secundarios de la medicación.

Todas las preguntas del tema (18)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 61

P1 · respuesta en el solucionario

Según la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) del Sistema Nacional de Salud, ¿cuál de estas afirmaciones sobre el tratamiento farmacológico del TDAH es verdadera?:

1. El metilfenidato, la lisdexanfetamina, la guanfacina y la atomoxetina son fármacos recomendados para el tratamiento en niños y adolescentes con TDAH.
2. El tratamiento con metilfenidato o atomoxetina aumentan el riesgo de suicidio o de repetición de este en personas con TDAH.
3. En adultos, en los casos moderados a graves con TDAH, se recomienda como tratamiento de primera línea el psicológico.
4. En personas con TDAH, el tratamiento con fármacos estimulantes aumenta el riesgo de abuso de sustancias.

EIR 2026 · 45

P2 · respuesta en el solucionario

Según el Informe de Posicionamiento Terapéutico de Esketamina (IPT, 17/2022 V2, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la Esketamina intranasal (Spravato®) ?:

1. Ha sido autorizada para el tratamiento del trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento en adultos que no han respondido al menos a dos tratamientos diferentes con antidepresivos en el episodio depresivo moderado o grave actual.
2. Se usa en combinación con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).
3. En la fase de inducción (semanas 1 a 3), la dosis recomendada en adultos menores a 65 años es de 25 mg dos veces por semana. En la fase de mantenimiento (semanas 4 a 12) la dosis recomendada es de 50 mg una vez por semana.
4. Los problemas de seguridad más importantes son los trastornos disociativos, el aumento transitorio de la presión arterial, la somnolencia y la sedación que se pueden producir tras la administración, por lo que se requiere una observación clínica del paciente hasta la estabilidad.

EIR 2026 · 44

P3 · respuesta en el solucionario

En cuanto al uso de haloperidol, ¿qué afirmación es cierta?:

1. Es un fármaco con alta acción antipsicótica.
2. Tiene un riesgo de sintomatología extrapiramidal menor al aripiprazol u olanzapina.
3. No debe utilizarse en el tratamiento sintomático del síndrome confusional.
4. Tiene una elevada acción anticolinérgica.

¿Cuál es el mecanismo de acción de la fluoxetina, fármaco utilizado en el tratamiento de la depresión?:

1. Inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina.
2. Es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.
3. Es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).
4. Se une al receptor del GABA (ácido gammaaminobutírico) y potencia su acción.

Entre los siguientes posibles usos clínicos de las benzodiazepinas, indique la OPCIÓN INCORRECTA:

1. Ansiolítico.
2. Hipnótico.
3. Relajante muscular.
4. Analgésico.

Una persona está diagnosticada de trastorno esquizoafectivo y dentro de su tratamiento farmacológico se incluye la pauta: clonazepam 2mg (1-0-1). ¿Cuál de los siguientes efectos NO es atribuible a este fármaco?:

1. Efecto ansiolítico.
2. Efecto antipsicótico.
3. Efecto hipnótico.
4. Efecto anticonvulsivante.

En un paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide y en tratamiento con antipsicóticos por vía oral, la incapacidad para mantenerse quieto acompañada de sensación de intranquilidad e incomodidad se denomina:

1. Ecopraxia.
2. Acatisia.
3. Angustia psicótica.
4. Discinesia tardía.

¿Cuál de los siguientes antipsicóticos de administración intramuscular está indicado como tratamiento de mantenimiento en personas diagnosticadas de esquizofrenia?:

1. Carbonato de litio.
2. Palmitato de paliperidona.
3. Zuclopentixol acetato.
4. Olanzapina.

Indique qué alimento puede ingerir una persona en tratamiento con Inhibidores de la Monoamino-oxidasa (IMAO):

1. Queso curado.
2. Guisantes.
3. Plátano verde.
4. Espinacas.

Señale la respuesta correcta sobre los fármacos dentro del grupo de las benzodiacepinas:

1. Inhiben la acción inhibitoria sobre el sistema nervioso periférico del ácido gamma aminobutírico.
2. Sus efectos beneficiosos incluyen sedación, amnesia y acción anticonvulsiva.
3. En caso de sobredosis o reacciones adversas, su acción se revierte con la naloxona.
4. El midazolam produce una sedación más lenta y una vida media más larga que el diazepam.

Un paciente acude a la consulta de enfermería para seguimiento de su tratamiento con clozapina. Señale cuál de las siguientes intervenciones de enfermería estaría indicada:

1. Programar analíticas sanguíneas cada tres meses para comprobar que los niveles de clozapina en sangre están dentro del rango terapéutico.
2. Realizar educación sanitaria sobre manejo de hipoglucemias.
3. Explicar al paciente que tiene que comunicar si hay cambios en el consumo de tabaco y café para reajustar la dosis de clozapina.
4. Programar controles de peso para detectar pérdidas ponderales asociadas al tratamiento.

