

tes con olanzapina, al 16,5 % de los que tomaban quetiapina, al 18% de los tratados con risperidona y al 5% de los asignados a placebo. No se observaron diferencias significativas entre las valoraciones de CGIC.

Se produjo una mejoría en el siguiente porcentaje de pacientes: 32% para olanzapina, 26% para quetiapina, 29% para risperidona y 21% para placebo.

Los autores hacen en la discusión del texto literalmente las siguientes afirmaciones: “Aunque las diferencias entre grupos podrían ser significativas en un ensayo mas amplio, nuestros resultados sugieren que no existe un beneficio clínico amplio con el tratamiento con antipsicóticos atípicos comparado con placebo”. (...) “Aunque la eficacia de los neurolépticos atípicos es superior al placebo, los efectos adversos limitan su efectividad global y su uso podría restringirse a pacientes con escasos o nulo efectos secundarios y en aquellos que presenten beneficio”. (...) “El uso de IAC no influye en los resultados.”

Empezando por la última afirmación, resulta sorprendente que en un ensayo presentado como riguroso se haga una afirmación tan categórica sin explicación alguna.

Si la eficacia es superior al placebo, su uso no debería ser restringido sólo en relación con los efectos secundarios sino de acuerdo a la valoración de la relación riesgo-beneficio, como se hace con cualquier fármaco.

Si las diferencias podrían ser significativas en un estudio más amplio, podemos pensar que se trata de una sugerencia para realizar otro macroensayo, ya que la no existencia de un beneficio clínico amplio con atípicos —mucho peor

con los típicos, claro— nos parece una conclusión de auténtico Perogrullo, ya que desconocemos la existencia de estudios que apoyen la idea de que los atípicos ofrecen beneficios excelentes en esta indicación.

La existencia de pacientes con formas evolutivas graves (MM inferior a 10) comporta un sesgo importante para este tipo de síntomas.

Dejando aparte la pobreza de las “conclusiones” de los autores, nos parece necesario resaltar que las dosis que se utilizaron fueron determinadas por las propias industrias fabricantes —muy probablemente, temerosas de posibles efectos adversos— y que todos estamos de acuerdo en que no son comparables entre sí (en el caso de la quetiapina los autores reconocen que las dosis son entre la mitad y un cuarto inferiores a las que figuran en los ensayos abiertos).

No aparece comentario alguno acerca de si se tuvo en cuenta qué tanto por ciento de conductas agresivas fue secundario a fenómenos de falsos reconocimientos, ya que ninguna de las escalas utilizadas es sensible a este aspecto y realmente resultaría paradójico intentar tratar la agitación por este motivo con un neuroléptico. El hecho de que en la práctica clínica se utilicen (sin un criterio racional) con esta indicación no debería afectar al diseño de un estudio realizado por relevantes expertos.

En resumen, un estudio alejado de la realidad clínica que ha comportado el empleo de grandes medios para obtener resultados que difieren bien poco de los que muestra la simple experiencia con pacientes.

## FE DE ERRORES

---

– La autora de la necrológica de Paul B. Baltes (Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;43:65-6) es Rocío Fernández-Ballesteros. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. España.

– El artículo “Influencia del conocimiento sobre la vejez en la severidad de la preocupación en personas mayores”, de R. Nuevo, I. Montorio e I. Cabrera (Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41:111-16) fue financiado por el proyecto Influencia de la ansiedad sobre el procesamiento cognitivo de la información SEJ2004\_06971/PSIC del Plan Nacional del MEC.