

INDICE

- NAVIDAD, SALUD MENTAL Y EL APOCALIPSIS ZOMBIE
- COMO ESCAPAR DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
- PSYCHIATRY ROCKS
- INOCENTADAS PSICOFARMACOLÓGICAS
- BUPRENORFINA E IDEACIÓN SUICIDA SEVERA
- LA OXITOCINA, UNA CUESTIÓN DE NARICES
- USO DE ANTIDEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DE AUTISMO
- ARIPIRAZOL COMO TRATAMIENTO POTENCIADOR ANTIDEPRESIVO
- ANTIDEPRESIVOS DE SEGUNDA GENERACION Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
- PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO Y CAMBIOS LEGISLATIVOS
- MORTALIDAD Y HUELGAS DE MÉDICOS



NAVIDAD SALUD MENTAL Y EL APOCALIPSIS ZOMBIE

Este número navideño es algo atípico; por un lado, trata torpemente de emular a otras prestigiosas y serias (casi siempre) publicaciones científicas que en sus ediciones navideñas incluyen entre sus contenidos artículos más o menos humorísticos, de corte humanista o al menos más heterodoxos. Por otro lado, ese afán conlleva que el presente boletín se distancie un poco de lo puramente psicofarmacológico y abra sus contenidos a otros aspectos relacionados con la salud mental. Esperamos que a nuestros lectores no les parezca mal, y aun así lo disfruten. Y es que como decíamos, algunas revistas médicas mantienen la tradición de editar números especiales con contenidos, ya de forma parcial o completa, de corte más desenfadado, humanista o humorístico. En este ámbito la referencia es el BMJ, cuyos números navideños son esperados todos los años con expectación.



Y aquí está el de 2015, con artículos como “epidemiología, tratamiento y prevención de las infecciones por zombies”, en el que su autora, además de revisar la epidemiología y patogenia de las infecciones transmitidas por zombies, aboga por más investigación y recursos para prevenir un futuro

apocalipsis zombie. Los datos avalan que los últimos brotes epidémicos de zombies son infecciosos y se transmiten a través del mordisco.



Bob Dylan. Blood on the Tracks: an insight into non-neutral cells.

Otro de sus artículos investiga el uso de letras de canciones de Bob Dylan en la literatura médica. Aunque a primera vista pueda parecer una ocurrencia frívola (al revés que la de los zombies), el tema tiene su enjundia, y sus antecedentes. Y es que allá por el mes de setiembre de 2014 se supo que un grupo de

científicos del Instituto Karolinska en Suecia habían

estado infiltrando fragmentos de letras de canciones de Bob Dylan en sus artículos científicos

como parte de una apuesta. Todo empezó con una revisión publicada en 1997 en *Nature Medicine* con el título “Nitric oxide and inflammation: the answer is blowing in the wind.”



Otra revista médica que sigue esta tradición es *The Medical Journal of Australia*, que en su número navideño de este año publica un artículo titulado *The psychopathology of James Bond and its implications for the revision of the DSM-(00)7.*

En el mismo se revisan todas las películas de James Bond y se examinan y agrupan sus conductas como base para la construcción del futuro DSM (00)-7 (dando por sentado que la sexta edición ya está más o menos en marcha). Se postula que esta aproximación será de gran beneficio y reducirá el

estigma ya que con esta nueva edición casi todo el mundo va a cumplir criterios de Trastorno por Normalidad.

RSMB



Nótese la sonrisita de la canadiense

Esto ya es difícil de saber si va en serio, aunque las consecuencias no pueden, desde luego, tomarse a la ligera. Un estudio publicado en la revista *Injury* en setiembre de este año con el curioso título “Oh the weather outside is frightful”: Severe injury secondary to falls while installing residential Christmas lights, estudia los riesgos de lesiones cuando se instalan luces y adornos navideños en el exterior de la casa y en un ambiente tan desapacible como el de Canadá. Es un estudio retrospectivo sobre 40 pacientes atendidos en un servicio de traumatología. El 95% eran varones, de una edad media de 55 años. Se encontraron abundantes lesiones neurológicas, torácicas, medulares y en extremidades. El mecanismo de caída más frecuente fueron las escaleras y el tejado. La

mortalidad fue del 5% y un 12,5% requirieron atención en hospitales de media estancia y rehabilitación, muchos con importantes secuelas.

Más allá del entorno de publicaciones médicas, el paradigma de las revistas científicas de humor es *Annals of Improbable Research*, heredera del desaparecido *Journal of Irreproducible Results*. De publicación bimensual, es también conocida por ser la organizadora de los famosos premios IgNobel. Desgraciadamente a día de hoy su web no parece estar accesible desde los ordenadores de Osakidetza.



Nunca llueve a gusto de todos, y esta es una frase que puede reflejar algo que divide a la humanidad (al menos a la humanidad occidental), en dos grandes grupos: las personas a las



que les gusta la navidad, y las personas que odian la Navidad. Tal y como señala Alison Cuff en el blog “On Medicine”, de la red de blogs de BioMed, la Navidad puede ser tiempo de celebración y alegría, pero también puede ser una época propicia para el estrés y la ansiedad, particularmente para personas que padecen problemas de salud mental. Nos vemos invadidos por imágenes continuas de

personas sonrientes y felices, algo agradable para muchas personas, pero que puede

acrecentar el sentimiento de soledad en otras. Hay algún estudio que asegura que el número de suicidios se incrementa de forma muy significativa tras las navidades. Y digo tras, porque la realidad es que durante las mismas el número de suicidios se reduce, como si el periodo navideño tuviera un cierto efecto protector que se sigue después de un efecto rebote.