¿Con qué fármaco interaccionan las benzodiacepinas potenciando los efectos depresores sobre el Sistema Nervioso Central?:

1. Ciprofloxacino.
2. Paracetamol.
3. Hidroxicina.
4. Hidrocortisona.

¿Cuál de los siguientes psicofármacos tiene un mayor riesgo de generar comportamientos suicidas en la infancia y la adolescencia?:

1. Antidepresivos.
2. Benzodiacepinas.
3. Neurolépticos.
4. Litio.

C.M.B. es un varón de 40 años diagnosticado de trastorno bipolar en terapia de mantenimiento con carbonato de litio desde hace 3 años que acude a la consulta de enfermería del Centro de Salud Mental. Señale la respuesta correcta en relación al tratamiento con carbonato de litio:

1. La litemia ha de estar entre 0,5 y 1,8 mEq/l. para alcanzar el rango terapéutico.
2. La extracción de sangre para el control de la concentración plasmática de litio ha de realizarse por la mañana al menos tras 6 horas de la administración de la última dosis del fármaco.
3. Diarrea persistente, mareos, temblor grosero de manos o piernas y disartria, son algunos de los signos de alarma que podrían sugerir una intoxicación por litio.
4. C.M.B. deberá llevar una dieta con bajo contenido en sal, para evitar la hipertensión como efecto secundario del tratamiento con litio.

Se va a realizar una sedación moderada (consciente) a un paciente utilizando benzodiacepinas. Respecto a su uso, usted debe tener en cuenta (señale la opción INCORRECTA):

1. Entre los efectos secundarios se encuentra la disminución de la presión arterial y el aumento de la frecuencia cardíaca.
2. Producen ansiólisis y amnesia.
3. Su antídoto es la naloxona.
4. Carecen de propiedades analgésicas.

Un paciente está tratado de depresión con un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, ¿Cuál de los siguientes fármacos estará recibiendo?:

1. Amitriptilina.
2. Imipramina.
3. Mirtazapina.
4. Fluoxetina.

¿Cuál de los siguientes efectos NO es propio de las benzodiacepinas?:

1. Efecto ansiolítico.
2. Efecto anticonvulsivante.
3. Efecto antipsicótico.
4. Efecto sedante

¿Cuál de los siguientes fármacos corresponde al grupo terapéutico de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina?:

1. Buspirona.
2. Fluoxetina.
3. Zolpidem.
4. Loracepam.
5. Fenitoína.

Preguntas que también podrían ser de este tema (4)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 115

P19 · respuesta en el solucionario

Una mujer de 64 años, con demencia frontotemporal variante conductual, inicia tratamiento con trazodona para controlar irritabilidad y agitación. Tras dos semanas, la enfermera observa somnolencia diurna marcada y mareos frecuentes. ¿Cuál debería ser la actuación prioritaria de la enfermera ante estos efectos secundarios?:

1. Reforzar medidas de seguridad para prevenir caídas y comunicar al médico responsable la aparición de sedación y mareo.
2. Aconsejar aumentar la dosis de trazodona para lograr mayor control de los síntomas conductuales.
3. Recomendar suspender por completo el tratamiento y consultar con su médico.
4. Considerar que los síntomas son esperables y no requieren intervención específica.

EIR 2025 · 194

P20 · respuesta en el solucionario

Cuál de las siguientes afirmaciones se considera INCORRECTA sobre el Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH):

1. La terapia farmacológica con metilfenidato a largo plazo puede provocar adicción.
2. El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo crónico.
3. El TDAH difiere en su presentación clínica por género, siendo la presentación inatenta más frecuente en niñas.
4. En determinados casos el tratamiento farmacológico puede ser interrumpido en los periodos vacacionales.

EIR 2025 · 191

P21 · respuesta en el solucionario

En la fase de deshabitación alcohólica se utilizan fármacos interdictores de alcohol. Señale la respuesta INCORRECTA con relación a los mismos:

1. El fin del tratamiento es que el paciente desarrolle recursos para mantenerse abstinente al finalizar el tratamiento con el fármaco.
2. La prescripción farmacológica deberá ser consensuada con el paciente.
3. Durante el tratamiento es importante no aliñar las ensaladas con vinagre.
4. Los efectos concomitantes con el consumo de alcohol son bradipsiquía, bradicardia y palidez.

