

Editorial

CONTROVERSIAS EN TORNO AL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS

Desde una perspectiva sanitaria asistencial, la psicosis se ha convertido en un proceso clínico relevante en el medio hospitalario. Así queda demostrado en el análisis que ofrece el estudio Epimed 2001 (1), en el que la psicosis supone el 0,98% de todas las altas atendidas en el sistema nacional de salud (cerca de 40.000 altas). Dentro de las psicosis, la esquizofrenia supone la patología que origina mayor número de casos, y también la que aporta mayor evidencia clínica.

Todos hemos asistido a la adaptación de la psiquiatría al Sistema de Salud promovida a través de la Ley de Sanidad. La incorporación de las unidades psiquiátricas de enfermos agudos a los hospitales generales proporcionó una cercanía del enfermo mental y de sus terapeutas, a las estructuras más desarrolladas de la sanidad. Esta adaptación no se llevó sin pequeños traumas, generados por la necesidad de incorporar argumentos de gestión (estancia media, coste por proceso) y criterios de evidencia clínica, que aumentaron los conflictos con los psiquiatras. Pero el área en la que se ha evidenciado más controversia ha sido, sin duda, la farmacoterapia.

Este conflicto no ha quedado circunscrito a la psiquiatría de hospital. Algunas Comunidades Autónomas han generado iniciativas que han colocado la prescripción de antipsicóticos bajo la supervisión de un visado en el nivel de atención primaria, a causa de una sobreprescripción no justificada de los mismos.

Esta situación ha hecho que todos vivamos un incremento en la tensión de la relación actual con los equipos asistenciales psiquiátricos en general, y con los psiquiatras en particular. Es necesario corregir esta situación, y sugiero comenzar por aclarar el “boscoso” modelo terapéutico que se ha instalado en la rutinaria toma de decisiones terapéuticas del psiquiatra.

Nadie pone en duda que la aportación de los nuevos antipsicóticos ha permitido mejorar las expectativas de tolerabilidad y, por tanto de mantenimiento a largo

plazo, de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Kane lo anunciaba en su impactante editorial del año 1994 (2), en la que destacaba el importante esfuerzo llevado a cabo en los estudios de desarrollo clínico del medicamento risperidona por definir una relación entre la dosis y el efecto clínico. Esta relación es, con frecuencia, ignorada por los médicos psiquiatras justificándose en la variabilidad detectada en las respuestas de los pacientes. Esta variabilidad ha justificado incrementos en las dosis administradas por encima de lo razonable (3,4).

Risperidona fue el primer antipsicótico de una serie de moléculas que se han denominado antipsicóticos atípicos, por sus menores efectos secundarios: síndrome extrapiramidal y déficit cognitivo, y por su eficacia en la recuperación de aquellos déficits emocionales generados por la sintomatología negativa presente en la psicosis esquizofrénica.

La aportación clínica de este grupo de medicamentos ha sido recientemente revisada mediante un metanálisis (5), cuyas conclusiones ha producido un entusiasta debate, que ha terminado de una manera tibia –sin grandes repercusiones, quiero decir– con un cruce de acusaciones entre la “poco agresiva” terapéutica de la escuela americana y la “histórica” posición de los biologicistas europeos, sobre las dosis, la variabilidad en la respuesta y las combinaciones más adecuadas de antipsicóticos.

La verdad es que el único argumento que queda al final es que el medicamento, sobre todo el medicamento de nuevo lanzamiento, hay que utilizarlo porque “...he probado con todo, y nada le va bien al paciente”. Pero esta solución es muy pobre para un problema, o para una realidad que sitúa la psicosis en séptimo lugar cuando analizamos la actividad del Sistema de Salud. Esta realidad nos exige ser más profesionales, y retomar la discusión desde la base que plantean los conceptos tradicionales de la farmacología.

En el Congreso Nacional del pasado año de la Sociedad Española de Psiquiatría, celebrado en Palma de Mallorca, se documentó que un 40% de asociaciones de antipsicóticos no eran adecuadas.

Es necesario profundizar en estos dos campos: la dosificación y las asociaciones de antipsicóticos. Además debe quedar una vía de futura revisión en la clara evidencia de una baja tasa de respuesta clínica a los antipsicóticos (6), que la farmacogenómica ayudará a aclarar.

Para empezar a ponernos de acuerdo en la mejor manera de obtener resultados con el empleo de estos medicamentos se presenta, en este número de Farmacia Hospitalaria, un excelente editorial técnico firmado por los Dres. Martínez Granados y Pol Yangüas, que establecen una buena base para documentar la posición en torno al problema de la dosis.