Es este respecto, la revista *Innovations in Clinical Neuroscience* publicaba allá por 2011 un artículo titulado “The Christmas Effect on Psychopathology”. Los autores revisan la literatura disponible en busca de estudios empíricos relacionados con los posibles efectos de los días navideños sobre la salud mental. La leyenda urbana sostiene que los problemas psiquiátricos,



NHS

If you're going through a difficult time this Christmas, **don't go through it alone...**

If you are feeling suicidal, please **TALK:**

- Tell someone what you are thinking and how you are feeling
- Ask them for help, or seek help
- Listen to advice or advice from others
- Know who to call in a crisis and keep the number with you at all times

The image shows a young man in a dark blue hoodie sitting on the floor, looking down with his hand on his head, appearing distressed. The NHS logo is in the top right corner.

especialmente la depresión, tienden a incrementarse durante este periodo. Los hallazgos son algo contradictorios; por un lado parece que el estado de ánimo puede empeorar en las personas más predispuestas y que los fallecimientos relacionados con el consumo de alcohol se incrementan. Sin embargo la frecuentación de las urgencias y la ocupación de las camas de agudos se reducen, así como los suicidios y tentativas de suicidio. Y se confirma dicho efecto rebote, con un incremento en las conductas suicidas en el periodo inmediatamente posterior al periodo navideño.

La celebración de la Navidad adquiere también unas características especiales en las instituciones, muy especialmente en ciertas instituciones como los Hospitales Psiquiátricos y las Residencias de Mayores. Es posible que muchos de los que estáis leyendo esto hayáis pasado más de una guardia de nochebuena o nochevieja en el hospital, y hayáis sido conscientes del empeño del personal por reproducir esa alegría y ambiente navideño dentro de las paredes del lugar en cuestión; adornos, belenes, árboles de Navidad, comidas un tanto especiales y un poquito de manga ancha en los horarios al acostar para los pacientes que quedan en estas fechas, bien porque su estado clínico no aconseja su salida, bien, casi con mayor frecuencia, porque no tienen sitio donde ir ni familia con quien estar.

A Christmas tree at St Luke's Asylum

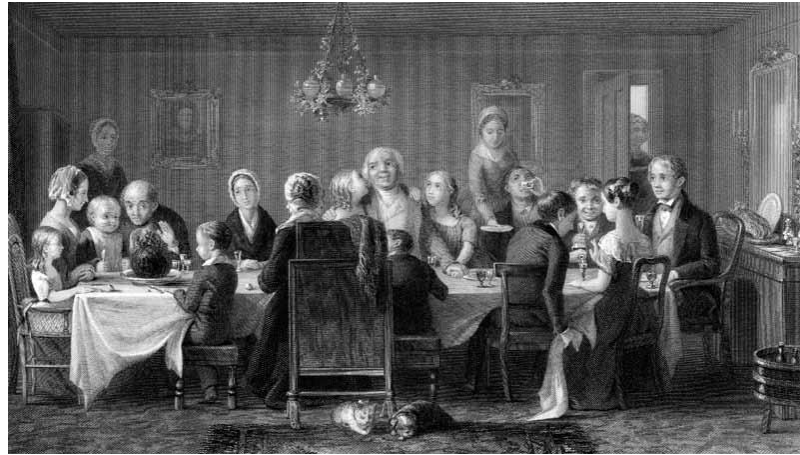
Lightbox Active lightbox: Guest lightbox



La realidad es que tanta anticipación celebratoria suele quedarse en casi nada, cenar a las ocho, aunque sea con turrón y polvorones, nada de alcohol para engrasar las relaciones y la solidaridad, un porrón de pastillas, y a las diez todos en la cama. Muy poquitos quedan para las uvas y las campanadas. Lugares donde la vida transcurre con su propio ritmo y reglas, no tan aislados como en un pasado más o menos reciente, pero aun así, aislados. Al estilo del hospital de la Transfiguración de Lem o el sanatorio antituberculoso en Davos, de la Montaña Mágica de Thomas Mann. En este sentido hacer referencia a un bonito artículo publicado en 2011 en *Bristish Journal of Nursing* (no hay acceso al texto completo), en el que la autora revisa los programas de construcción de hospitales psiquiátricos allá por mediados y finales del siglo XIX, escogiendo como ejemplo dos hospitales construidos en dicho periodo en Hampshire. Entonces denominados “*Lunatic Asylums*”, en un ambiente Victoriano en el



que se empieza a desarrollar el llamado tratamiento moral. La autora utiliza la experiencia particular de la Navidad de los pacientes ingresados en aquella época y en aquellos hospitales.



Asylum patients who could not be discharged home at Christmas would enjoy a decorated party and a dinner of turkey and goose

“Los pacientes que no podían ser dados de alta o recibir permiso para ir a casa disfrutaban de una fiesta, decoración navideña, cena con pavo y ganso, y pequeños regalos”. Los administradores contemplaban el gasto necesario para comprar el árbol de Navidad y garantizaban el acceso a los servicios religiosos.