En relación con el patrón de sexualidad y reproducción en una persona con problemas de salud mental, señale la respuesta correcta:

1. No es relevante para la valoración de enfermería si la actividad sexual habitual resulta satisfactoria o indiferente.
2. La enfermera debe valorar si la actividad sexual se ajusta a criterios de normalidad para detectar posibles dificultades sexuales.
3. El deseo sexual inhibido es un síntoma asociado a la hipomanía.
4. La adherencia al tratamiento puede estar condicionada por efectos secundarios de la medicación.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 61	1	
P2	EIR 2026 · 45	3	
P3	EIR 2026 · 44	1	
P4	EIR 2026 · 36	2	
P5	EIR 2026 · 32	4	
P6	EIR 2025 · 210	2	
P7	EIR 2025 · 198	2	
P8	EIR 2024 · 207	2	
P9	EIR 2024 · 70	3	
P10	EIR 2023 · 87	2	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2022 · 171	3	
P12	EIR 2021 · 27	3	
P13	EIR 2020 · 144	1	
P14	EIR 2019 · 191	3	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2019 · 9	3	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2018 · 9	4	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2017 · 78	3	
P18	EIR 2015 · 56	2	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2026 · 115	1	
P20	EIR 2025 · 194	1	
P21	EIR 2025 · 191	4	
P22	EIR 2024 · 193	4	

Fuentes

- **F1** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Valium 10 mg comprimidos (diazepam). Revisión del texto: mayo 2021. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/39905/FT_39905.pdf · consultada 2026-09-27
- **F2** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Rivotril 2 mg comprimidos (clonazepam). Revisión del texto: junio 2019. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/52401/FT_52401.pdf · consultada 2026-09-27
- **F3** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Midazolam Normon 1 mg/ml solución inyectable y para perfusión EFG. Revisión del texto: 06/2023. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/63936/FT_63936.pdf · consultada 2026-09-27
- **F4** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Anexate 0,5 mg/5 ml solución inyectable (flumazenilo). Revisión del texto: octubre 2020. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/57806/FT_57806.pdf · consultada 2026-09-27
- **F5** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Atarax 25 mg comprimidos recubiertos con película (hidroxizina). Revisión del texto: enero 2023. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/26308/FT_26308.pdf · consultada 2026-09-27
- **F6** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Fluoxetina Cinfa 20 mg cápsulas duras EFG. Revisión del texto: mayo 2021. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/63499/FT_63499.pdf · consultada 2026-09-27
- **F7** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Tryptizol 10 mg comprimidos recubiertos con película (amitriptilina). Revisión del texto: enero 2025. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/51064/FT_51064.pdf · consultada 2026-09-27
- **F8** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Tofranil 10 mg comprimidos recubiertos (imipramina). Revisión del texto: febrero 2025. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/40366/FT_40366.pdf · consultada 2026-09-27
- **F9** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Mirtazapina Cinfa 15 mg comprimidos recubiertos con película EFG. Versión vigente en CIMA, 2026. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/86890/FT_86890.pdf · consultada 2026-09-27
- **F10** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Tranilcipromina Aristo 10 mg comprimidos recubiertos con película. Revisión del texto: abril 2026. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/88523/FT_88523.pdf · consultada 2026-09-27
- **F11** U.S. Food and Drug Administration. PARNATE (tranylcypromine) tablets, prescribing information, sección 7.2 y tabla 5; tabla 2 de riesgo suicida. Revisión 2018 (Reference ID 4202848). · https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2018/012342s064lbl.pdf · consultada 2026-09-27
- **F12** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Deprax 100 mg comprimidos recubiertos con película EFG (trazodona). Revisión del texto: noviembre 2023. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/78762/FT_78762.pdf · consultada 2026-09-27
- **F13** AEMPS / Ministerio de Sanidad. Informe de Posicionamiento Terapéutico de esketamina (Spravato®) en trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento. IPT 17/2022 V2, 16 de diciembre de 2022. · https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2022/IPT_17-2022-Spravato.pdf · consultada 2026-09-27
- **F14** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Haloperidol Esteve 10 mg comprimidos. Revisión del texto: mayo 2020. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/58343/FT_58343.pdf · consultada 2026-09-27
- **F15** Agencia Europea de Medicamentos. Abilify (aripiprazol): ficha técnica o resumen de las características del producto, anexo I, sección 4.8. Versión vigente en la web de la EMA, 2026. · https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/abilify-epar-product-information_es.pdf · consultada 2026-09-27