No olvidemos que los resultados de eficacia de todos los medicamentos del sistema nervioso, pero sobre todo los obtenidos en la evaluación de antipsicóticos, cuentan con dos grandes problemas: la selección de una población que sea representativa de la población que posteriormente va a recibir el medicamento y la enorme pérdida de casos que se produce a lo largo del estudio. En esta situación, cualquier conclusión rotunda sufre de una importante debilidad en la base metodológica que la sustenta.

Debemos, a mi juicio, replantear los criterios de selección de antipsicóticos y sin llegar a la total exclusión de las respectivas guías farmacológicas –o el socorrido retraso en su inclusión– incorporar criterios de inclusión claros de los pacientes que podrán obtener el mayor beneficio de su acción; junto a los criterios de inclusión, criterios de dosificación y de retirada en caso de no alcanzar el objetivo terapéutico. Finalmente, criterios de asociación a otros medicamentos con evaluación del impacto clínico.

Las guías de consenso no ayudan mucho en este trabajo. Merece la pena estudiar las recomendaciones de la guía PORT (7) pero, en general, no existe una defensa a ultranza de la monoterapia en pacientes psicóticos, advirtiéndose una tenue posición en este aspecto. No se justifica, con una evidencia clara, la selección de los neurolépticos atípicos frente a los tradicionales, excepto por la menor frecuencia de aparición de sintomatología extrapiramidal (8). No se des-

tacan las importantes alteraciones metabólicas –con importante ganancia de peso– que pueden desencadenar los nuevos antipsicóticos (9), y su análisis se reduce a medir la eficacia en la reducción de la sintomatología positiva y negativa, destacando el menor impacto en el déficit cognitivo. Parece que todo se ha reducido a establecer sutiles diferencias significativas en las vías de actividad de los neurotransmisores dopamina, serotonina y noradrenalina, y en la especificidad de su acción. Pero al final estas grandes diferencias quedan deshechas cuando la práctica habitual de nuestros compañeros psiquiatras asocia aquello que era tan singular.

Los antipsicóticos tradicionales han sido desplazados por los antipsicóticos atípicos sin una razón fundamentada en pruebas. No tenemos la sensación de haber obtenido los beneficios que se habían prometido: reducción de la estancia media, disminución de reingresos, mejoría de la socialización del paciente, mantenimiento de su nivel cognitivo, mejoría de su estado emocional e intelectual, aumento de la adherencia al tratamiento, aunque todos los psiquiatras coinciden en afirmar que el comportamiento del enfermo mental dentro de las Unidades de Agudos se ha normalizado, basando esta percepción en una drástica reducción de la acatisia secundaria al tratamiento con neurolepticos. Quizá sea el momento de reclamar aquello que se nos ha negado a los que queremos participar de la obtención del mayor beneficio terapéutico del empleo de los antipsicóticos: la oportunidad de medir y evaluar el impacto que los nuevos antipsicóticos tienen en el enfermo esquizofrénico, con el único ánimo de abandonar las mezclas drúidicas y caminar hacia una psicofarmacoterapia racional y moderna.

E. Echarrí Arrieta

*Servicio de Farmacia. Hospital Xeral Básico de Conxo. Santiago de Compostela.
A Coruña*

MÁSTER Tratamiento del Dolor

Online/Presencial

2004



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

500 horas lectivas

Dirigido a:

Profesionales de todos los ámbitos de la Medicina (clínica, de familia, anestesiología, traumatología, pediatría, reumatología, oncología, c. paliativos, cirugía, etc.), Farmacia, Psicología, e Industria Farmacéutica

CURSO I

CURSO EXTRAORDINARIO 75 horas

"Planteamientos Básicos en el Tratamiento del Dolor"

250 horas

(150 h. docentes + 100 h. proyecto de investigación) **EXPERTO UNIVERSITARIO**

Experto Universitario en el Tratamiento del Dolor

CURSO II

MÁSTER III 500 horas

Máster en el Tratamiento del Dolor

Módulos específicos según especialidad

Prácticas en Unidades de Dolor y Laboratorios de Investigación Clínica

Dirección Académica: **Prof. Clemente Muriel Villoria**

Catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor

Jefe del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Información e inscripciones: www.grupoaran.com/masterdolorsal
e-mail: masterdolorsal@grupoaran.com

ARÁN