Así describe uno de sus pacientes el ambiente navideño en el Hospital Psiquiátrico Nacional de la Guayana: “La Navidad aquí es muy agradable, bailamos, cantamos y comemos cosas ricas, lo

pasamos bien. No añoro la Navidad ahí fuera; nos tratan bien aquí, pregúntale a cualquiera”.



Los Belenes han sido también una tradición en muchas instituciones, y los hospitales psiquiátricos no se quedaban atrás, tal y como demuestra esta noticia periodística del diario Hierro de allá por 1971 en la que se recoge el premio recibido por el Instituto Neuropsiquiátrico Nicolas de Achúcarro, hoy Hospital de Zamudio, por sus habilidades belenísticas y las hojas de mazorca.

CÓMO ESCAPAR DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Es una pena que esta página, un excelente recurso para “pacientes activos”, no esté disponible de forma más que parcial desde la web de Osakidetza. La realidad es que da consejos muy salados (y probablemente útiles), para los pacientes deseosos de mejorar nuestras estancias medias saliendo pitando de los hospitales. Algunos consejos no se pueden reproducir porque

alientan (eso sí, con una gran dosis de sentido del humor), a las estrategias de fuga. Otros consejos son más elaborados y en realidad animan a la colaboración paciente-psiquiatra:



Para que este método funcione tienes que fingir que realmente padeces una enfermedad y que la medicación te está ayudando. Así que si te aborda algún profesional de la unidad debes decir cosas como esta:

— *“Cuando vine estaba fatal, pero ya me siento mucho mejor gracias a la medicación”*

Y no como estas:

— *“¡ Esta medicación me está convirtiendo en un puto zombie, no lo estoy tomando!” “No estoy enfermo, estoy poseído por espíritus malignos, tráiganme inmediatamente a un sacerdote”*

Si dices lo correcto te verás enseguida fuera. Si está realmente poseído por espíritus malignos, por favor guárdatelo para ti mismo.

PSYCHIATRY ROCKS



Joey Ramone actuando en 1980

Es el título que recuperamos de un comentario publicado hace ya unos años en el British Journal of Psychiatry. El comentario abunda en las frecuentes referencias a la locura y cuestiones relacionadas presentes en la música rock, con estilos más proclives a ello como del heavy metal y el punk. Al parecer el grupo con más referencias de este estilo en sus canciones ha sido la banda de punk neoyorkina Los Ramones. Canciones como ‘Psychotherapy’, ‘Gimme Gimme Shock Treatment’, ‘I Wanna Be Sedated’ y ‘Teenage Lobotomy’, son clásicos del punk. El caso es que Joey Ramone, cantante y líder del grupo padecía un síndrome de Marfan; cuando era adolescente padeció un episodio psicótico que requirió ingreso hospitalario situación que probablemente le proporcionó inspiración para muchas de sus canciones. Ya en su edad adulta, Joey fue diagnosticado de TOC, una enfermedad que

interfirió sobremanera en el funcionamiento de un grupo ya de por sí suficientemente disfuncional. De hecho en cierta manera su TOC fue el responsable de su muerte, ya que fue durante un ritual de comprobación cuando resbala en el hielo de la calzada y sufre una fractura de cadera que complica la evolución de un recientemente diagnosticado linfoma. Murió en 2001, a los 49 años. Los dos restantes miembros de Ramones, Johnny y Dee Dee murieron poco después, y el último de los Ramones, Tommy, falleció en 2014. Los Ramones sigue siendo una banda de culto, y su famoso slogan, de la canción Pinhead, sigue siendo un clásico: "*Gabba Gabba Hey!*"

Esta curiosísima página contiene innumerables pasatiempos y juegos de preguntas y respuestas relacionadas específicamente con el rock y la psiquiatría. Como muestra, un ejemplo. Apto solo para los muy mayores, fans del rock sinfónico de finales de los 60 y principios de los 70:

1. Let's start off with a classic! Can you finish the following lyric?

**"Cats foot iron claw
Neuro-surgeons scream for more
At paranoia's poison door.
Twenty first century...?"**

- Insane Man**
- Schizoid Man**
- Troubled Man**
- Deranged Man**

INOCENTADAS PSICOFARMACOLÓGICAS

Existen en el campo de la Psicofarmacología novedades que tienen un toque sorprendente, hasta el punto de que al leerlas uno podría pensar si no hay en ellas algo de inocentada.

Bien es sabido que la ketamina, de rabiosa actualidad en materia de prospección a futuro de la terapéutica farmacológica antidepresiva, es un antagonista NMDA, lo que abre la posibilidad de que se desarrollen nuevos compuestos para la depresión que actúen de manera similar. También se ha considerado que la acetil cisteína podría ejercer sus variopintas acciones psicofarmacológicas a través de la modulación de vías glutamatérgicas. En la esquizofrenia, en concreto, se trataría de potenciar la acción del receptor NMDA. Una forma hacerlo sería inhibir la D-amino ácido oxidasa (DAAO, en corto), un enzima con tan mala idea que se dedica a metabolizar la D-serina, que a su vez es un potente neurotransmisor coagonista en el receptor glutamatérgico NMDA.