- **F16** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Leponex 25 mg y 100 mg comprimidos (clozapina). Revisión del texto: febrero 2026. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/59547/FT_59547.pdf · consultada 2026-09-27
- **F17** Agencia Europea de Medicamentos. Xeplion (palmitato de paliperidona): ficha técnica o resumen de las características del producto, anexo I, secciones 4.1 y 4.2. Versión vigente en la web de la EMA, 2026. · https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/xeplion-epar-product-information_es.pdf · consultada 2026-09-27
- **F18** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Clopixol Acufase 50 mg/ml solución inyectable (acetato de zuclopentixol). Revisión del texto: enero 2026. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/60875/FT_60875.pdf · consultada 2026-09-27
- **F19** Agencia Europea de Medicamentos. Zypadhera (pamoato de olanzapina): ficha técnica o resumen de las características del producto, anexo I, secciones 4.1 y 4.2. Versión vigente en la web de la EMA, 2026. · https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/zypadhera-epar-product-information_es.pdf · consultada 2026-09-27
- **F20** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Plenur 400 mg comprimidos de liberación modificada (carbonato de litio). Revisión del texto: julio 2024. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/48932/FT_48932.pdf · consultada 2026-09-27
- **F21** Grupo de trabajo de la GPC sobre las Intervenciones Terapéuticas en el TDAH. Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2017 (pendiente de actualización según el propio documento). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/12/gpc_574_tdah_iacs_compl.pdf · consultada 2026-09-27
- **F22** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Concerta 18 mg comprimidos de liberación prolongada (metilfenidato). Revisión del texto: 02/2026. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/65148/FT_65148.pdf · consultada 2026-09-27
- **F23** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Antabus 250 mg comprimidos (disulfiram). Revisión del texto: mayo 2014. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/12723/FT_12723.pdf · consultada 2026-09-27
- **F24** Grupo de trabajo de la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Ministerio de Sanidad y Consumo; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2009 (pendiente de actualización según el propio documento). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf · consultada 2026-09-27
- **F25** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Lorazepam Cinfa 1 mg comprimidos EFG. Revisión del texto: noviembre 2021. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/68477/FT_68477.pdf · consultada 2026-09-27
- **F26** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Zolpidem Cinfa 10 mg comprimidos recubiertos con película EFG. Revisión del texto: julio 2020. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/65400/FT_65400.pdf · consultada 2026-09-27
- **F27** U.S. Food and Drug Administration. PARNATE (tranylcypromine sulfate) tablets, prescribing information, lista de alimentos contraindicados. Versión de 2010 (sustituida por la de 2018, F11). · https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/012342s063lbl.pdf · consultada 2026-09-27
- **F28** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Clopixol Depot 200 mg/ml solución inyectable (decanoato de zuclopentixol). Revisión del texto: enero 2026. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/60874/FT_60874.pdf · consultada 2026-09-27

- **F29** Socidrogalcohol, SEMG, SEMERGEN, SEMFyC, FAECAP. Manual de consenso sobre alcohol en atención primaria. Barcelona: Socidrogalcohol; 2016. Apartado «Deshabitación» y conclusiones sobre el tratamiento de deshabitación alcohólica (págs. 37-38). · <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Manual-de-consenso-sobre-alcohol-en-atencion-primaria.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F30** Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J (coords.). Monografía sobre el alcoholismo. Barcelona: Socidrogalcohol; 2012. ISBN 978-84-933094-4-2. Cap. 3 (Conceptos y diagnóstico del alcoholismo) y cap. 10 (Tratamiento del alcoholismo), apartado 5, prevención de recaídas. · <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Monografia-sobre-alcoholismo,%202012.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F31** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Naloxona Accord 0,4 mg/ml solución inyectable y para perfusión en jeringa precargada. Revisión del texto: diciembre 2022. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/88941/FT_88941.pdf · consultada 2026-09-28
- **F32** Lingamchetty TN, Hosseini SA, Patel P, Saadabadi A. Midazolam. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; actualizado el 6 de julio de 2025. Apartado «Adverse Effects». Texto leído en la copia oficial de StatPearls del FTP de NCBI (litarch). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537321/> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Cianamida cálcica (el otro interdicator del alcohol): el tema la describe con dos obras de Socidrogalcohol (F29, F30), pero no consta en CIMA ningún medicamento con cianamida cálcica (búsqueda por nombre, principio activo y ATC N07BB02, 27 y 28/09/2026: sin resultados; el disulfiram sí consta), así que falta una ficha técnica oficial y confirmar si se comercializa en España.
- Espinacas y guisantes con IMAO: ninguna ficha técnica española los menciona y la etiqueta vigente de la FDA los admite dentro de «todas las demás verduras». Buscado el 28/09/2026 en fuentes oficiales españolas y no se ha localizado ninguna fuente válida que trate estos dos alimentos con IMAO; sigue pendiente una fuente oficial española de dieta con IMAO.