
ESQUIZOFRENIA Y ANTIPSICOTICOS: MONOTERAPIA O POLIFARMACIA

Maria del Pilar Gonzalez Prieto

Farmacéutica, Responsable del Servicio de Farmacia del Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos, Hermanas Hospitalarias, Madrid.

José Antonio Guerra Guijarro

Farmacéutico, Doctor en Farmacia, Departamento de farmacología, farmacognosia y botánica Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid.

Irene Iglesias Peinado

Farmacéutica, Doctora en Farmacia, Departamento de farmacología, farmacognosia y botánica Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid.

Maria Jimeno Gonzalez

Ingeniera matemática, Funcionaria del Instituto Nacional de Técnicas Aeroespaciales.

Resumen

Introducción: Los antipsicóticos son la base de la terapéutica en la esquizofrenia. Su prescripción debe evaluarse con los beneficios y riesgos potenciales. Las principales Guías de Práctica clínica (GPC) pueden ayudar a los médicos a la calidad de prescripción y mejorar el balance. **Objetivos:** Identificar patrones de prescripción de antipsicóticos y su seguimiento a las principales GPC, identificar si existe relación entre años ingresados y nú-

mero de antipsicóticos prescritos. **Metodología:** Estudio transversal de 194 pacientes con un mínimo de 2 años ingresados. **Resultados:** Hay un buen seguimiento a las GPC, aunque hay presencia de dosis infra terapéuticas, los datos estadísticos no son significativos. **Conclusión:** Hay un buen patrón de prescripción en el cumplimiento de las GPC, aunque en las dosis infra terapéuticas deberían valorarse por el riesgo de toxicidad.

Palabras clave: Polifarmacia, Neurolépticos, Antipsicóticos, Hospital psiquiátrico.

Abstract

Introduction: Antipsychotics are the basis of therapy in schizophrenia and their potential benefits and risks should be evaluated in their prescription, in which the main Clinical Practice Guidelines (CPGs) can help physicians to improve the quality of prescription. **Objectives:** To identify patterns of prescription of antipsychotics and their follow-up to the main CPGs to identify the correlation between years hospitalized and the number of antipsychotics prescribed. **Methodology:** Cross-sectional study of 194 patients with a minimum of 2 years hospitalized. **Results:** There is a good follow-up of the CPGs, although there is the presence of infra-therapeutic doses, the statistical data are not significant. **Conclusion:** There is a good pattern of prescription in compliance with the CPGs, although the infratherapeutic doses should assess the risk of toxicity.

Keywords : Polifarmacia, Neurolépticos, Antipsicóticos, Hospital psiquiátrico

Introducción

La esquizofrenia afecta aproximadamente al 1% de la población adulta de Europa y Estados Unidos, lo que supone unos que 4,4 millones de pacientes diagnosticados, de los cuales 400.000 son españoles, según los datos del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental ¹.

El diagnóstico de esquizofrenia incluye todos los diagnósticos de esquizofrenia y de paranoia, los trastornos esquizotípicos, delirantes y esquizoafectivos. La esquizofrenia es más frecuente en los hombres (4,5%) que en las mujeres (2,9%), la frecuencia es doble en los periodos de juventud y edad adulta (20 a 49 años), se iguala a partir de los 65 años, y a mayor edad aparece un ligero incremento en la mujer. El gradiente social es mayor en rentas muy bajas, siendo el grupo de mayor prevalencia en varones jóvenes de rentas bajas. ¹

El grupo farmacoterapéutico N05A ² engloba los principios activos clasificados como antipsicóticos, según el código ATC (Clasificación anatómica terapéutica) que es el índice de sustancias farmacológicas instituido por la OMS y adoptado por Europa. Corresponde a fármacos cuya principal indicación es el tratamiento de la esquizofrenia. Se les conoce también como neurolépticos o tranquilizantes mayores. Son de naturaleza química muy heterogénea, pero con un mecanismo de acción común: actúan por bloqueo de los receptores dopaminérgicos cerebrales, aunque también tienen actividad sobre los receptores de otros neurotransmisores.

Se clasifican en antipsicóticos típicos (APG) y atípicos (APS). Los clasificados como típicos tienen en común una alta afinidad por el receptor D2 dopaminérgico, difiriendo entre sí por su capacidad de bloquear los receptores de histamina, los alfa 1 adrenérgicos y los muscarínicos/colinérgicos, pero desprovistos de la capacidad para bloquear los receptores serotoninérgicos. Los atípicos se caracterizan por bloquear simultáneamente el receptor dopaminérgico D₂ y el 5HT_{2A} serotoninérgico. Este antagonismo serotoninérgico-dopaminérgico puede explicar la «atipicidad» que se representa con una mayor eficacia, aumentando los niveles de dopamina en la corteza prefrontal, una menor tendencia a producir efectos extrapiramidales, mayor acción sobre los efectos negativos además de los positivos y un grado significativamente mayor de eficacia en cuadros resistentes a los antipsicóticos típicos³.

La elección del fármaco para cada paciente es a criterio del médico tratante; desafío importante, donde la evidencia sobre eficacia y seguridad ayuda a elegir el tratamiento óptimo para cada caso. Las principales sociedades científicas de las diferentes especialidades elaboran documentos con las publicaciones de mayor evidencia científica, que son las Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en documentación sólida para la elección más eficiente en los diferentes estadios de una enfermedad.

Por tanto, las GPC son unas de las herramientas del sistema de garantía de la calidad en salud que ha demostrado mayores beneficios a clínicos. Las GPC intentan disminuir la incertidumbre del clínico a la hora de la toma

de decisiones y dan un nuevo protagonismo a los pacientes, ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma más activa e informada en las decisiones que afectan a su salud, directamente con el profesional sanitario en lo referente a su salud.

En la actualidad, muchos problemas de calidad asistencial se relacionan con el grado de incertidumbre clínica que acompaña a las decisiones médicas. Dentro de dicha teoría, la discrecionalidad de las decisiones clínicas individuales, o los diferentes estilos de práctica, aparecen como principales responsables de tal incertidumbre.

Las principales guías clínicas de práctica clínica en el tratamiento de la esquizofrenia^{4,5,6}, en referencia a la prescripción farmacológica de antipsicóticos, recomiendan en el primer episodio, el uso de la monoterapia frente a la polifarmacia y el antipsicótico atípico frente al típico.

En la segunda línea se mantiene la monoterapia, pero da opciones de introducir el antipsicótico típico ante el fracaso del atípico, o bien cambiar de antipsicótico atípico.

Como tercera línea, las guías en general aconsejan la introducción de la clozapina en monoterapia. La clozapina es el único fármaco indicado específicamente para el tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento y debe ser considerada como el paso siguiente a considerar para el paciente con una resistencia al tratamiento establecido. Un metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados confirmó su superioridad en esta población de pacientes en comparación con otros antipsicóticos, tanto de primera como de segunda generación⁷.