Otro producto con una posible acción glutamatérgica ensayado en la esquizofrenia es el benzoato de sodio. Esta sustancia, además de estar presente en la naturaleza en productos como la leche, es un quelante del amonio y como tal se emplea como medicamento en enzimopatías del ciclo tiene un uso industrial propiedades antifúngicas. Como el efectivo en conservante todo en conservas, en carbonatadas (ricas en productos ricos en zumos) y en salsas de mostaza). Cada vez ingiere estos son procesados es más metiendo benzoato como nadie es productos naturales emplean conservantes,



de la urea. Pero también como conservante, por sus antimicrobianas y benzoato sódico sólo es condiciones ácidas, es un alimentario adecuado sobre el vinagre, en bebidas ácido carbónico), en ácido cítrico (mermeladas y comida china (soja, que el lector o lectora alimentos, que sepa que si que posible que se esté sódico para el cuerpo. Y perfecto, ni siquiera los quelantes del amonio que se el benzoato ha sido

relacionado con diversos males, entre ellos, la posibilidad de que facilite la aparición de TDAH o esté relacionado con un incremento en la prevalencia del TDAH (si es que el aumento de los casos de este trastorno es un hecho epidemiológico y no una moda diagnóstica).

No queda ahí la cosa: como muchas otras moléculas pluriempleadas, además de eliminar microbios (el benzoato sódico, que todavía no lo habíamos contado, aparece en algunos populares antitusivos comercializados en España) este simpático conservante resulta ser un inhibidor de la DAO, por lo que Lane y colaboradores decidieron estudiar si podría tener valor terapéutico añadirlo a la pauta antipsicótica habitual de un grupo de pacientes con esquizofrenia crónica. Según nos cuentan, y no tenemos por qué dudar, en comparación con quienes tomaron placebo, los pacientes que recibieron benzoato mostraron una mejoría del 21% en la PANSS y también tuvieron mejores resultados en sintomatología negativa, el GAF, en una escala de calidad de vida y en el CGI, por lo que los autores estiman que esta efectividad del benzoato muestra que merece la pena estudiar la posibilidad de desarrollar moléculas que se dediquen más específicamente a inhibir la DAO.

Otro trabajo comentable es el de Nagele y colaboradores, que han demostrado que un clásiquísimo anestésico, el óxido nitroso (N_2O), tiene un efecto terapéutico en la depresión refractaria al tratamiento. El procedimiento, en este caso, no es muy sport, ya que los pacientes inhalaban durante una hora N_2O al 50% (los que recibieron placebo inhalaban nitrógeno al 50%). Los pacientes fueron evaluados a las 2 y a las 24 horas, y se observó una notable diferencia del efecto del N_2O en comparación con el del placebo. Algunos efectos secundarios fueron un poco aparatosos (sobre 20 pacientes hubo un ataque de ansiedad, una regurgitación, dos cuadros de ansiedad, uno de claustrofobia), pero los autores nos tranquilizan argumentando que fueron de intensidad leve a moderada y que no se apreció un incremento en la homocisteína plasmática, lo que muestra que el N_2O produjo una mínima o nula inactivación por parte del gas del metabolismo dependiente de vitamina B_{12} , lo que

siempre tranquiliza mucho. ¿Cómo funciona el N₂O? Pues como su analogía con el efecto antidepressivo de la ketamina podría sugerir, los autores nos recuerdan que se trata de un antagonista NMDA, lo que nos lleva de nuevo al inevitable glutamato. Tiene su aquél, por cierto, que el clásicamente conocido como “gas de la risa” sea un antidepressivo de efecto ultrarrápido. El día que el dato llegue a la prensa será difícil desmontar esa creencia tan

**El 95% de las guerras de
cosquillas terminan en
besos. Yo soy del 5%
que terminan golpeando
a la otra persona.**

generalizada en la población de que para ayudar a los deprimidos es útil contarles chistes o hacerles gracietas. Es posible que con el fin de evitar el recurso al fármaco haya quien proponga ir directo al grano y hacer cosquillas a los pacientes para que se rían. Sería la cosquilloterapia; más técnico quedaría gargaletoterapia (de γάρφαλητό, hacer cosquillas; en griego todo parece de más fuste, aunque no lo tenga).

Eso que el que un antiséptico tenga una acción terapéutica en la esquizofrenia y el gas de la risa lo tenga en la depresión dejan ciertamente el listón muy alto. Pero el tercer artículo tiene un no-se-qué (o a lo peor, un sí-sé-qué) que lo hace inigualable. Es un estudio relacionado con el acamprosato, un fármaco de acción consolidante de la abstinencia de alcohol que parece parcialmente relacionada, ¿con quién?, pues sí, con el glutamato, cómo no. De hecho, el acamprosato resulta más eficaz en pacientes con determinados marcadores de un gen que codifica una porción de -bingo, de nuevo- del receptor NMDA.

Pues bien: Spanagel y colaboradores nos cuentan los resultados de un llamativo estudio en el que concluyen que el acamprosato no es la parte activa del acamprosato cálcico. Y si no lo es, solo cabe que lo sea el calcio, como todo lector (o lectora) lince (o linza) habrá al punto deducido. El acamprosato es la sal cálcica del N-acetil-homotaurinato, un compuesto relacionado con la taurina. A Spanagel y colaboradores se les ocurrió

Problemi con l'Alcohol?



Inserito in classe A Campral (acamprosato) a partire dal 13 maggio 2011

ver cuál era el efecto de la sal sódica (es decir, del acamprosato sódico) en varios modelos animales, y comprobaron que no era en absoluto efectiva. Eso hacía pensar que el secreto de la acción terapéutica estaba en el calcio y, a modo de verificación, ensayaron otra sal, el gluconato de calcio, en los mismos modelos, y observaron efectividad antialcohólica. Es más: trasladaron sus pesquisas a la clínica humana y encontraron que los pacientes con calcemias más elevadas derivadas del tratamiento con acamprosato cálcico mostraban una mejor evolución según parámetros tales como el tiempo transcurrido hasta recidiva del consumo o la abstinencia acumulada. Con estos datos solo podían concluir que el N-acetil-homotaurinato es una molécula biológicamente inactiva y que actúa como algo así como un vehículo del calcio. Lo cierto es que ya que hay al menos un simpático antecedente, el del ácido valproico, cuya actividad antiepiléptica se puso de relieve al utilizarlo para disolver otro compuesto del que

se esperaba una acción anticonvulsivante. Puesto que el nuevo producto, que demostró efectividad efecto en dicha solución, no fue eficaz cuando era disuelto en otras sustancias, se dedujo que la molécula realmente anticomicial era el disolvente (el valproico) y no el supuestamente activo, lo que constituye un ejemplo más de los muchos hallazgos casuales o serendípicos que jalonan la historia de la Farmacología. Pero aun contando con este precedente, en el caso del acamprosato lo llamativo es que el descubrimiento se ha producido después de la comercialización, momento en que, como dicen los autores, sus efectos, descritos “en más de 450 publicaciones originales y ensayos clínicos y en un millón y medio de pacientes pueden tener que ser atribuidos al calcio” en lugar de a la supuesta molécula activa.

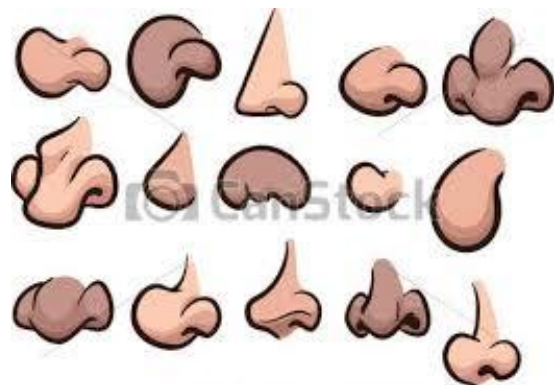
Tres curiosos estudios que muestran que el conocimiento o la evidencia que sustentan nuestras intervenciones son siempre provisionales, por lo que en realidad más que de lo que sabemos habría que hablar de lo que *a día de hoy creemos saber*. Debemos recordar que lo que sostiene nuestra práctica es lo que más a mano tenemos para vadear nuestras dudas y nuestra ignorancia y la racionalidad de la Ciencia queda siempre matizada por nuestra estructura cognitiva necesitada de rellenar huecos de conocimiento y encontrar respuestas y patrones fáciles de entender. El obligado corolario es que por todo ello los valores que han de presidir la actividad asistencial son la prudencia y la humildad.

BUPRENORFINA E IDEACIÓN SUICIDA SEVERA

Un avance de publicación del *American Journal of Psychiatry* en el que se refieren los posibles efectos beneficiosos del uso de dosis muy bajas de Buprenorfina sublingual para contener la ideación suicida grave. El artículo se acompaña de un editorial acerca del papel de los opiáceos en los trastornos mentales, papel que según el editorialista es una especie de *back to the future*. El editorial no está accesible directamente, pero podrás acceder a través de la biblioteca virtual.

LA OXITICINA, UNA CUESTIÓN DE NARICES

Publicado en neurología.com, parece que unos investigadores noruegos andan trasteando con un dispositivo para la administración por vía nasal de oxitocina para el tratamiento de trastornos mentales como la esquizofrenia o el autismo. Parece que la vía intranasal, en este caso una vía regia hacia el cerebro, produce cambios en la percepción de ciertas señales sociales. Una cuestión curiosa es que los efectos parecen mayores en aquellos pacientes con fosas nasales grandes.



© Can Stock Photo - csp20790215

USO DE ANTIDEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DE AUTISMO

Publicado en *JAMA Pediatrics* de hace unos días, el estudio indaga en la posible relación entre el uso de medicación antidepresiva durante el embarazo y el riesgo para el niño de padecer un trastorno del espectro autista. Los datos apoyan que la toma de antidepresivos, especialmente

ISRS, durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, incrementa el riesgo del recién nacido de padecer un trastorno del espectro autista, incluso considerando los posibles efectos de una depresión materna.

ARIPIRAZOL COMO TRATAMIENTO POTENCIADOR ANTIDEPRESIVO

Publicado en Lancet en setiembre pasado, este estudio doble ciego explora la efectividad del uso de aripiprazol como potenciador del tratamiento antidepresivo en depresión resistente en personas mayores. Se concluye que puede ser una estrategia efectiva y segura, con especial atención a efectos secundarios como el parkinsonismo y la akatisia.

ANTIDEPRESIVOS DE SEGUNDA GENERACION Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Revisión sistemática y metaanálisis, publicada en el BMJ del 8 de diciembre en la que se examinan los potenciales beneficios y daños derivados del tratamiento de la depresión con ambas opciones. Publicado en formato *Open Access*, el artículo resume los hallazgos de su pormenorizado estudio de forma muy didáctica:

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

Second generation antidepressants and cognitive behavioral therapy have evidence bases of benefits and harms in major depressive disorder
However, primary care physicians require high quality evidence of the comparative effectiveness of the available treatments to select and manage the best options for their patients

WHAT THIS STUDY ADDS

The available evidence suggests no difference in treatment effects of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies, either alone or in combination, in major depressive disorder
Given that patients may have personal preferences for one first line treatment over the other, both treatments should be made accessible, either alone or in combination, to primary care patients with major depressive disorder

O sea, que existe evidencia tanto para beneficios como para daños derivados tanto del tratamiento con antidepresivos como con CBT en la depresión mayor. Y este estudio sugiere que no existen grandes diferencias entre ambos tratamientos, ya sea utilizados de forma aislada como en combinación. Y que teniendo en cuenta las preferencias personales de los pacientes, ambos tratamientos debieran estar disponibles, solos o en combinación, en atención primaria. No sé si el lector está de acuerdo con este criterio, o quizás habría que ver qué resulta más barato...? Ah, el BMJ le dedica uno de sus editoriales.

PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO Y CAMBIOS LEGISLATIVOS

Se ha publicado en el BOE de 30 de octubre la **Ley 48/2015 de 29 de Octubre de Presupuestos Generales del Estado para 2016**, donde se modifica el RD Legislativo 1/2015 que refundía la Ley de Garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios: http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/leyes_espa/l_048_2015.pdf Esta modificación entrará en vigor el próximo 1 de enero de 2016.

“Disposición final vigésima. Modificación del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Con efectos de 1 de enero de 2016 y vigencia indefinida, se introducen las siguientes modificaciones:

- **AHORA:** Cuando la prescripción se realice por principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento de precio más bajo de su agrupación homogénea y, en el caso de igualdad, el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.
- **A PARTIR DE ENERO:** Se modifica el apartado 4 del artículo 87 que queda redactado como sigue:

«4. Cuando la prescripción se realice por principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento de precio más bajo de su agrupación homogénea.»

Esto quiere decir, que a igualdad de precio, si se prescribe por principio activo (DOE), el farmacéutico podrá elegir si dar marca o genérico, pero siempre que el precio sea igual, si no tendrá que dar el de precio más bajo.

MORTALIDAD Y HUELGAS DE MÉDICOS



Hace unos meses se extendió la noticia de que un artículo de Jena y colaboradores publicado en *JAMA Internal Medicine* venía a decir que en los momentos en que por celebrarse congresos de la especialidad hay menor presencia de cardiólogos en los hospitales la mortalidad es menor. El artículo, que se colgó por entonces como *preprint* y ha visto la luz en la revista el pasado mes de febrero, concluye que en los EEUU los pacientes con fracaso o paro cardíaco hospitalizado en hospitales clínicos tenían una menor mortalidad a

treinta días si el ingreso se producía en las fechas de los congresos nacionales de la especialidad. En esos días, además, se realizaban menos intervenciones coronarias percutáneas, pero esa menor actividad no tenía ningún efecto, ni positivo ni negativo, en la mortalidad. Por hacer un chistecillo fácil, si el saber popular asegura que *“reunión de pastores, oveja muerta”*, en lo tocante a ciertas especialidades médicas habría que decir *“reunión de pastores [en forma de congreso que aleje a los pastores del rebaño], mayor supervivencia de las ovejas”*.

Las profesiones sanitarias son, como proclama su Ley de Ordenación, colegiadas, pero también son, o en algún momento lo fueron para todos los que las ejercemos, vocacionales. Esto supone que espere de entrega, una devoción por el además se obligación legal Código Penal al especialmente socorro del sanitario (Art se manifiesta en que dedicados a esta referencia a un clásico, como el Hipocrático, ya relevancia de un deontológico, ya sea simplemente porque compartimos un a modo de Superyó colectivo exento de connotaciones doctrinales o deontológicas, lo habitual es que los profesionales sanitarios, salvo los más desviados, tengamos reparos conscientes cuando nos planteamos actuaciones acordes a nuestros intereses pero que podrían perjudicar a los pacientes.



Entre esas situaciones conflictivas ocupa un lugar preeminente el dilema sobre si tenemos derecho moral (laboral parece claro que sí) a la huelga. Abbasi lo plantea en términos éticos: El citado Juramento Hipocrático (ese documento tan citado como desconocido, tan solemne como anecdótico) establece de hecho que el cuidado del paciente es una obligación contractual por encima de cualquier otra responsabilidad o consideración. Si adoptamos una perspectiva utilitarista, podemos justificar la huelga sanitaria cuando persigue eficazmente beneficios duraderos para profesionales y pacientes y una mejora de la calidad asistencial. Sin embargo, nos alerta Abbasi, es difícil establecer justificar una huelga esgrimiendo esos potenciales beneficios si en el camino la desatención produce perjuicios a los pacientes, y sin duda una huelga sanitaria expone a los enfermos a toda una serie de problemas, malestares y

todo el mundo nosotros una abnegación y una enfermo que plasma en una sancionada por el castigar la omisión de profesional 196) pero también el Código Moral compartimos los tarea. Ya sea por código explícito Juramento sea por la código

daños, desde la prolongación del sufrimiento por el retraso en la atención, hasta la muerte, pasando por daños irreversibles a la salud, aumento de los tiempos de espera, pérdida de oportunidad en sus diversas variantes, y gastos excesivos, ya sea a nivel personal o por la parte alícuota que a todos nos corresponde en un sistema socializado de salud. Chima, por su parte, viene a decir que los trabajadores sanitarios deben poder hacer huelga, pero ni ellos ni sus empleadores pueden jugar con fuego y estirar los conflictos estando en juego la salud de los pacientes.

Tal vez parezca retorcido, pero lo cierto es que existe un cierto corpus científico acerca de los efectos de las huelgas sanitarias y, en especial, de las protagonizadas por médicos. Incluso hay una revisión sobre el particular, publicada en *Social Science and Medicine* por Cunningham y colaboradores, tras analizar cinco huelgas médicas que tuvieron lugar en diversos países entre 1976 y 2003 y que supusieron un cese de la actividad de duración variable, entre 9 días y 17 semanas. El hallazgo incómodo de su revisión es que el parón de la actividad asistencial no se tradujo en un aumento de la mortalidad sino, precisamente, en todo lo contrario.

Por poner un ejemplo, James describe una huelga en el condado de Los Ángeles en enero de 1976, en la que los médicos protestaban contra el creciente importe de las primas de sus seguros de responsabilidad. El paro duró unas cinco semanas y durante este tiempo aproximadamente la mitad de los médicos de la zona suspendió su actividad y solo se atendieron las urgencias. El resultado, inesperado, es que la huelga, aparentemente, previno más muertes que las que causó.

Más intensa y duradera fue otra huelga, que se extendió entre el 2 de marzo y el 26 de junio de 1986 en Jerusalén. Afectó a 8.000 de los 11.000 médicos de la zona, y los huelguistas se negaron a atender a pacientes en hospitales, si bien muchos de ellos montaron puestos de atención paralelos en los que se asistía a casos urgentes que pagaban una tarifa por ser atendidos. Pues bien: durante esta huelga, más dilatada que la anterior, tampoco hubo un incremento de la mortalidad. Otra huelga de médicos hospitalarios en Israel, 17 años más tarde (marzo a junio de 2000) también pareció acompañarse de una reducción en la mortalidad, estimada en esta ocasión con el indicador indirecto del número de servicios funerarios que tuvieron lugar durante el paro, menor al de periodos comparables de pleno rendimiento asistencia; en concreto, una de las fuentes (una empresa de pompas fúnebres) registró en mayo de 2000 un total de 93 funerales, una reducción significativa frente a los 153, 133 y 139 de los tres años previos. Los hallazgos eran tan llamativos que en una reseña sobre la huelga en el *British Medical Journal*, Judy Siegel-Itzkovich titulaba con innegable recochineo que en Israel tener a los médicos de huelga es bueno para la salud. Dicho sea de paso, Israel ha tenido al menos otra huelga de médicos en 2011, lo que hace que ese país destaque por su conflictividad laboral galénica, que Marchildon atribuye a ciertas características estructurales de su servicio nacional de la salud (que uno diría no difieren esencialmente del nuestro) y a una mayor ideologización de sus profesionales.

Otro estudio, acometido por Erceg y colaboradores, analizó el impacto de una huelga de un mes de duración en Croacia en 2003, concluyendo que el paro de los médicos no había tenido ningún efecto, ni positivo ni negativo, en la mortalidad. Mucho más cercano a nuestro medio es el trabajo que Salazar y colaboradores, que estudió el impacto en el servicio de urgencias de una huelga de un mes de duración de médicos residentes en Barcelona en 1999. Los autores no apreciaron que se produjera una mayor mortalidad durante el periodo de paro laboral.

¿Cómo explicar estos hallazgos? ¿Cómo puede ser que tener menos acceso a los médicos se traduzca en mejores resultados de salud con un indicador tan concluyente (valga el juego de palabras) como la mortalidad? ¿Cómo puede armonizarse esa impresión de riesgo asociado a los médicos con la clásica escena en la que se reclama en una sala un médico para ayudar a alguien que se ha puesto enfermo? (Dicho sea de paso, en un viaje en un Alvia pidieron que si había un médico a bordo se trasladase a un determinado vagón a atender a una persona; allí me fui, sintiéndome protagonista de una película, para encontrar que era el quinto galeno que acudía a la llamada, y el menos equipado en materia de instrumental y boticas, de todos los presentes).

Veamos: Algunos de los estudios que hemos comentado merecen alguna matización. Por ejemplo, en el estudio de Los Ángeles la incidencia de la huelga fue desigual, y nunca alcanzó el 50%, por lo que su impacto real sobre la atención bien pudo ser escaso. O en el caso del prolongado paro de 1983 en Jerusalén, como hemos descrito, los médicos huelguistas se las apañaron para organizar una especie de servicios mínimos de pago que bien pudieron servir para detectar, atender y solucionar los casos más graves. En algunos casos la mortalidad aumentó al terminar la huelga, reflejando que el descenso de mortalidad bien pudo deberse a que no se realizaron intervenciones programadas de alto riesgo, con lo que la reducción de la mortalidad durante el paro laboral implicaría que la huelga protege a los pacientes de procedimientos con elevada mortalidad asociada. Esto enlazaría con la duda sobre si esos procedimientos están indicados.

Uno quiere creer que con un diseño más longitudinal, más dilatado (es decir, si las huelgas fueran más largas o los saraos profesionales más prolongados) sería posible ver la evolución de los pacientes cuyas intervenciones de alto riesgo (y sus consiguientes fallecimientos) se ven retrasadas por la falta de los profesionales. Es decir: se podría distinguir entre la mortalidad asociada a la enfermedad y la derivada del riesgo del procedimiento. Y sigue uno queriendo creer que si las circunstancias permitieran ese diseño la mortalidad por no intervención (es decir, la relacionada con el curso natural de la enfermedad) sería superior a la mortalidad por intervención (es decir, la relacionada con el riesgo quirúrgico, por ejemplo). Como afortunadamente las huelgas no son demasiado largas y los saraos profesionales no se extienden indefinidamente y si las unas y los otros se alargaran las autoridades tomarían medidas para asistir a los casos más graves, es de esperar que nunca se den las condiciones que permitan el estudio que esclarezca definitivamente la cuestión.

Existen, sin embargo, datos que hacen pensar en que estos estudios y sus resultados poco tienen de inocente y anecdótico. Por ejemplo, Cunningham y colaboradores conjeturan que el descenso de mortalidad en la huelga de Jerusalén de 1983 reveló que la atención prestada por los médicos que no hicieron huelga o los puestos de atención urgente montados por los huelguistas revelaron que en aquella época había más bien un exceso de facultativos en la ciudad. Esto enlaza con un trabajo de Bhuiyan y Machowski en un contexto y entorno menos favorecido, en el que también se apreció una menor mortalidad general durante la huelga, pero una mayor mortalidad de los pacientes ingresados, lo que los autores destacan como un efecto pernicioso del paro. Allá donde hay poco staff, el paro de algunos puede ser dramático.

Otros hallazgos colaterales hacen pensar si la organización de las urgencias es la mejor para los servicios y para los pacientes. El estudio de Salazar refleja que la sustitución de los residentes en huelga por médicos de staff se tradujo en que se pidieron menos analíticas y radiografías y las estancias en el servicio de urgencias fueron más cortas, lo que sugiere que una huelga de residentes puede ser coste-efectiva... siempre que no desborde, sobrecargue y fatigue a los adjuntos que han de compensar la ausencia del personal residente, auténtica infantería sanitaria, habitualmente entregada a atender la primera línea de fuego. Un estudio similar en de Harvey y colaboradores en Nueva Zelanda, por cierto, apreció que dotar a la urgencia de médicos de mayor calificación durante la huelga de su personal habitual se asocia a una mayor eficiencia, por lo que sus autores sugieren cambiar la composición de estos servicios en condiciones normales, de modo que se extiendan a ellas los beneficiosos efectos de poner en ellos a facultativos más senior haciendo de la necesidad virtud.

Más recientemente, concretamente en el BMJ de la última semana de noviembre, David Metcalfe y cols examinan la evidencia acerca del impacto de las huelgas de médicos sobre la salud de los pacientes. Concluye que los médicos deben sopesar sus obligaciones con los pacientes con sus propios derechos como individuos. La experiencia parece decir que es posible alterar el funcionamiento de los servicios habituales siempre que se garantice la atención de las urgencias. Y que sorprendentemente, los médicos "ser" son capaces de procurar atención urgente como dios manda en ausencia de sus residentes.

Si algo caracteriza a los médicos es la propensión a hacer, actuar, intervenir. La Medicina siempre se ha visto en la obligación de hacer, aunque no supiera a ciencia cierta si lo que hacía tenía fundamento. En su magistral "*Bad Medicine*", David Wootton repasa las actuaciones con las que los médicos, guiados de atrevida y prepotente ignorancia, han causado daño desde Hipócrates, como reza el subtítulo de su libro. En *JAMA Internal Medicine* parecen también pensar que hacer no siempre repercute positivamente en los pacientes, y no en vano, el artículo de Jena viene precedido del epígrafe "*Less is more*", que podríamos traducir libre y literariamente como "*Cuando menos es más*". Habrá que concluir que si bien por una parte los artículos que comentamos hoy hacen necesario modificar el proverbio de la reunión de pastores por otra parte obligan a recordar el viejo adagio atribuido a Hipócrates del *primum non nocere*.

©RSMB2015

Equipo editor: Anuntze Arana, Luis Pacheco, Juan Medrano, Pablo Malo, Jose Uriarte

Han colaborado en este número: Ana Pía López, Oscar Martínez

Si quieres participar en el boletín puedes enviar contenidos, noticias o información para su publicación a: josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.eus